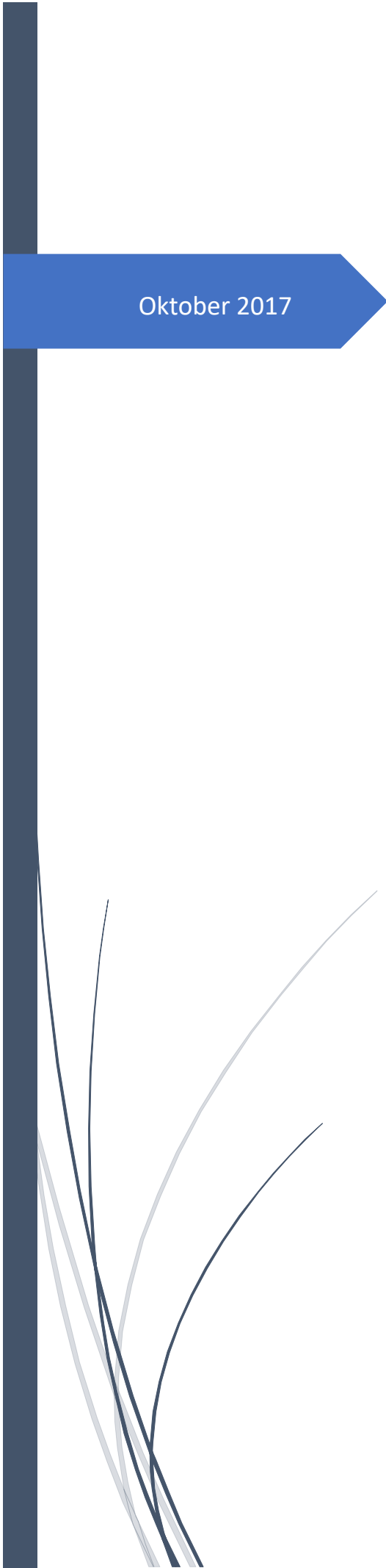




Oktober 2017

Verbeter de communicatie!

Een inventarisatie van de functies
voor een mHealth applicatie

Anouck Bruins & Marleen Hilbink

STICHTING BACK TO BASIC TWENTE

Bachelorrapport

Leerpakket 9.2 Bachelorrapport (2017-2018)

Docent: Frederieke Hermsen

Toetscode: T.37555

Anouck Bruins	343982
Marleen Hilbink	405102

Klas: EMM4VG

Academie Mens en Maatschappij

Saxion Hogeschool te Enschede

Oktober 2017

VOORWOORD

Voor u ligt het bachelorrappport van het onderzoek naar de wensen en behoeften van de cliënten van Stichting Back to Basic Twente betreft een mHealth applicatie om de communicatie, door middel van een smartphone, tussen cliënt en hulpverlener te verbeteren. Met dit bachelorrappport hopen wij een bijdrage te kunnen leveren aan het implementeren van een mHealth applicatie bij Stichting Back to Basic Twente. We zouden graag de volgende mensen willen bedanken. Leon Kempees, de opdrachtgever van dit onderzoek, voor het ondersteunen tijdens het proces, het geven van feedback en het meedenken. Ewoud de Boer, docent AMM hogeschool Saxion te Enschede, voor het ondersteunen en het geven van feedback tijdens het opstarten van het onderzoek. Frederieke Hermsen, docent AMM hogeschool Saxion te Enschede, voor het ondersteunen tijdens het proces, het geven van feedback en het meedenken. Daarnaast willen we graag alle collega's binnen Stichting Back to Basic Twente bedanken voor hun inzet en hun hulp tijdens het uitzetten van de enquêtes onder de populatie. Daarmee willen we natuurlijk ook alle deelnemers binnen de populatie bedanken voor hun input in dit onderzoek.

Anouck Bruins & Marleen Hilbink
Enschede, november 2017

INHOUD

Voorwoord	2
Samenvatting	5
1. Inleiding.....	6
1.1 Aanleiding.....	6
1.2 Doelstelling.....	9
1.2.1 Hoofdvraag.....	9
1.2.2 Theoretische deelvragen.....	9
1.2.3 Praktische deelvragen	9
1.3 Leeswijzer	9
2. Theoretisch kader.....	10
2.1 Wat is mHealth?	10
2.2 Wat zijn bestaande relevante mHealth functies?	14
2.3 Samenvatting.....	15
3. Methode van het onderzoek.....	16
3.1 Type onderzoek	16
3.2 Onderzoekspopulatie	17
3.3 Instrumenten.....	17
3.4 Procedure	18
3.5 De methode van analyseren van de gegevens	19
3.6 Betrouwbaarheid.....	19
3.7 Validiteit	20
3.8 Ethische overwegingen.....	21
3.9 Samenvatting.....	21
4. Resultaten	23
4.1 Omschrijving respondenten	23
4.1.1 Geslacht.....	23
4.2.2 Leeftijd.....	24
4.2 Smartphonegebruik	25
4.2.1 Smartphonegebruik.....	25
4.3 Bestaande mhealth functies.....	29
4.3.1 Gegeven antwoorden stellingen	29
4.3.2 De beste ideeën.....	32
4.3.3 De slechtste ideeën.	33
4.4 Ideeën mhealth functies.....	34
5. Conclusie	35

5.1	Bestaande mhealth functies	35
5.2	Ideeën mhealth functies	36
5.3	Conclusie hoofdvraag	36
5.4	Aanbevelingen	37
5.5	Sterkte en zwakte onderzoek	38
5.5.1	Sterktes	39
5.5.2	Zwaktes	40
5.6	Discussie	41
5.6.1	Inleiding	41
5.6.2	Aanpassingsvermogen van de organisatie	41
5.6.3	Tot slot.....	42
	Literatuurlijst.....	43
	Bijlage 1: De enquête	47
	Bijlage 2: Omschrijving respondenten	52
	Bijlage 3: Smartphonegebruik	53
	Bijlage 4: Bestaande mhealth functies	55
	Bijlage 5: Ideeën mhealth functies.....	59
	Bijlage 6: Model overeenkomsten	62
	Bijlage 7: Evaluatieformulier onderzoeksopdracht	66

SAMENVATTING

Vanuit het cliënttevredenheidsonderzoek (Triqs, 2016) is naar voren gekomen dat de communicatie tussen hulpverlener en cliënt gemiddeld lager scoort, maar nog wel voldoende. De opdrachtgever vanuit Stichting Back to Basic Twente wil deze verbetering creëren door middel van het opkomende eHealth. Dit wil hij door middel van een applicatie op een smartphone dat de onderzoekers brengt bij het begrip mHealth.

mHealth is het toepassen van draadloze communicatietechnologieën door middel van mobiele telefoons (smartphones), tablets, watches en dergelijke in de gezondheidszorg (World Health Organization, 2011). Het is een belangrijke opkomende ontwikkeling in de gezondheidszorg om deze te ondersteunen en verbeteren. mHealth is een middel dat bij jongvolwassenen ingezet kan worden om de communicatie te verbeteren (Yonker, Zan, Scirica, Jethwani en Kinane, 2015). mHealth kan ingezet worden in de vorm van een applicatie en heeft verschillende kansen, voorwaarden en nadelen. Zo kan het een oplossing bieden voor het dreigende personeelstekort en is het van belang dat de regie bij de cliënt ligt. Het is dan ook belangrijk dat er rekening gehouden wordt met de behoeften van de cliënt. De hoofdvraag van het onderzoek is dan ook: 'Wat zijn de wensen en behoeften van de cliënten van Stichting Back to Basic Twente rondom een mHealth applicatie om de communicatie, door middel van een smartphone, tussen cliënt en hulpverlener te verbeteren?'. Er wordt een inventarisatie gemaakt om vervolgens een passende functies in een applicatie te kunnen implementeren. Dit maakt het onderzoek een inventariserend onderzoek. De onderzoeksmethode waarvan gebruikt wordt gemaakt in dit onderzoek is kwantitatief. De onderzoeksgegevens worden verzameld door middel van een surveyonderzoek. De enquête die hiervoor gebruikt is, is te vinden in bijlage 1.

Voor dit onderzoek zijn 84 cliënten binnen Stichting Back to Basic Twente benaderd. Uiteindelijk hebben 49 cliënten de enquête ingevuld. Door middel van de resultaten van deze enquêtes worden de hoofdvraag en praktische deelvragen beantwoord.

Uit de resultaten komt een duidelijke top 3 van de beste en slechtste ideeën voor functies naar voren. De cliënten hebben behoefte aan een noodknop in geval van crisis, automatische doorschakeling naar een begeleider die aan het werk is en meer mogelijkheden rondom de contactmomenten. De cliënten hebben geen behoefte aan evaluaties via videobellen, berichten sturen naar en ontvangen van andere mensen die begeleiding krijgen van Stichting Back to Basic Twente. Om aan te sluiten bij de wensen en behoeften van de cliënten is het dus van belang dat de opdrachtgever bij het ontwikkelen van een applicatie hier rekening mee houdt. De vraag of er überhaupt behoefte is aan een applicatie is ook gesteld. Hieruit komt naar voren dat de meningen heel erg verdeeld zijn. Ongeveer de helft van de respondenten heeft er wel behoefte aan en de andere helft niet. De vraag die nu nog heerst is of een applicatie de juiste oplossing is en nodig is om de communicatie tussen cliënt en hulpverlener te verbeteren.

Tot slot wordt er in dit onderzoek een sterke en zwakte onderzoek gedaan en komt de visie van de onderzoekers in de discussie naar voren. De discussie betreft de vraag: 'Moeten de wensen en behoeften van de cliënt overeenkomen met die van de maatschappij?'. De onderzoekers pleiten dat de wensen en behoeften van de cliënt in deze belangrijker zijn, maar dat het van belang is om dit jaarlijks opnieuw te pijlen.

1. INLEIDING

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding van dit onderzoek beschreven met aansluitend de doelstellingen en vraagstellingen. Ook is de leeswijzer in dit hoofdstuk te vinden.

1.1 AANLEIDING

eHealth is de afgelopen jaren sterk in opkomst in de zorg. De benaming eHealth is ontstaan in het verlengde van andere e-woorden, zoals e-mail en eBanking (internetbankieren) om zo mee te liften met de hype rond deze elektronische mogelijkheden om zo de buitenwereld te kunnen laten zien welke functies er elektronisch mogelijk zijn door het internet in de zorg (Eysenbach, 2001). eHealth heeft geen eenduidige definitie. In 2005 is er een overzicht gepubliceerd door Oh, Rizo, Enkin en Jadad. Hierin stonden maar liefst 51 definities met als enige overeenkomst zorg en technologie oftewel ICT.

In 2012 kan volgens het Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) het gebruik van ICT in de zorg een grote bijdrage leveren aan de kwaliteit en doelmatigheid van het leveren van zorg. Om de zorg ook betaalbaar te houden en het zelfmanagement te stimuleren zijn ze het er over eens dat het belangrijk is om continu te innoveren, introduceren, standaardiseren en opschalen van nieuwe mogelijkheden in de zorg.

In de zorg staan doelmatigheid, toegankelijkheid en kwaliteit momenteel onder druk door de stijgende zorgkosten. Tevens wordt het werken in de zorg steeds arbeidsintensiever door de verhoogde zorgvraag van de burger. Dat betekent dat het personeel meer arbeid moet verrichten in hetzelfde tijdsbestek met minder geld. Dit vraagt om een andere indeling van de zorg. Dit is één van de belangrijkste redenen waarom eHealth in opkomst is. Dit wordt al jaren als veelbelovend bestempeld. De tablet, computer en mobiele telefoon hebben een steeds belangrijkere plaats in de samenleving, wat effect heeft op de ontwikkelingen van eHealth. Als gevolg hierop worden er steeds meer ICT-middelen ingezet in de gezondheidszorg (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2011). Uit het eerste kwartaalbericht van 2016 over het Continu Onderzoek Burgerperspectieven (COB) van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) komt naar voren dat de zorg nog steeds onder druk staat. Zo vindt het merendeel van de bevolking (55%) dat de decentralisatie vooral bezuinigingsgericht is (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2016). Decentralisatie betekent dat de gemeenten sinds 2015 verschillende taken met betrekking tot jeugdzorg, werk en inkomen en zorg aan langdurig zieken en ouderen hebben overgenomen van de Rijksoverheid (Rijksoverheid, z.j.). De respondenten van het COB geven aan dat de bezuinigingen van de afgelopen jaren een probleem zijn. Zo moeten de gemeenten steeds meer taken doen voor hetzelfde geld (SCP, 2016). Dit houdt in dat de zorg nog steeds mee moet ontwikkelen met de maatschappij, omdat de werkdruk veranderd en er oplossingen gevonden moeten worden.

Dit onderzoek richt zich op het werkveld van Stichting Back to Basic Twente. Stichting Back to Basic Twente biedt hulpverlening aan cliënten met een indicatie vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), Wet Langdurige Zorg (WLZ), CIMOT (Beschermd Wonen) of de Jeugdwet. Ze bieden woonbegeleiding, ambulante begeleiding, gezinsbegeleiding en dagbesteding aan jongeren en volwassenen die hun basis kwijt zijn (Back to Basic, 2017). Bij iedere cliënt wordt er over het algemeen te werk gegaan volgens het 8-fasenmodel, een methode om mensen met hulpvragen op meerdere leefgebieden te ondersteunen met het doelgericht werken aan hun toekomst (Movisie, 2015). De cliënten hebben verschillende problematieken. Hierbij kan men denken aan bijvoorbeeld psychische

problematiek of verslavingsproblematiek. Eenieder heeft op zijn eigen manier hulp nodig met het streven om uiteindelijk zelfstandig te kunnen wonen (Back to Basic, 2017). Stichting Back to Basic Twente heeft door Triqs (2016) een cliënttevredenheidsonderzoek af laten nemen. Dit is een vereiste van Samen 14 gemeenten, CIMOT (Beschermd Wonen) en het zorgkantoor Twente (Menzis zorgkantoor). Dit zijn de verwijzers waarmee Stichting Back to Basic Twente afspraken heeft over het leveren van de zorg (Persoonlijke communicatie, Leon Kempees, 2017). Uit het cliënttevredenheidsonderzoek van Triqs in 2016 is gebleken dat het communiceren met de medewerkers in de avonduren, nachten en weekenden als minder goed wordt ervaren door de cliënten. De opdrachtgever wil de communicatie op deze momenten verbeteren door middel van een eHealth applicatie op een smartphone. Het gebruik van deze applicatie zal dan uiteindelijk moeten zorgen voor een verbetering in de communicatie. De opdrachtgever wil dan ook graag een inventarisatie van de meningen van de cliënten rondom de bestaande functies van de opdrachtgever en uit de theorie. De opdrachtgever heeft zelf een minimaal aantal ideeën en wil dan ook graag een aanvulling hierop zien vanuit de theorie. Daarnaast wil hij de eventuele eigen ideeën voor applicatiefuncties, vanuit de cliënten, te weten komen.

Door de introductie van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, de Jeugdwet en de Participatiewet vindt sinds 2015 steeds meer zorg en ondersteuning vanuit huis plaats met een grotere verantwoordelijkheid voor gemeenten. Ook hierbij kunnen digitale toepassingen ondersteunend zijn (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2015). Dit onderzoek betreft de gemeenten Enschede, Hengelo, Almelo en Borne. Gemeente Enschede, in Hengelo en Almelo hebben meegedaan aan een onderzoek betreft eHealth van Zorgende Stad in 2015. Hieruit komt naar voren dat alle drie de gemeenten niet structureel samenwerken met vernieuwde ICT-ontwikkelaars en/of sociale ondernemingen. Ook geven ze aan bijna niet of nog niet samen te werken met reguliere zorg- en welzijnssector op het gebied van eHealth. De opdrachtgever loopt er tegenaan dat gerichte aandacht voor eHealth mogelijkheden ontbreekt bij de gemeenten. Hij wil hierin zelf innovatief te werk gaan en hiermee een start maken om mee te gaan met de wens van de maatschappij (Persoonlijke communicatie, Leon Kempees, 2017).

De opdrachtgever wil dan ook graag een eHealth applicatie ontwikkelen om de communicatie door middel van een smartphone tussen cliënt en hulpverlener te verbeteren (Persoonlijke communicatie, Leon Kempees, 2017). De communicatie door middel van een smartphone valt onder de eHealth interventie e-communicatie (Timmer, 2011). Dit wordt ook wel mHealth genoemd. Dit staat voor mobile Health oftewel het toepassen van draadloze communicatietechnologieën zoals mobiele telefoons (smartphones), tablets, watches en dergelijke in de gezondheidszorg (World Health Organization, 2011). In het vervolg van dit onderzoek wordt de benaming mHealth gebruikt.

Volgens Timmer (2011) heeft mHealth verschillende voordelen voor de cliënt. Het gebruik van mHealth werkt drempelverlagend voor de cliënt. Ook kunnen de cliënten van te voren al aangeven wat ze met de hulpverlener willen bespreken of dit alvast bespreken indien dringend. Dit zorgt voor minder tijdverlies tijdens het persoonlijke contact, omdat men zich beter kan richten op de inhoud en minder hoeft te richten op vraagverkenning of probleemverheldering. De cliënten worden op deze manier meer betrokken bij hun eigen hulpverleningsproces en de beslissingen die er genomen worden. mHealth heeft ook voordelen voor de hulpverlener. Wanneer een cliënt meer inspraak heeft in zijn eigen hulpverleningsproces heeft dit een positief effect op de vertrouwensband en verminderen de no-shows. Daarnaast verhoogd de functie tot een virtueel contactmoment de tevredenheid (De Kleijn et al., 2007). De tevredenheid kan ontstaan door de verschillende voordelen die een virtueel

contactmoment te bieden heeft, namelijk flexibiliteit, laagdrempeligheid, kosten- en tijdsbesparing (Nederlands Jeugd Instituut, 2014).

Door het gebruik van mHealth kan er voorkomen worden dat men voor niks op bezoek komt, omdat de vragen al via de mHealth gesteld kunnen worden. Ook het gebruik van asynchrone mHealth verbeterd de communicatie tussen hulpverlener en cliënt. Hierbij kan men denken aan e-mailcontact of een berichtensysteem waarbij het niet nodig is om tegelijkertijd aanwezig te zijn zoals bij audiocontact (bellen) of videobellen. De meerwaarde van beeldverbinding is dan weer dat er toch een gevoel van nabijheid gecreëerd wordt tussen hulpverlener en cliënt. Dit vergroot het veiligheidsgevoel en is een cliëntvriendelijke contactfunctie. Voor de hulpverlener is het een toegevoegde waarde om oogcontact te hebben en ook de omgeving te kunnen zien. Hierdoor kan de situatie van de cliënt beter ingeschat worden door de hulpverlener. Het kan bijvoorbeeld zijn dat een cliënt zegt dat zijn huis netjes is, maar dat het eigenlijk een rommel is. Dit kan een weerspiegelen zijn van een iemand zijn psyche. Daarnaast vervalt de reistijd waardoor er efficiënter gewerkt kan worden (Timmer, 2011). mHealth is geen doel op zich, maar een middel om de zorg te verbeteren. Het sluit aan bij de veranderingen in de maatschappij en op deze manier wordt de rol van de cliënt in het eigen hulpverleningsproces vergroot. Het gebruik maken van eHealth en de daar bijbehorende interventies zijn geen garantie voor kostenbesparing, maar wel een kans om zorg kwalitatief en organisatorisch te verbeteren. Het gebruik maken van mHealth is een flexibele vorm van zorgcommunicatie (Longfonds, z.j.).

Er zijn weinig nadelen aan mHealth. Wel is het belangrijk dat zowel hulpverlener als cliënt open moeten staan voor het gebruik van deze interventie. Het zal een verandering zijn en beiden moeten ervoor zorgen dat het goed geïntegreerd wordt in het proces. Het zal dus geen extra belasting zijn, maar een deel van het persoonlijke contact vervangen. Men moet wennen aan de nieuwe manier van communiceren. Een belangrijk aandachtspunt is wel dat het face-to-face contact verminderd en dat men ervoor moet waken dat dit geen negatief effect heeft op het gehele hulpverleningsproces (Timmer, 2011).

1.2 DOELSTELLING

De korte termijndoelstelling is:

Het inventariseren van de wensen en behoeften van cliënten van Stichting Back to Basic Twente ten aanzien van een mHealth applicatie gericht op de verbetering van de communicatie tussen cliënt en hulpverlener.

De lange termijndoelstelling is:

De inventarisatie vanuit de cliënten wordt geïmplementeerd in de opbouw van een mHealth applicatie op een smartphone. Op deze manier wordt de communicatie door middel van een smartphone, met betrekking tot een mHealth applicatie, tussen cliënt en hulpverlener verbeterd.

1.2.1 HOOFDVRAAG

Wat zijn de wensen en behoeften van de cliënten van Stichting Back to Basic Twente rondom een mHealth applicatie om de communicatie, door middel van een smartphone, tussen cliënt en hulpverlener te verbeteren?

1.2.2 THEORETISCHE DEELVRAGEN

1. Wat is mHealth?
2. Wat zijn bestaande relevante mHealth functies?

1.2.3 PRAKTISCHE DEELVRAGEN

1. Wat vinden de cliënten van de bestaande functies vanuit de opdrachtgever en de theorie voor een mHealth applicatie om de communicatie, door middel van een smartphone, tussen cliënt en hulpverlener te verbeteren?
2. Wat zijn de eigen ideeën voor functies in een mHealth applicatie vanuit de cliënt om de communicatie, door middel van een smartphone, tussen cliënt en hulpverlener te verbeteren?

1.3 LEESWIJZER

In deze paragraaf wordt beschreven hoe dit onderzoek het beste gelezen kan worden. In hoofdstuk één is de inleiding te vinden waarin de aanleiding van dit onderzoek te vinden is. Daarnaast zijn hier de doelen weergegeven en worden de hoofdvraag en deelvragen benoemd. Hoofdstuk twee is het theoretisch kader van dit onderzoek te vinden. Hier wordt antwoord gegeven op de theoretische deelvragen aan de hand van (vak)literatuur. In hoofdstuk drie wordt de onderzoeksmethode beschreven. Hierin worden de volgende aspecten uiteengezet: onderzoekstype, populatie, instrumenten, procedure, methode van analyseren, betrouwbaarheid, validiteit en ethische overwegingen. Daaropvolgend vindt men de resultaten van dit onderzoek in hoofdstuk vier. Tot slot zijn de conclusies op de hoofd- en deelvragen uitgewerkt in hoofdstuk vijf. De aanbevelingen, het sterkte en zwakte onderzoek en de discussie zijn eveneens in dit hoofdstuk te vinden.

2. THEORETISCH KADER

In dit hoofdstuk wordt er antwoord gegeven op de volgende deelvragen die opgesteld zijn in hoofdstuk één.

Theoretische deelvragen:

1. Wat is mHealth?
2. Wat zijn bestaande relevante mHealth functies?

2.1 WAT IS MHEALTH?

Zoals in de aanleiding al kort beschreven is, is mHealth het toepassen van draadloze communicatietechnologieën door middel van mobiele telefoons (smartphones), tablets, watches en dergelijke in de gezondheidszorg (World Health Organization, 2011). De cliënt stelt in de loop van de laatste jaren andere eisen aan de hulpverlening vanwege het toegenomen opleidingsniveau en verbeterde materiële mogelijkheden. De cliënt wil meer regie en meer zeggenschap in zijn eigen leven en dus ook in de hulp die nodig is. De afgelopen jaren is er een breed scala aan internettechnologieën gekomen om de gezondheidszorg te ondersteunen en verbeteren. Dit wordt ingezet om de autonomie van de hulp vragende burger te ondersteunen (Timmer, 2011). In dit onderzoek richten de onderzoekers zich op één internettechnologie. mHealth in de vorm van een applicatie voor de cliënten om de communicatie door middel van een smartphone tussen cliënt en hulpverlener te verbeteren.

mHealth is volgens verschillende bronnen een belangrijke opkomende ontwikkeling. Minister Schippers van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (2012) bevestigt dat ICT een onlosmakelijk onderdeel is van onze huidige maatschappij, maar dat het nog niet zo vanzelfsprekend is in de zorg. Wel is het belangrijk dat de zorg hierin ook vernieuwend blijft om niet achter te blijven op de maatschappij. Het KPMG rapporteert in 2011 aan het Ministerie van VWS dat verwacht wordt dat eHealth toepassingen een belangrijke bijdrage zullen gaan leveren aan het versterken van de vrijheid en zelfredzaamheid van cliënten. eHealth lijkt een veelbelovende ontwikkeling voor de huidige maatschappij te zijn. Uit het onderzoek van de coöperatieve pensioenuitvoeringsorganisatie komt naar voren dat 10% van de professionals die werken in de zorg en welzijn eHealth nog maar toepast in de praktijk. Digitale zorg wordt door 43% van de respondenten gezien als prettig, mits het een aanvulling is op de huidige zorg en geen vervanging van het persoonlijke contact. Er wordt dan ook nog steeds geld vrijgemaakt door het Ministerie van Volksgezondheid om onderzoek te doen naar nieuwe zorgtoepassingen (Smarthealth, 2017).

Volgens het onderzoek van Seko, Kidd, Wiljer en McKenzie (2014) is mHealth dan inderdaad een belangrijke ontwikkeling van de huidige maatschappij. Het toepassen van mobiele technologieën kan bijdragen aan het vergroten van de zorg waarin de cliënt centraal staat, zeker voor de jongvolwassenen die opgroeien in de huidige, op technologie gerichte, maatschappij. Wel is het van belang om goed na te denken over het gebruik van mHealth technologieën bij jongvolwassenen met een beperking. Zo kan het voorkomen dat je ze te veel handvatten geeft en daardoor meer zorg biedt dan dat ze nodig hebben. Het is dan ook van belang dat de professional zijn keuzes goed afweegt om zo het maximale voordeel en minimale nadeel uit het gebruik van mHealth te halen.

Ook in het onderzoek van Yonker, Zan, Scirica, Jethwani en Kinane (2015) wordt bevestigd dat de huidige mediatechnologieën het nieuwe middel zijn om te communiceren met jongvolwassenen. Het

wordt met succes ingezet om deze doelgroep te betrekken bij het hulpverleningsproces, gedrag te identificeren en om passende interventies en educatie in te zetten. In dit proces staan de hulpverleners wel voor een uitdaging, omdat veel jongvolwassenen onafhankelijk willen zijn en geaccepteerd willen worden door hun leeftijdsgenoten. Ook verlaten ze de ouderlijke controle en gaan ze zelfstandig nieuwe relaties aan. Op dit moment heeft een jongvolwassene meer toegang tot informatie dan in het verleden en kunnen ze een actievere rol spelen in hun eigen proces. Dit kan leiden tot een gebrek aan communicatie tussen de cliënt en de hulpverlener, omdat de cliënt onafhankelijk wil zijn. Het kan zijn dat jongvolwassenen hun problemen wel willen bespreken, maar dan tegengehouden worden door de druk vanuit de huidige maatschappij. Door middel van een mHealth applicatie gericht op de communicatie wil de opdrachtgever ook deze stap verkleinen.

Het onderzoek van Iribarren, Cato, Falzon en Stone (2017) benoemt dat mHealth idealerwijs ingezet wordt om onder andere de cliënt te informeren, het bieden van sociale steun en het verbeteren van de communicatie tussen cliënt en hulpverlener om zo de kwaliteit van de hulpverlening te kunnen verbeteren. Uit dit onderzoek komt ook naar voren dat het inzetten van mHealth gericht op de communicatie vaak positief gerapporteerd wordt als kostenbesparend. Dit is dan ook de meest voorkomende en meest succesvolle mHealth interventie.

In de aanleiding worden al verschillende voordelen van mHealth benoemd en wordt er beschreven dat er eigenlijk weinig nadelen zijn. mHealth is een eHealth interventie. En draagt dus ook enkele kansen, randvoorwaarden, voordelen en nadelen met zich mee die eHealth met zich mee draagt.

Kansen/voordelen:

- Het inzetten van mHealth vergroot de gelijkwaardigheid in het hulpverleningsproces (Longfonds, z.j.). Een cliënt kan de regie krijgen die ze zelf graag willen (Schipper, 2012).
- Men hoeft minder verplicht te reizen in het hulpverleningsproces (Longfonds, z.j.). Ook Minister Schipper (2012) geeft aan dat mHealth kan helpen om fysieke afstanden te overbruggen.
- mHealth kan een oplossing zijn voor het dreigende personeelstekort (Schipper, 2012).
- De preventie wordt verbeterd. mHealth kan helpen om ziektes en/of aandoeningen vroegtijdig te ontdekken (GettingSocial, 2017).
- Verbeterde efficiëntie. Doordat de zorg beter ingepland wordt, kunnen onnodige consultaties geschrapt worden en kan het personeel efficiënter te werk gaan (GettingSocial, 2017).

Randvoorwaarden:

- De verschillende betrokken zorgpartijen zouden moeten samenwerken (Schipper, 2012).
- Het gebruik van mHealth sluit aan bij de behoeften van de cliënt (Longfonds, z.j.).
- Cliënten kunnen ondersteuning/coaching krijgen in het gebruik van mHealth (Longfonds, z.j.).
- Het gebruik van mHealth is vrijwillig en iemand is gemotiveerd om er gebruik van te maken (Longfonds, z.j.).
- mHealth wordt niet slechts ingezet als kostenbesparing, effectieve mHealth vereist nieuwe apparatuur en werkwijzen en kan dus kostenverhogend zijn (Longfonds, z.j.).

Mogelijke belemmeringen/nadelen:

- De vraag is of een eHealth de cliënt een goed genoeg gevoel van veiligheid bieden (KPMG, 2011).
- Men kan zich afvragen of eHealth voldoende privacy verzekerd (KPMG, 2011).
- Het is nog onduidelijk in hoeverre deze manier van zorg leveren vergoed kan worden (KPMG, 2011).
- Gemis aan face-to-face contact. Non-verbale signalen en lichaamstaal ontbreken bij online hulpverlening (Nederlands Jeugd Instituut, 2014).
- Online hulpverlening is niet voor iedereen geschikt. Denk hierbij aan mensen die geen toegang hebben tot het internet of last hebben van technofobie (angst voor technologie) (Nederlands Jeugd Instituut, 2014).
- Uitval. Cliënten zullen makkelijker het hulpverleningsproces voortijdig beëindigen. Online hulp is namelijk laagdrempelig, maar daarmee ook vrijblijvender (Nederlands Jeugd Instituut, 2014).
- Effecten en financiering anonieme hulp. De effecten van de online hulpverlening zijn lastig te meten, omdat men niet weet wat een cliënt naast de anonieme hulpverlening zelf nog doet. Daarnaast is de financiering van anonieme online hulp heel moeilijk in te delen, omdat het vaak onduidelijk is waar het geld dan weg moet komen (Nederlands Jeugd Instituut, 2014).
- Betrouwbaarheid informatie. Het is niet altijd even duidelijk waar online informatie vandaan komt en of deze ook overeenkomt met wetenschappelijke inzichten. De kwaliteit van informatieve websites zijn zeer verschillend. De Verenigde Staten en Engeland hebben bijvoorbeeld een label of een testtool om de kwaliteit van websites inzichtelijk te maken voor bezoekers, dit is in Nederland nog niet het geval (Nederlands Jeugd Instituut, 2014).

Volgens het artikel van Albrecht en Fangerau (2016) is het van belang om met verschillende ethische kwesties rekening te houden bij het inzetten van mHealth:

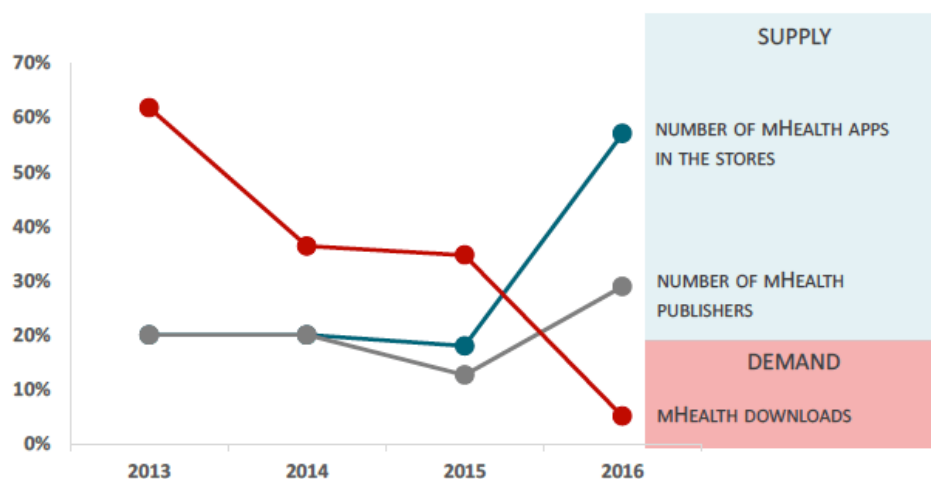
- Houden aan de wet van het recht op zelfbeschikking van de cliënt. Deze mag zelf bepalen of hij/zij actief of passief deelneemt aan het gebruik van de mHealth applicatie.
- Zorgen dat de cliënt een goede beslissing kan maken, bijvoorbeeld door informatieverstrekking.
- De cliënt moet een duidelijk beeld hebben van de voor- en nadelen.
- De doelstellingen van een mHealth applicatie moeten gebaseerd zijn op geldige gegevens. Dat betekent dat men met een mHealth applicatie bereikt van men wil bereiken.
- Wanneer er beslissingen gemaakt worden betreffende de mHealth applicatie, moeten alle belanghebbenden betrokken worden. De mensen die belanghebbend zijn, zijn de mensen die betrokken worden bij het gebruik van een mHealth applicatie.
- mHealth interventies moeten beschikbaar zijn voor alle belanghebbenden en mogen geen discriminatie noch stigmatisering veroorzaken.
- Een mHealth interventie streeft naar het elimineren van eventuele ongelijkheden tussen belanghebbenden.
- Een mHealth interventie heeft geen lichamelijk of psychisch negatief effect op de gebruiker.
- De risico's en de voordelen worden goed afgewogen.
- Het recht op privacy, vertrouwelijkheid en persoonlijke integriteit wordt beschermd.

Niet alleen in Nederland, maar ook in het buitenland wordt er al veel gebruik gemaakt van mHealth in de zorg. Zo is het nu in Londen mogelijk om 24 uur per dag, 7 dagen in de week een videoconsult te hebben met een huisarts. Ook bestaat er in Londen een app waar je berichten kunt sturen naar de orthodontist en je via de app een 'home impression kit' op kunt laten sturen om zelf een afdruk te maken van je tanden, zodat je niet meer weg van huis hoeft. De Amerikaanse zorgverzekeraar Oscar heeft een app ontwikkelt voor zorgleveranciers waarin alle patiëntgegevens te vinden zijn (Smarthealth, 2017). Naast de ontwikkelingen in de verschillende landen worden er ook vele conferenties georganiseerd gericht op eHealth. HIMSS is de grootste jaarlijkse conferentie op het gebied van zorg en innovatie door middel van technologie (Zorgvisie, 2017).

Ondanks dat er veel wordt aangegeven dat mHealth in opkomst blijft, blijkt uit een onderzoek van Duitse marktonderzoekers van research2guidance (2016) dat er in het jaar 2016 minder mHealth applicaties ontwikkeld zijn dan de jaren hiervoor. Ondanks dat er de groei langzamer is, zijn er toch nog 259.000 mHealth applicaties ontwikkeld. Echter wordt van het grootste deel geen of amper gebruik gemaakt. Van de 58000 app-makers kan slechts een deel hiervan rondkomen. Daarnaast is het aanbod in 2016 voor het eerst groter dan het aantal applicaties dat gedownload wordt. Dit is te zien in

onderstaande

grafiek:



Dit alles lijkt de opkomst van mHealth tegen te spreken. Echter groeit de omzet betreft mHealth applicaties wereldwijd nog fors en wordt voorspeld dat die de komende jaren ook nog ieder jaar met 15% zal groeien (research2guidance, 2016).

2.2 WAT ZIJN BESTAANDE RELEVANTE MHEALTH FUNCTIES?

Bestaande functies opdrachtgever:

De opdrachtgever (L. Kempees namens Stichting Back to Basic Twente, persoonlijke communicatie, 7 september 2017) heeft verschillende opties voor functies aangedragen om voor te leggen aan de cliënten, om daarna te kunnen bekijken of deze toegepast kunnen worden. De volgende functies zou de opdrachtgever willen voorleggen aan de cliënten:

- Inchecken: Medewerkers checken onder werktijd in, zodat een cliënt automatisch telefonisch doorgeschakeld wordt naar een medewerker die aan het werk is.
- Noodknop: In crisis kan de cliënt via de applicatie direct bij de noodknop om doorgeschakeld te worden naar een van de medewerkers die aan het werk is. Deze knop laat de medewerkers weten dat het een crisis betreft.
- Audiocommunicatie: Cliënt en medewerker kunnen audiocontact met elkaar opnemen wanneer ze dit nodig achten. Aan de hand van het audiocontact bepaalt de medewerker of er iemand langs moet komen.
- Videocommunicatie: Cliënt en medewerker kunnen videobellen met elkaar opnemen wanneer ze dit nodig achten. Aan de hand van het videobellen bepaalt de medewerker of er iemand langs moet komen.
- Online evaluaties: Elk half jaar komen cliënt en persoonlijk begeleider bij elkaar voor een evaluatie op het zorgplan. Jaarlijks sluit hierbij de gedragswetenschapper aan. Aan de hand videocommunicatie wordt er online geëvalueerd.

Bestaande functies theorie:

Vanuit de theorie komen nog andere mogelijke functies voor de applicatie naar voren.

Timmer (2011) benoemt de volgende voorbeelden. Deze zouden passend kunnen zijn bij de interventie mHealth:

- Synchron chatcontact: Met deze functie kunnen cliënt en hulpverlener wanneer ze beiden online zijn met elkaar chatten.
- Asynchroon chatcontact: Met deze functie kunnen cliënt en hulpverlener online berichten naar elkaar sturen zonder dat het nodig is dat ze beide online zijn. Een voorbeeld hiervan is contact via e-mail.
- Online afspraken plannen: Op deze manier krijgt de cliënt meer regie over zijn eigen contactmomenten. Cliënt en hulpverlener kunnen online afstemmen wanneer er functies voor contactmomenten zijn.

Uit de theorie van Van Gemert-Pijnen, Peters en Ossebaard (2013) komt de volgende functie naar voren:

- Cliëntcommunicatie: Cliënten kunnen onderling contact met elkaar zoeken over hun problematiek of waar ze tegen aanlopen.

Krijgsman en Klein Wolterink (2012) dragen ook nog enkele functies aan betreft mHealth:

- Contact met andere zorgverleners: Met een druk op de knop doorverwezen worden naar bijvoorbeeld het ziekenhuis, de politie of de huisartsenpost.
- Online adviezen: Cliënten kunnen online adviezen inzien over hoe te kunnen handelen in bepaalde situaties.

Doherty en Matthews (2008) hebben in hun onderzoek geconcludeerd dat het bijhouden van de gemoedstoestand van adolescenten via een applicatie veel beter verloopt dan schriftelijk en dat hen dit helpt in het hulpverleningsproces om hun progressie bij te houden. Het gebruik via een applicatie verschilt van het schriftelijk bijhouden, omdat een applicatie andere functies aan kan bieden om de gemoedstoestand bij te houden. Men kan dan denken aan het gebruik van emoticons en cijfers. Zo hebben cliënten zelf ook beter inzicht in hoe het met hen gaat en vermindert dit de noodzaak van telefonisch contact met een hulpverlener.

2.3 SAMENVATTING

mHealth is het toepassen van draadloze communicatietechnologieën door middel van mobiele telefoons (smartphones), tablets, watches en dergelijke in de gezondheidszorg (World Health Organization, 2011). Het is een belangrijke opkomende ontwikkeling in de gezondheidszorg om deze te ondersteunen en verbeteren. mHealth is een middel dat bij jongvolwassenen ingezet kan worden om de communicatie te verbeteren (Yonker, Zan, Scirica, Jethwani en Kinane, 2015). mHealth kan ingezet worden in de vorm van een applicatie en heeft verschillende kansen, voorwaarden en nadelen. Zo kan het een oplossing bieden voor het dreigende personeelstekort en is het van belang dat de regie bij de cliënt ligt. Het is dan ook belangrijk dat er rekening gehouden wordt met de behoeften van de cliënt.

Daarnaast zijn er verschillende mogelijke functies naar voren gekomen uit het literatuuronderzoek en vanuit de opdrachtgever. Voorbeelden die geïmplementeerd zouden kunnen worden in de mHealth applicatie zijn verwerkt in de enquête die te vinden is bij bijlage 1.

3. METHODE VAN HET ONDERZOEK

De methode van het onderzoek wordt in dit hoofdstuk beschreven. Het type onderzoek, de populatie, de instrumenten, de procedure, de methode van het analyseren van de gegevens, de betrouwbaarheid, validiteit en ethische overwegingen komen in dit hoofdstuk aan bod.

3.1 TYPE ONDERZOEK

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een kwantitatieve onderzoeksmethode. Hier is voor gekozen omdat de opdrachtgever en de onderzoekers een overzicht willen hebben van hoe cliënten van Stichting Back to Basic Twente denken over een mHealth applicatie. Het is wenselijk om daarbij zoveel mogelijk cliënten te benaderen. Bij kwantitatieve methoden wordt er volgens Verhoeven (2014) gebruik gemaakt van cijfermatige informatie en gegevens over objecten, organisaties en personen. Vervolgens worden de technieken gebruikt om beschrijvingen van de resultaten te geven en om verwachtingen over de uitkomst te toetsen.

Om een goed beeld te krijgen van de wensen en verwachtingen voor een applicatie, willen de onderzoekers en de opdrachtgever alle cliënten de mogelijkheid bieden om hier een eigen inbreng in te hebben. De resultaten geven ook een duidelijker beeld wanneer het onderzoek breed wordt getrokken en alle cliënten deelnemen aan dit onderzoek.

Dit onderzoek betreft een inventariserend onderzoek. Essentieel voor een inventariserend onderzoek is om na te gaan wat er aan de hand is, dus de 'huidige stand van zaken' wordt in beeld gebracht (Michgelbrink, 2007). Bij Stichting Back to Basic Twente is er uit een cliënttevredenheidsonderzoek naar voren gekomen dat de communicatie door middel van een smartphone in de avonden en in de nacht minder goed zijn. In dit onderzoek wordt onderzocht hoe de communicatie door middel van een smartphone verbeterd kan worden tussen hulpverlener en cliënt met behulp van een mHealth applicatie. De bestaande functies voor een applicatie komen deels vanuit de opdrachtgever en deels vanuit de theorie. Het literatuuronderzoek wat allereerst wordt verricht is nodig om de bestaande functies van de opdrachtgever uit te breiden met overige bestaande functies vanuit de theorie. Deze inventarisatie leidt mede tot het opstellen van de enquêtevragen, die worden afgenomen bij de cliënten van Stichting Back to Basic Twente. Dit betekent dat er voor de enquête andere databronnen worden gebruikt. Deze geven een andere inventarisatie weer. De uitslag van de enquêtes vormt de huidige stand van zaken vanuit de cliënt. Kortom, dit onderzoek kan inventariserend en kwantitatief genoemd worden.

3.2 ONDERZOEKSPOPULATIE

De populatie van een onderzoek zijn alle onderzoekseenheden waarover een uitspraak gedaan wordt (Verhoeven, 2014). De populatie van dit onderzoek bestaat uit alle cliënten die begeleid worden bij Stichting Back to Basic Twente. Stichting Back to Basic Twente biedt hulpverlening aan 84 cliënten met een indicatie vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), Wet Langdurige Zorg (WLZ), CIMOT (Beschermd Wonen), de Jeugdwet en Persoonsgebonden Budget (PGB). (Back to Basic, 2017).

Het is niet nodig om in dit onderzoek een steekproef uit te voeren, omdat de populatie klein is en daarom de gehele doelgroep benaderd kan worden. Er moet wel rekening gehouden worden met het aantal respondenten, omdat het kan zijn dat niet alle 84 cliënten willen deelnemen aan de enquête. Volgens Verhoeven (2014) zijn respondenten de personen die ook daadwerkelijk bereid zijn om deel te nemen aan het onderzoek.

3.3 INSTRUMENTEN

Er wordt voor het beantwoorden van de deelvragen in dit onderzoek gebruik gemaakt van verschillende meetinstrumenten. Het meetinstrument dat gebruikt wordt voor het beantwoorden van de theoretische deelvragen is literatuur. Bij het literatuuronderzoek wordt gebruik gemaakt van verschillende databronnen. De databronnen die in dit onderzoek worden gebruikt zijn boeken, artikelen van het internet, artikelen uit bijvoorbeeld tijdschriften en personen. Het literatuuronderzoek dat wordt verricht, is nodig om begrippen toe te lichten en om de bestaande functies van de opdrachtgever uit te breiden met overige bestaande functies vanuit de theorie. Er zijn verschillende zoektermen gebruikt voor het beantwoorden van de theoretische deelvragen. Er is in eerste instantie voornamelijk gezocht naar literatuur over e-health en e-communicatie, dit is uiteindelijk ingeperkt tot het begrip mHealth.

Er is voor het beantwoorden van de praktische deelvragen gekozen voor een surveyonderzoek door gebruik te maken van een enquête. Volgens Verschuren & Doorewaard (2016) is een survey een type onderzoek waarbij de onderzoeker probeert een breed beeld te krijgen van een fenomeen. Een survey kan herkend worden aan zaken zoals kwantitatieve gegevens en meer breedte dan diepte in een onderzoek. Een ander kenmerk van een survey is dat de onderzoeker zich bedient van weinig tijdrovende manieren van datagenerering. Dit is nodig, gelet op het grote aantal onderzoekseenheden dat moet worden benaderd. Meestal hanteert de onderzoeker een enkele methode die snel kan worden uitgevoerd, bijvoorbeeld een schriftelijke enquête.

Het instrument dat gebruikt wordt in dit onderzoek is een zelf ontworpen enquête met voor gestructureerde vragen. Het literatuuronderzoek dat is gedaan voor het beantwoorden van de theoretische deelvragen, is een inventarisatie die mede leidt tot het opstellen van enquêtevragen.

De vragen die in de enquête gesteld worden hebben meestal betrekking op meningen, motieven, attitudes, persoons- of achtergrondkenmerken (Heerink, Pinkster-Schalken, Bratti- van der Werf, 2013). In dit onderzoek heeft de enquête betrekking op de meningen en verwachtingen van de cliënten van stichting Back to Basic Twente. Om inzicht te krijgen in de eventuele eigen ideeën over functies van de cliënten wordt er in de enquête naast de gesloten vragen ook gebruik gemaakt van open vragen. Tevens hebben zij de mogelijkheid om te verantwoorden waarom zij een bepaalde functie wel of niet terug willen zien in de applicatie.

3.4 PROCEDURE

In deze paragraaf wordt de procedure van het onderzoek beschreven. In eerste instantie hebben de onderzoekers samen met de opdrachtgever vastgesteld wat er precies verwacht werd van elkaar en hoe het onderzoek zou worden vormgegeven. Zo is er vastgesteld dat het doel van dit onderzoek is: erachter komen of er onder de cliënten van Stichting Back to Basic Twente behoefte is aan een eHealth applicatie om de communicatie tussen cliënt en hulpverlener te verbeteren. Tevens wil de opdrachtgever weten wat de cliënten vinden van de bestaande ideeën en of zij nog eigen ideeën voor functies hebben.

Vervolgens hebben de onderzoekers samen met de opdrachtgever gebrainstormd over functies die eventueel in een mHealth applicatie zouden kunnen. De opdrachtgever heeft meerdere ideeën voor functies ingebracht en de onderzoekers hebben literatuuronderzoek gedaan naar andere bestaande functies voor een mHealth applicatie. Door het literatuuronderzoek zijn de onderzoekers tot de conclusie gekomen dat eHealth een te ruim begrip is. Dit is in eerste instantie verkleind naar de interventie e-communicatie. Echter viel hier alle digitale communicatie onder. Het meest passende begrip blijkt uiteindelijk mHealth te zijn, omdat dit gaat om de hulpverlening via een smartphone.

De inventarisatie van de onderzoekers heeft mede geleid tot het opstellen van de enquêtevragen. De enquête die vervolgens is opgesteld, is gecontroleerd door de onderzoeksdocent en de opdrachtgever. Zij hebben beide feedback gegeven en dit is door de onderzoekers verwerkt en aangepast in de enquête. Om de betrouwbaarheid en validiteit te verbeteren, is de enquête voordat deze werd uitgezet bij de cliënten getest door de onderzoekers en bij medestudenten. Dit heeft meegedragen aan de kennis over de duur van het afnemen van de enquête. Daarnaast is hieruit naar voren gekomen dat de enquête goed geformuleerd is en daardoor begrijpelijk is voor de respondenten.

In de enquête staat voorafgaand vermeld waarover het onderzoek gaat en door wie dit uitgevoerd wordt. Ook staat er in vermeld dat de anonimiteit wordt gewaarborgd en dat de uitslag van het onderzoek geen negatief effect zal hebben op de respondenten. Tot slot staan hier enkele instructies vermeld voor het invullen van de enquête.

Daaropvolgend is de enquête uitgezet. Dit is gedaan door de teamleiders van Stichting Back to Basic Twente per mail in te lichten en de enquête naar hen door te sturen. Al het personeel is via het NEDAP berichtensysteem ingelicht over het onderzoek. De verantwoordelijkheid voor het uitzetten van de enquêtes op de verschillende locaties (Almelo, Hengelo en Borne) is bij de teamleiders neergelegd. De cliënten worden persoonlijk benaderd door hun eigen begeleider om zo door middel van vertrouwen de hoogste respons te behalen. De enquêtes zijn mondeling afgenomen en schriftelijk genoteerd. Het afnemen van de enquêtes is door al het personeel gedaan om zo gezamenlijk zoveel mogelijk cliënten te kunnen benaderen.

3.5 DE METHODE VAN ANALYSEREN VAN DE GEGEVENS

Bij een kwantitatief onderzoek wordt er anders geanalyseerd dan bij een kwalitatief onderzoek. Waar men bij een kwalitatief onderzoek zelf een analysemodel moet maken en/of uitwerken, bestaat er bij een kwantitatief veelal een manier om data te analyseren en verwerken (Baarda et al., 2013).

In dit onderzoek worden de gegevens geanalyseerd en verwerkt met het statistische programma Statistical Package of the Social Sciences (SPSS). SPSS is het meest gebruikte statistische computerprogramma op het hoger beroepsonderwijs en het wetenschappelijk onderwijs. De Dataset, de Syntax en de Output zijn de drie gedeelten van SPSS waarmee samen een duidelijk en overzichtelijk geheel wordt gevormd (Statistiekbegeleider, z.j.)

3.6 BETROUWBAARHEID

De betrouwbaarheid van een onderzoek geeft aan in hoeverre het onderzoek vrij is van toevallige fouten. Dat wil zeggen dat een onderzoek herhaalbaar is met dezelfde resultaten (Verhoeven, 2014). In dit onderzoek is er gekozen voor een voorgestructureerde enquête die is voorgelegd bij de gehele populatie. Dit vergroot betrouwbaarheid, omdat er geen steekproef nodig is. De uitspraken die gedaan worden in dit onderzoek richten zich op de volledige populatie. Daarnaast wordt de methode van het onderzoek uitgebreid beargumenteerd in het onderzoek om op deze manier de betrouwbaarheid te waarborgen.

De triangulatie die binnen dit onderzoek voorkomt, vergroot de betrouwbaarheid ook. Er worden verschillende dataverzamelingsmethoden gebruikt (Verhoeven, 2014). Zowel literatuuronderzoek als praktijkonderzoek. Daarnaast is de enquête opgebouwd uit open en gesloten vragen om een compleet antwoord op de vraagstelling te kunnen geven.

De enquêtes worden schriftelijk ingevuld door de respondenten in het bijzijn van de begeleiding. Dit zorgt ervoor dat de antwoorden letterlijk overgenomen kunnen worden door de onderzoekers en neemt de kans op eigen interpretatie van de onderzoekers weg. Ook is er gezorgd voor standaardisering doordat het interview voorgestructureerd is en er een proefenquête is afgenomen bij jongvolwassen gelijkwaardig aan de populatie.

De onderzoekers houden een onderzoeklogboek bij om bij eventuele herhaling van het onderzoek dezelfde fouten te kunnen vermijden. Ook zorgen de onderzoekers voor interbeoordeelaarsbetrouwbaarheid door continu elkaars werk te controleren of een taak allebei uit te voeren om te zorgen voor zoveel mogelijk overeenstemming.

De enquêtes zijn afgenomen bij de doelgroep door alle collega's van de organisatie. Hier is voor gekozen om de betrouwbaarheid van de antwoorden van de doelgroep te vergroten. Een eigen begeleider is vertrouwd en deze manier maakte het mogelijk voor de respondent om de enquête in te vullen in een voor hem/haar veilige omgeving. Er is gezorgd voor duidelijkheid bij de collega's door begrippen te operationaliseren en de enquête samen door te nemen, zodat er minimale fouten gemaakt kunnen worden in het afnemen van de enquête. De enquête vermeldt dat de respondenten verzekerd zijn van hun anonimiteit en dat de uitslag van het onderzoek geen negatief effect op hen zal hebben. Door anonimiteit te waarborgen wordt de kans op sociaal wenselijke antwoorden verkleind.

De onderzoekers verwerken de resultaten gezamenlijk en controleren elkaar. Daarnaast wordt het onderzoek meerdere malen in het proces beoordeeld door de onderzoeksdocent en de opdrachtgever voor eventuele feedback en goedkeuring.

3.7 VALIDITEIT

De validiteit van een onderzoek ofwel geldigheid van een onderzoek gaat over het vertrouwen op de inhoud van de gegevens. Ook wel het waarheidsgehalte van de gegevens genoemd. Dit wil zeggen dat de verzamelde gegevens de onderzochte werkelijkheid weerspiegelen (Verhoeven, 2014).

In het bachelorrapport wordt beschreven op welke manier het onderzoek opgebouwd is. Tevens wordt dit regelmatig mondeling besproken met zowel de onderzoeksdocent, de intervisie groep als de opdrachtgever. Er is face-to-face contact en telefonisch en/of mail contact met deze partijen. Er wordt door de onderzoekers gewaarborgd dat de verwachtingen tussen deze partijen duidelijk zijn. Op deze manier kan er effectief en efficiënt gewerkt worden. Alle stappen die gezet worden binnen het onderzoek worden bijgehouden. Op deze manier kunnen alle stappen herhaald worden en wordt er nauwkeuring en zorgvuldig gewerkt. De kans op vertekening wordt hierdoor verkleind.

Door gebruik te maken van een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve dataverzamelmethode, zorgt dit volgens Verhoeven (2014) voor triangulatie. Er wordt dan geanalyseerd vanuit verschillende invalshoeken, waardoor de validiteit en betrouwbaarheid kunnen verbeteren. Om de validiteit bij het opstellen van de enquête te waarborgen is er voorafgaand literatuuronderzoek gedaan. De vragen zijn inhoudelijk goedgekeurd door de opdrachtgever en de onderzoeksdocent. Beide hebben feedback gegeven op de vragen en de feedback is vervolgens door de onderzoekers in de enquête weer verwerkt. Daarnaast zijn de enquêtevragen getest op jongvolwassenen die gelijkwaardig zijn aan de populatie. Op deze manier wordt ervoor gezorgd dat de enquêtevragen relevant en objectief zijn voor het onderzoek en een bijdrage leveren aan het beantwoorden van de hoofdvraag. Doordat de enquêtevragen meerdere malen gecontroleerd worden door verschillende personen bevordert dit de validiteit van het onderzoek.

Validiteit bestaat uit interne- en externe validiteit. De interne validiteit wordt in dit onderzoek gewaarborgd door het literatuuronderzoek dat in hoofdstuk twee is uitgewerkt. Belangrijke begrippen zijn in het theoretisch kader geoperationaliseerd. Door de enquête te baseren op het literatuuronderzoek, is er gemeten wat de onderzoekers willen meten en hierdoor is een onderzoek volgens (Van der Donk & Van Lanen, 2012) meer valide.

Het begrip externe validiteit gaat over de populatievaliditeit. In welke mate zijn de resultaten in dit onderzoek generaliseerbaar naar andere situaties (Verhoeven, 2014). In dit onderzoek is de externe validiteit laag, omdat iedere instelling of organisatie een andere werkwijze hanteert. Een lage externe validiteit hoeft niet te betekenen dat er niks met het onderzoek kan worden gedaan, omdat de resultaten wel een goed beeld geven voor Stichting Back to Basic Twente.

3.8 ETHISCHE OVERWEGINGEN

Een onderzoek is ethisch verantwoord wanneer er volgens Baarda, de Goede en Teunissen (2005) voldaan is aan vier eisen die betrekking hebben op de respondenten van het onderzoek. Er moet aan deze eisen voldaan zijn om er voor te zorgen dat men de verschillende partijen in het onderzoek niet schaadt.

Ten eerste moet er een introductie worden gegeven. Het moet voor de respondenten helder zijn waar het onderzoek over gaat en wat het doel is van het invullen van de enquête. De onderzoekers hebben bovenaan de enquête een duidelijke introductie gegeven en dit afgestemd met de intervisiedocent. In deze introductie staat ook aangegeven dat alle respondenten de keuzevrijheid behouden om mee te werken aan dit onderzoek. Dit behoort tot één van de vier eisen waaraan een ethisch verantwoord onderzoek moet doen. Vervolgens is het van belang dat de resultaten van interviews en/of enquêtes anoniem zijn. Dit houdt in dat de identiteit van de persoon niet bekend wordt gemaakt. Er moet vertrouwelijk worden omgegaan met de gegevens, dus hebben de onderzoekers de respondenten in de enquête geen naam laten invullen. Omdat de onderzoekers niet alle respondenten persoonlijk kennen, weten zij zelf ook niet welke respondent, welke enquête heeft ingevuld. De vierde eis waar een ethisch verantwoord onderzoek aan moet voldoen, is dat het voor de respondent duidelijk is dat het meewerken aan het onderzoek geen nadelig effect zou hebben op die persoon. Omdat het onderzoek anoniem wordt ingevuld zou het onderzoek al geen nadelig effect moeten hebben. Toch is het van belang dat onderzoekers er zeker van zijn dat dit gewaarborgd blijft. Door middel van een proefenquête is dit getest en is het bevestigd dat dit onderzoek geen nadelig effect zou hebben op de respondenten.

Volgens Baarda, de Goede en Teunissen (2005) moet een onderzoek ook voldoen aan bepaalde ethische eisen. Een voorbeeld van zo'n ethische eis is de bronvermelding. De onderzoekers moeten er voor zorgen dat er altijd een juiste bronvermelding wordt weergegeven in het onderzoek om zo plagiaat te voorkomen.

3.9 SAMENVATTING

De onderzoeksmethode waarvan gebruikt wordt gemaakt in dit onderzoek is kwantitatief. Het onderzoekstype is een inventariserend onderzoek, waarbij de 'huidige stand van zaken' vanuit de cliënt wordt onderzocht door middel van enquêtes. De onderzoekspopulatie bestaat uit 84 cliënten die in behandeling staan bij Stichting Back to Basic Twente met een indicatie vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), Wet Langdurige Zorg (WLZ), CIMOT (Beschermd Wonen), de Jeugdwet en Persoonsgebonden Budget (PGB). Het is niet nodig om in dit onderzoek een steekproef uit te voeren, omdat de populatie klein is en daarom de gehele doelgroep benaderd kan worden.

Voor het beantwoorden van de theoretische deelvragen wordt er literatuuronderzoek gedaan. Het meetinstrument dat wordt gebruikt voor het beantwoorden van de praktische deelvragen is een enquête. Dit is een zelf ontworpen enquête met voor gestructureerde vragen en is opgesteld aan de hand van het literatuuronderzoek en de ideeën van de opdrachtgever. De resultaten van de enquêtes worden geanalyseerd en verwerkt met het statistische programma SPSS.

De betrouwbaarheid van dit onderzoek wordt gewaarborgd door de gehele populatie te benaderen, triangulatie, het schriftelijk invullen van de enquêtes, standaardisering, het afnemen van een proefenquête en het bijhouden van een onderzoeklogboek. Ook wordt de betrouwbaarheid vergroot door de enquêtes af te laten nemen door een begeleider die vertrouwd is en in een voor de cliënt vertrouwde omgeving. Door anonimiteit wordt de kans op sociaal wenselijke antwoorden verkleind. De onderzoekers verwerken de resultaten gezamenlijk. Ze controleren elkaar en het onderzoek wordt meerdere malen in het proces beoordeeld door de onderzoeksdocent en de opdrachtgever voor eventuele feedback en goedkeuring.

De interne en externe validiteit worden gewaarborgd door het afstemmen met de onderzoeksdocent en opdrachtgever, het bespreken met de intervisiegroepen, triangulatie, een proefenquête bij personen die gelijkwaardig zijn aan de populatie en het operationaliseren van begrippen in het theoretisch kader. Als laatste is dit onderzoek ethisch verantwoord omdat er voldaan is aan de eisen die hiervoor staan, namelijk een duidelijke introductie met het doel van het onderzoek, vrijwillige deelname van de respondenten, het waarborgen van de anonimiteit en het voorkomen van nadelige effecten voor de respondenten.

4. RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het kwantitatieve onderzoek weergegeven die door middel van de enquêtes verkregen zijn. De omschrijving van de respondenten en de gegevens over het smartphonegebruik worden als eerste beschreven. Hierna worden de resultaten per praktische deelvraag beschreven. De praktische deelvragen zijn:

1. Wat vinden de cliënten van de bestaande functies vanuit de opdrachtgever en de theorie voor een mHealth applicatie om de communicatie, door middel van een smartphone, tussen cliënt en hulpverlener te verbeteren?
2. Wat zijn de eigen ideeën voor functies in een mHealth applicatie vanuit de cliënt om de communicatie, door middel van een smartphone, tussen cliënt en hulpverlener te verbeteren?

4.1 OMSCHRIJVING RESPONDENTEN

In totaal zijn 84 cliënten van Stichting Back to Basic Twente benaderd voor het onderzoek. De enquête is door 49 respondenten ingevuld. Daarmee komt de respons op 58,3%. In bijlage 2 is nog een figuur te vinden die het geslacht inzichtelijk maakt en een tabel waarin alle leeftijden zichtbaar zijn.

4.1.1 GESLACHT

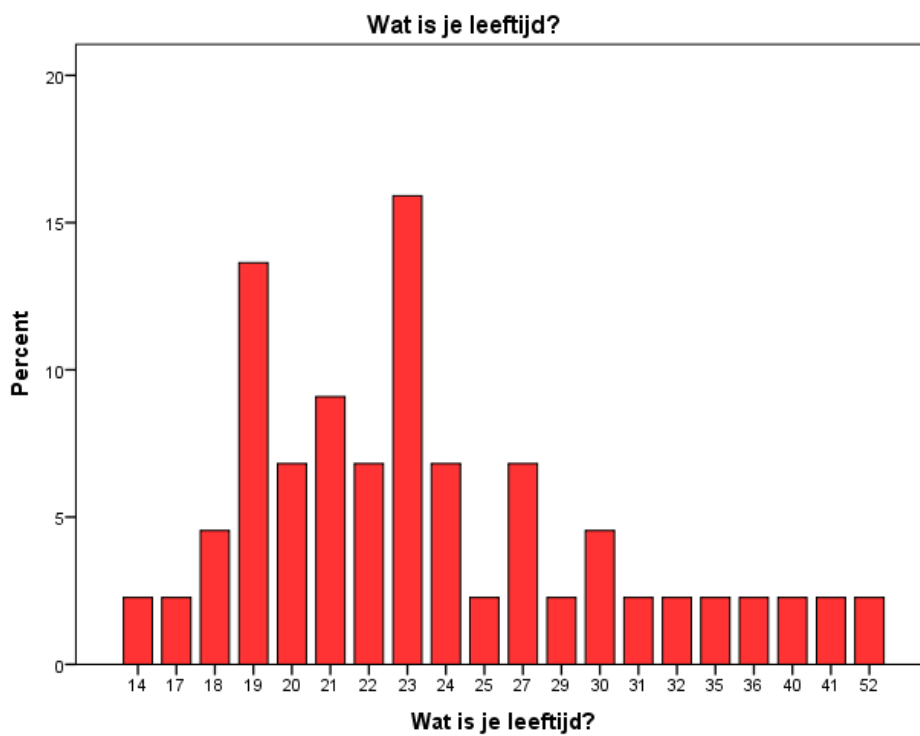
46 respondenten hebben aangegeven welk geslacht ze hebben. Dit is 93,9% van de 49 respondenten. Drie respondenten (6,1%) hebben de vraag niet beantwoord. 17 mannen (37%) en 29 vrouwen (63%) hebben voor zover bekend meegedaan aan het onderzoek.

Tabel 1. Geslacht van de respondenten (N=46).

		Frequentie	Percentage
Geslacht	Man	17	37%
	Vrouw	29	63%
	Totaal	46	100%

4.2.2 LEEFTIJD

De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 25 jaar. 44 van de 49 respondenten heeft gereageerd op de vraag: 'Wat is je leeftijd?'. Dit is 89,8% van de respondenten. De leeftijden variëren van 14 t/m 52 jaar. Zichtbaar in de grafiek is dat de meeste respondenten zitten in de leeftijd tussen de 19 en 24 jaar.



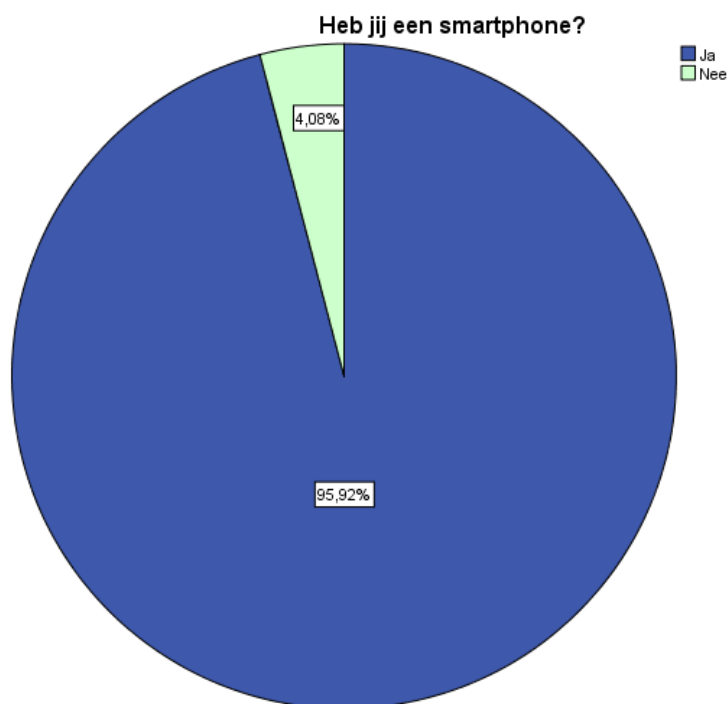
Figuur 1. Wat is je leeftijd?

4.2 SMARTPHONEGEBRUIK

Naast de vragen die antwoord geven op de deelvragen in dit onderzoek, zijn er ook enkele algemene vragen aan de deelnemers gesteld die gegevens opleveren die wel waardevol zijn voor het onderzoek. Zo kan men met behulp van deze gegevens een completer beeld vormen van de respondenten. De gegevens betreffen bovenal het smartphonegebruik van de respondenten. In bijlage 3 vindt men een uitgebreid overzicht van de verschillende leeftijd van een eerste smartphone en figuren rondom het gebruik van een smartphone. Tot slot is in bijlage 3 ook de behoefte rondom een applicatie inzichtelijk gemaakt in een tabel.

4.2.1 SMARTPHONEGEBRUIK

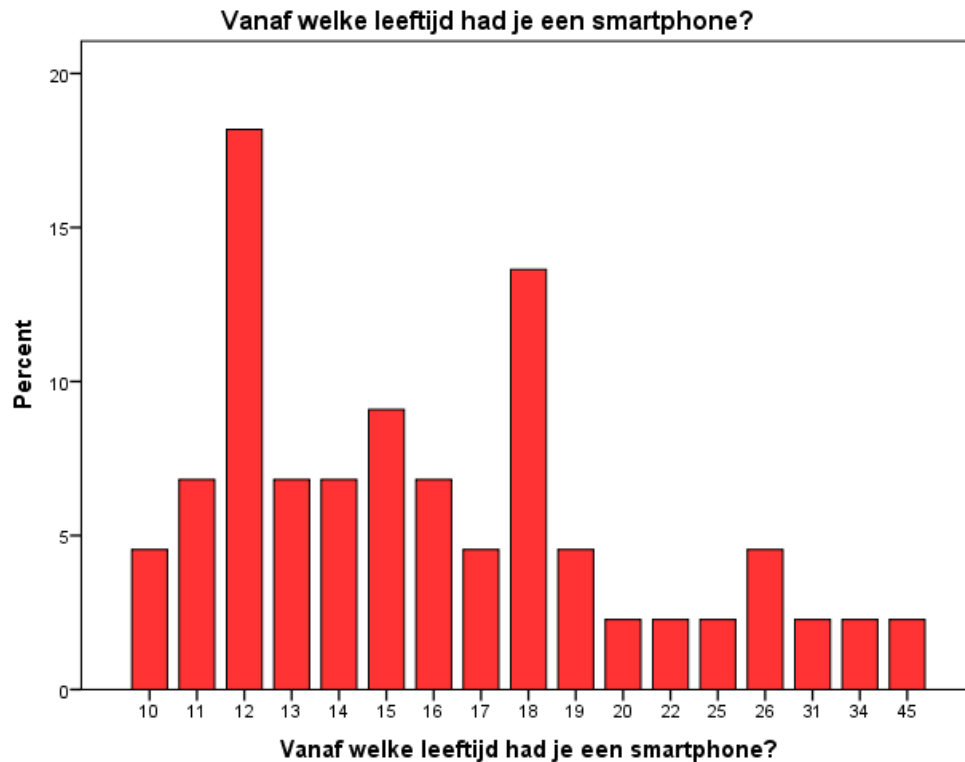
Om erachter te komen hoe het smartphonegebruik van de respondenten eruit ziet is hen allereerst gevraagd of de respondenten een smartphone in hun bezit hebben. Deze vraag is door alle respondenten (100%) beantwoord. Uit de resultaten blijkt dat het overgrote deel van de respondenten in het bezit is van een smartphone. Dit antwoord is door 47 respondenten (95,9%) gegeven. Twee respondenten hadden geen smartphone (4,06%). De gegevens zijn hieronder verwerkt in een cirkeldiagram met N=47.



Figuur 2. Heb jij een smartphone?

Wanneer de respondenten nee geantwoord hebben op bovenstaande vraag is hen gevraagd waarom ze niet in het bezit zijn van een smartphone. Twee respondenten hebben deze vraag beantwoord. De ene respondent is momenteel niet in bezit van een smartphone, omdat deze kapot is gegaan. De andere respondent is niet in het bezit van een smartphone, omdat deze naar eigen zeggen te jong is en een te grote beperking heeft om met een smartphone overweg te kunnen.

Er is de respondenten ook gevraagd vanaf welke leeftijd ze een smartphone hadden. 44 respondenten (89,8%) hebben antwoord gegeven op deze vraag. Gemiddeld zijn deze respondenten vanaf hun 17^{de} levensjaar in bezit van een smartphone. In onderstaande grafiek is duidelijk weergegeven hoe de leeftijden verdeeld liggen onder de respondenten.



Figuur 3. Vanaf welke leeftijd had je een smartphone?

Naast de vragen of en vanaf wanneer de respondenten in bezit zijn van een smartphone is hen ook gevraagd hoe vaak ze gebruik maken van deze smartphone. Deze vraag had de volgende antwoordmogelijkheden:

- ☐ Nooit
- ☐ Jaarlijks
- ☐ Maandelijks
- ☐ Wekelijks
- ☐ Dagelijks
- ☐ Meerdere malen per dag
- ☐ De hele dag door

De meeste respondenten geeft aan de smartphone de hele dag in gebruik te hebben, namelijk 21 respondenten (43,8%). Op de tweede plaats staat het antwoord 'meerdere malen per dag' met de frequentie 20 (41,7%). En als laatst hebben 7 respondenten (14,6%) deze vraag beantwoord met het antwoord 'dagelijks'.

In onderstaande tabel is overzichtelijk weergegeven hoe de verdeling van het de antwoorden onder de respondenten eruit ziet.

Tabel 2. Frequentie van het smartphonegebruik (N=48).

		Frequentie	Percentage
Smartphonegebruik	Dagelijks	7	14,6%
	Meerdere malen per dag	20	41,7%
	De hele dag door	21	43,8%
	Totaal	48	100%

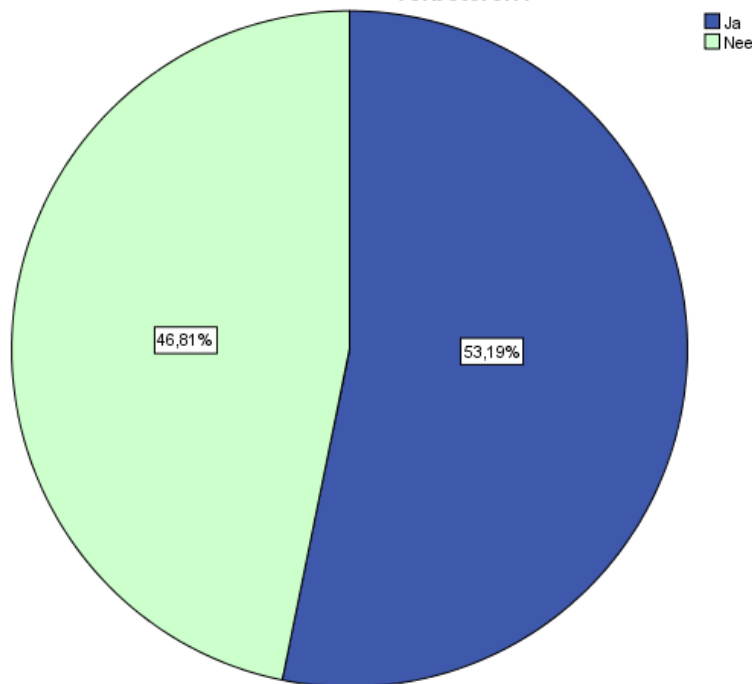
Aangezien het onderzoek het implementeren van een applicatie betreft, is de respondenten gevraagd hoeveel applicaties de respondenten op hun telefoon hebben. Uit het onderzoek blijkt dat de helft van de respondenten aangeeft 0 tot 10 applicaties zoals Facebook, Whatsapp, spelletjes en dergelijke op hun telefoon heeft staan. 24 respondenten (50%) hebben dit geantwoord. In onderstaande tabel en staafdiagram is weergegeven hoe alle respondenten antwoord hebben gegeven op deze vraag.

Tabel 3. Aantal applicaties (Facebook, WhatsApp, spelletjes, etc.) op je smartphone (N=48).

		Frequentie	Percentage
Aantal	0-10	24	50%
	10-20	11	22,9%
	20-30	5	10,4%
	30-40	5	10,4%
	40 >	3	6,3%
	Totaal	48	100%

Tot slot is de respondenten de vraag voorgelegd of ze een applicatie zouden willen om de communicatie tussen hen en de begeleiding te verbeteren. De meningen zijn hierover verdeeld. 25 respondenten (53,2%) zou deze applicatie wel willen en 22 respondenten (46,8%) geeft aan hier geen behoefte aan te hebben. Dit is overzichtelijk weergegeven in de onderstaande tabel en cirkeldiagram.

Zou jij een applicatie willen om de communicatie tussen jou en de begeleiding te verbeteren?



Figuur 4. Zou jij een applicatie willen om de communicatie tussen jou en de begeleiding te verbeteren?

4.3 BESTAANDE MHEALTH FUNCTIES

Wat vinden de cliënten van de bestaande functies vanuit de opdrachtgever en de theorie voor een mHealth applicatie om de communicatie, door middel van een smartphone, tussen cliënt en hulpverlener te verbeteren? In de tabellen in bijlage 4 is terug te vinden hoe de meningen rondom de beste ideeën en de slechtste ideeën verdeeld zijn. Daarnaast is dit ook in de figuren terug te vinden.

4.3.1 GEGEVEN ANTWOORDEN STELLINGEN

In de enquête is de respondenten gevraagd wat ze van de stellingen vinden die beginnen met 'Ik wil graag een applicatie waarmee...'. In onderstaande tabel is een overzicht te vinden van de gegeven antwoorden. De vraag is beantwoord door 48 respondenten (98%).

Tabel 4. Meningen applicatiefuncties (N=48).

	Zeer slecht		Slecht		Geen mening		Goed		Zeer goed	
	Frequentie	%	Frequentie	%	Frequentie	%	Frequentie	%	Frequentie	%
Stelling7: ...ik de begeleiding kan bellen.	9	18,8	4	8,3	11	22,9	13	27,1	11	22,9
Stelling8: ...de begeleiding mij kan bellen.	9	18,8	5	10,4	10	20,8	13	27,1	11	22,9
Stelling9: ...ik kan videobellen met de begeleiding.	13	27,1	8	16,7	15	31,3	6	12,5	6	12,5
Stelling10: ...de begeleiding met mij kan videobellen.	14	29,2	9	18,8	13	27,1	6	12,5	6	12,5
Stelling11: ...videobellen wordt gebruikt om evaluaties uit te voeren.	16	33,3	7	14,6	11	22,9	11	22,9	3	6,3
Stelling12: ...ik berichten kan sturen naar de begeleiding wanneer we beiden online zijn.	6	12,5	3	6,3	14	29,2	14	29,2	11	22,9
Stelling13: ...de begeleiding mij berichten kan sturen wanneer we beiden online zijn.	6	12,5	2	4,2	15	31,3	15	31,3	10	20,8
Stelling14: ...ik berichten kan sturen naar de begeleiding wanneer deze offline is.	6	12,5	2	4,2	11	22,9	18	37,5	11	22,9
Stelling15: ...de begeleiding mij berichten kan sturen wanneer ik offline ben.	6	12,5	3	6,3	12	25	16	33,3	11	22,9
Stelling16: ...ik berichten kan sturen naar andere mensen die begeleiding krijgen van Back to Basic wanneer we	17	35,4	9	18,8	13	27,1	6	12,5	3	6,3

beiden online zijn.										
Stelling17: ...andere mensen die begeleiding krijgen van Back to Basic berichten kunnen sturen naar mij wanneer we beiden online zijn.	17	35,4	9	18,8	13	27,1	6	12,5	3	6,3
Stelling18: ...ik berichten kan sturen naar andere mensen die begeleiding krijgen van Back to Basic wanneer de ander offline is.	19	39,6	6	12,5	13	27,1	6	12,5	4	8,3
Stelling19: ...andere mensen die begeleiding krijgen van Back to Basic berichten kunnen sturen naar mij wanneer ik offline ben.	19	39,6	7	14,6	12	25	6	12,5	4	8,3
Stelling20: ...ik online mijn voorkeuren voor de contactmomenten kan aangeven.	4	8,3	5	10,4	9	18,8	17	35,4	13	27,1
Stelling21: ...ik samen met mijn begeleider online de contactmomenten kan inplannen.	3	6,3	7	14,6	9	18,8	16	33,3	13	27,1
Stelling22: ...ik contact kan opnemen met de begeleiding en automatisch wordt doorgeschakeld naar een begeleider die aan het werk is.	6	12,5	2	4,2	10	20,8	17	35,4	13	27,1
Stelling23: ...ik in geval van crisis een noodknop heb om de begeleiding direct in te lichten.	5	10,4	4	8,3	11	22,9	11	22,9	17	35,4
Stelling24: ...ik contact kan opnemen met andere hulpverleners. Denk aan de huisartsenpost, politie, ziekenhuis, etc.	7	14,6	3	6,3	12	25	16	33,3	10	20,8
Stelling25: ...andere hulpverleners (zie stelling 24) contact op kunnen nemen met mij.	8	16,7	2	4,2	15	31,3	14	29,2	9	18,8

Stelling26: ...ik informatie kan vinden over mijn problematiek.	10	20,8	5	10,4	12	25	16	33,3	5	10,4
Stelling27: ...ik kan bijhouden hoe ik me voel.	15	31,3	2	4,2	14	29,2	13	27,1	4	8,3
Stelling28: ...ik deze gevoelens altijd terug kan zien.	15	31,3	5	10,4	12	25	13	27,2	3	6,3
Stelling29: ...de begeleiding inzicht heeft in de gevoelens die ik heb bijgehouden.	13	27,1	6	12,5	10	20,9	16	33,3	3	6,3

4.3.2 DE BESTE IDEEËN.

De respondenten is de volgende vraag voorgelegd in de enquête: 'Wat vind je de beste ideeën van stelling 7 t/m 29? Maak een top 3 van beste ideeën. Vul het nummer passend bij de stelling in in het vakje.

De respondenten hadden bij deze vraag de mogelijkheid om maximaal 3 antwoorden op de vraag te geven. Door de 43 respondenten zijn er 119 antwoorden gegeven, dat zijn gemiddeld 2,8 antwoorden per respondent. Uit de resultaten in onderstaande tabel en grafiek komt de volgende top 3 beste ideeën naar voren:

Nummer 1 is stelling 23. 'Ik wil graag een applicatie waarmee ik in geval van crisis een noodknop heb om de begeleiding direct in te lichten.'

Nummer 2 is stelling 22. 'Ik wil graag een applicatie waarmee ik contact kan opnemen met de begeleiding en automatisch wordt doorgeschakeld naar een begeleider die aan het werk is.'

Nummer 3 is stelling 20. 'Ik wil graag een applicatie waarmee ik online mijn voorkeuren voor de contactmomenten kan aangeven.'

De respondenten hadden de mogelijkheid om drie antwoorden te geven waardoor het totale percentage respondenten 276,7% is geworden. Hieruit kan men opmaken dat een respondent gemiddeld 2,8 antwoorden op een vraag heeft gegeven. In onderstaande tabel is inzichtelijk gemaakt welke top 3 er uit de vraag naar voren is gekomen. De overige gegevens die uit deze vraag naar voren zijn gekomen zijn terug te vinden in bijlage...

Tabel 5. Top 3 beste ideeën.

Ik wil graag een applicatie waarmee...	Frequentie	Percentage
...ik in geval van crisis een noodknop heb om de begeleiding direct in te lichten.	22	51,2%
...ik contact kan opnemen met de begeleiding en automatisch wordt doorgeschakeld naar een begeleider die aan het werk is.	17	39,5%
...ik online mijn voorkeuren voor de contactmomenten kan aangeven	11	25,6%

4.3.3 DE SLECHTSTE IDEEËN.

Naast de top 3 beste ideeën is de respondenten ook gevraagd wat ze het slechtste idee van de gegeven stellingen vonden. Uit de tabel hieronder weergegeven komt naar voren dat 37 respondenten antwoord hebben gegeven en er 12 antwoorden ontbreken van de 49 respondenten. Dit maakt 75,5% respons op deze vraag.

Uit de antwoorden op deze vraag komt naar voren dat 9 van de 37 respondenten stelling 11 het slechtste idee vinden. Dit is de stelling: 'Ik wil graag een applicatie waarmee videobellen wordt gebruikt om evaluaties uit te voeren.' Hierbij wordt in de open vragen aangegeven dat de kans groot is dat een aantal cliënten het gesprek vroegtijdig zullen beëindigen door de telefoon op te hangen.

Als tweede komt de stelling 'Ik wil graag een applicatie waarmee ik berichten kan sturen naar andere mensen die begeleiding krijgen van Back to Basic wanneer we beiden online zijn.' naar voren.

Tot slot wordt de top 3 slechtste ideeën afgerond met de stelling 'Ik wil graag een applicatie waarmee andere mensen die begeleiding krijgen van Back to Basic berichten kunnen sturen naar mij wanneer we beiden online zijn.'

In onderstaande tabel is de top 3 slechtste ideeën inzichtelijk gemaakt.

Tabel 6. Top 3 slechtste ideeën.

Ik wil graag een applicatie waarmee...	Frequentie	Percentage
...videobellen wordt gebruikt om evaluaties uit te voeren.	9	24,3%
...ik berichten kan sturen naar andere mensen die begeleiding krijgen van Back to Basic wanneer we beiden online zijn.	6	16,2%
...andere mensen die begeleiding krijgen van Back to Basic berichten kunnen sturen naar mij wanneer we beiden online zijn.	4	10,8%

4.4 IDEEËN MHEALTH FUNCTIES

Wat zijn de eigen ideeën voor functies in een mHealth applicatie vanuit de cliënt om de communicatie, door middel van een smartphone, tussen cliënt en hulpverlener te verbeteren?

De resultaten voor deze deelvraag komen naar voren uit twee verschillende vragen. 'Wat zou je zelf graag willen kunnen met de applicatie?' en 'Heb je nog andere ideeën?'. Er is gekozen voor twee vragen om zo de respondent extra aan te zetten om na te denken over andere functies. In bijlage 5 zijn alle antwoorden terug te vinden die de respondenten op deze vraag hebben gegeven.

De vraag 'Wat zou je zelf graag willen kunnen met de applicatie?' is beantwoord door 30 respondenten (61,2%) en door 19 respondenten (38,8%) is de vraag niet ingevuld. In onderstaande tabel is te zien dat veel respondenten antwoorden hebben gegeven die al als optie zijn genoemd in de enquête bij de stellingen. Echter komen er ook nieuwe ideeën naar voren.

Dit zijn de ideeën die ieder door één respondent (2%) genoemd zijn:

- Contactmoment afzeggen.
- Een rooster met de contactmomenten.
- Een groepsapp met de medecliënten.
- Overzicht van gebruikte uren en een overzicht van de geplande afspraken.
- Rapportages nalezen.
- Thuisbezorgd (voeding is belangrijk).
- Videobellen met andere cliënten.
- Werktijden persoonlijk begeleider inzien.
- Zien wie er werkt.
- Medicatie hoeveelheid inzien.

Er zijn tien ideeën genoemd door 9 respondenten (18,4%).

Op de vraag 'Heb je nog andere ideeën' geven 40 respondenten (81,6%) aan dat ze dit niet hebben. Van de overige 9 respondenten hebben er twee (4,1%) aangegeven dat ze graag activiteiten willen zien waarvoor de cliënten zich aan kunnen melden. Twee andere respondenten (4,1%) geven aan dat ze de telefoonnummers niet zichtbaar willen hebben in de applicatie. Ook hier wordt door 1 respondent (2%) een groepsgesprek met de cliënten genoemd. Hetzelfde geldt voor het inzien van de werkdagen van de begeleiding door één respondent (2%). De nieuwe ideeën die nog genoemd worden zijn een programma voor de contactmomenten en een programma voor gewijzigde informatie door 1 respondent (2%), een track en trace van de vaste begeleiders door 1 respondent (2%) en tot slot het ondertekenen van de urenbriefjes door 1 respondent (2%). In onderstaande tabel is weergegeven hoe de antwoorden op deze vraag gegeven zijn.

5. CONCLUSIE

In dit hoofdstuk worden de conclusies van de praktische deelvragen beschreven en wordt er antwoord gegeven op de hoofdvraag. De hoofdvraag van dit onderzoek is: Wat zijn de wensen en behoeften van de cliënten van Stichting Back to Basic Twente rondom een mHealth applicatie om de communicatie, door middel van een smartphone, tussen cliënt en hulpverlener te verbeteren?

mHealth is het toepassen van draadloze communicatietechnologieën zoals door middel van mobiele telefoons (smartphones), tablets, watches en dergelijke in de gezondheidszorg (World Health Organization, 2011). Het is een belangrijke opkomende ontwikkeling in de gezondheidszorg om deze te ondersteunen en verbeteren. mHealth is een middel dat bij jongvolwassenen ingezet kan worden om de communicatie te verbeteren (Jonker, Zan, Scirica, Jethwani en Kinane, 2015). mHealth kan ingezet worden in de vorm van een applicatie en heeft verschillende kansen, voorwaarden en nadelen. Zo kan het een oplossing bieden voor het dreigende personeelstekort en is het van belang dat de regie bij de cliënt ligt. Het is dan ook belangrijk dat er rekening gehouden wordt met de behoeften van de cliënt.

Daarnaast zijn er verschillende mogelijke functies naar voren gekomen uit het literatuuronderzoek en vanuit de opdrachtgever. Voorbeelden die geïmplementeerd zouden kunnen worden in de mHealth applicatie zijn verwerkt in de enquête die te vinden is bij bijlage 1. De onderzoekers hebben weloverwogen keuzes gemaakt in de conclusies. De belangrijkste punten zijn benoemd en uitgewerkt. Er zijn nog meer conclusies uit het onderzoek te trekken, maar deze worden als te klein beschouwd voor het doel van het onderzoek.

Vervolgens worden er in dit hoofdstuk aanbevelingen gedaan aan en is er een sterkte en zwakte onderzoek. Tot slot is er in de discussie het professionele standpunt van de onderzoekers beschreven over het onderzoeksonderwerp.

5.1 BESTAANDE MHEALTH FUNCTIES

Uit de resultaten van deelvraag 1 komt naar voren dat alle stellingen door de cliënten van Stichting Back to Basic Twente genoemd zijn in de top drie van de beste ideeën. Daaruit zou men kunnen concluderen dat er interesse is in alle bestaande functies. Echter zijn de meningen hierover wel verdeeld en worden lang niet alle stellingen even vaak benoemd. Zo ligt de voorkeur grotendeels bij de functie noodknop in geval van crisis.

Uit de resultaten komt ook naar voren dat cliënten vaak de voorkeur hebben gegeven aan de functie waarmee zij contact op kunnen nemen met de begeleiding en automatisch worden doorgeschakeld naar een begeleider die aan het werk is. Dit sluit aan bij de bewering van Jonker, Zan, Scirica, Jethwani en Kinane (2015) dat mHealth een middel is dat ingezet kan worden bij jongvolwassenen om communicatie te verbeteren. Het is dus een goed idee om deze functies te implementeren in de eventuele mHealth applicatie om zo aan te sluiten bij de wensen van de doelgroep.

Als laatst is een veelgenoemde functie dat cliënten de mogelijkheid krijgen om online hun voorkeuren voor contactmomenten aan te geven. Dit sluit aan bij de theorie van Timmer (2011). Volgens haar creëert deze functie meer eigen regie voor de cliënt, dus zou dit een reden kunnen zijn dat deze functie zo hoog heeft gescoord onder de cliënten. Echter is het niet te concluderen uit dit onderzoek of dit de daadwerkelijke reden is, want er is niet aan de cliënten gevraagd of er behoefte is aan meer regie.

Waar de meningen minder over verdeeld zijn, is over het slechtste idee voor een functie. Er zijn 12 stellingen als slechtste idee benoemd en hieruit komt duidelijk naar voren dat de cliënten het minste behoefte hebben aan het uitvoeren van evaluaties via videobellen. De meeste cliënten prefereren het face-to-face contact met de begeleiding. Bij face-to-face contact is er volgens het Nederlands Jeugd Instituut (2014) sprake van communicatie op verbaal, non-verbaal en paralinguaal (stem, intonaties en pauzes) niveau. Het face-to-face contact kan gecreëerd door de webcam, maar dan kunnen de cliënten het gesprek afsluiten wanneer zij willen. Enkele cliënten geven in dit onderzoek aan dit ook te zullen doen.

Ook komt er uit de resultaten naar voren, dat er weinig behoefte is aan contact met andere cliënten die begeleiding ontvangen van Stichting Back to Basic Twente. Van Gemert-Pijnen, Peters en Ossebaard (2013) beweren dat cliënten door het onderlinge contact kunnen praten over hun problematiek of andere dingen waar ze tegen aan lopen. Er zou dus geconcludeerd kunnen worden dat de cliënten van Stichting Back to Basic hier geen behoefte aan hebben. Een reden hiervoor zou kunnen zijn, dat zij hierin genoeg ondersteuning krijgen vanuit de begeleiding van Stichting Back to Basic Twente. Om hier uitsluitsel over te geven, zou er ook verder onderzoek gedaan moeten worden. Het kan namelijk ook het tegenovergestelde betekenen, dus dat ze er wel behoefte aan hebben, maar niet via een applicatie.

5.2 IDEEËN MHEALTH FUNCTIES

Het merendeel van de cliënten heeft geen eigen ideeën aangedragen betreft de functies voor een mHealth applicatie. Uit de eigen ideeën die cliënten wel hebben aangedragen betreft de functies blijkt dat de cliënten toch behoefte hebben aan contact met andere cliënten. Dit is niet naar voren gekomen uit de eerste deelvraag. Het kan liggen aan het feit dat de bestaande functies voor het contact leggen niet aansluiten bij de wensen van de cliënt.

Er komt in deze deelvraag weer naar voren dat de cliënten behoefte hebben aan het online regelen van de contactmomenten. Een mogelijke oorzaak dat dit wederom benoemd wordt, kan zijn dat de cliënten onbewust meer behoefte hebben aan duidelijkheid rondom de contactmomenten dan alleen de mogelijkheid om gebruik te maken van de noodknop die eerder in het onderzoek als beste idee naar voren is gekomen.

5.3 CONCLUSIE HOOFDVRAAG

De conclusies van bovenstaande deelvragen leiden tot de conclusie op de hoofdvraag 'Wat zijn de wensen en behoeften van de cliënten van Stichting Back to Basic Twente rondom een mHealth applicatie om de communicatie, door middel van een smartphone, tussen cliënt en hulpverlener te verbeteren?'

Uit de resultaten van het smartphonegebruik komt naar voren dat ongeveer de helft van de cliënten behoefte heeft aan een applicatie om de communicatie te verbeteren. Hierbij moet men zich dus afvragen of een positief antwoord van de helft van de respondenten voldoende motivatie is om ook daadwerkelijk een mHealth applicatie te implementeren binnen de organisatie.

Uit de conclusies van de praktische deelvragen blijkt wel dat er onder de respondenten behoefte is aan het implementeren van voorgestelde functies, vanuit de opdrachtgever en de theorie, in de applicatie. Echter zijn hierover de meningen verdeeld en komt er ook naar voren dat er functies zijn

die als slecht bestempeld worden. De keuze betreft het toepassen van de verschillende functies ligt hierin bij de opdrachtgever. Dit geldt ook voor het toepassen van de genoemde nieuwe ideeën voor functies. Wel is het van belang om hierbij aandacht te besteden aan de resultaten die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen. Zoals het inzetten van een noodknop en meer mogelijkheden rondom de contactmomenten, maar ook het ontbreken van de behoefte aan het uitvoeren van evaluaties via videobellen.

Al met al kan er geconcludeerd worden dat de wensen en behoeften omtrent de mHealth applicatie van de cliënten per individu erg verschillend zijn. Het is dan ook moeilijk om een duidelijk beeld te schetsen van de huidige situatie. Het merendeel van de respondenten heeft wel behoefte aan een mHealth applicatie. Echter is het verschil tussen cliënten die wel behoefte hebben aan een mHealth applicatie en de cliënten die er geen behoefte aan hebben zo klein dat men niet daadwerkelijk kan zeggen dat deze wens overheersend is binnen de populatie.

5.4 AANBEVELINGEN

Deze paragraaf staat in het teken van de aanbevelingen. Deze aanbevelingen worden gedaan aan de hand van dit onderzoek.

Aanbeveling 1: Onderzoek naar de wensen en behoeften van het personeel

Dit onderzoek is volledig gericht op de cliënte van Stichting Back to Basic Twente. Om een compleet beeld te kunnen krijgen van de wensen en behoeften rondom een mHealth applicatie is het van belang om ook een inventarisatie onder het personeel uit te voeren. Zo blijkt uit dit onderzoek dat meerdere cliënten wensen te weten waar of wanneer het personeel aan het werk is, maar kan het zijn dat het personeel dit zelf een schending van de privacy vindt. Wanneer de wensen en behoeften van het personeel ook geïnventariseerd worden, kan men dit soort onenigheden voorkomen.

Aanbeveling 2: Mogelijkheid meer regie omtrent contactmomenten

Wanneer de keuze wordt gemaakt om de mHealth applicatie niet te implementeren, raden de onderzoekers aan om wel de mogelijkheid te creëren om cliënten meer regie te geven omtrent de contactmomenten. Dit omdat uit de resultaten van dit onderzoek naar voren komt dat veel cliënten de wens hebben om bijvoorbeeld zeggenschap te hebben rondom het inplannen van de contactmomenten, maar ook graag online een rooster rondom de contactmomenten zouden willen inzien.

Aanbeveling 3: Vervolgonderzoek betreft de behoefte van het contact bij cliënten onderling

Uit de resultaten van de eerste praktische deelvraag komt naar voren dat de cliënten weinig behoefte hebben aan contact met andere cliënten van Stichting Back to Basic Twente. Echter blijkt uit de tweede praktische deelvraag het tegenovergestelde. Enkele cliënten dragen hier namelijk de mogelijkheid aan om een groepsgebesprek met alle cliënten te implementeren in de mHealth applicatie. Om deze behoefte duidelijk in kaart te kunnen brengen zal vervolgonderzoek plaats moeten vinden, denk hierbij bijvoorbeeld aan interviews om meer diepgang te creëren.

Aanbeveling 4: Ontwikkeling technologie

Wanneer de opdrachtgever besluit om daadwerkelijk een mHealth applicatie te ontwikkelen, is het van belang om richtlijnen en randvoorwaarden te stellen aan de technologische eisen die er nodig zijn om de applicatie te kunnen gebruiken. Het is bijvoorbeeld belangrijk om rekening te houden met het besturingssysteem van een smartphone en of de cliënten überhaupt in bezit zijn van een smartphone.

Wanneer dit niet het geval is zal de opdrachtgever met een alternatief kunnen komen, zoals een smartphone in bruikleen.

Aanbeveling 5: Ontwikkelingsonderzoek naar de mHealth applicatie

Dit onderzoek is een inventariserend onderzoek en richt zich op het in kaart brengen van de huidige stand van zaken. Aangezien de meningen erg verdeeld zijn over dit onderwerp raden de onderzoekers de opdrachtgever aan om een ontwikkelingsonderzoek in te zetten, om op deze manier de lange termijn doelstelling van dit onderzoek te kunnen bereiken. Volgens Michgelbrink (2007) is een ontwikkelingsgericht onderzoek gericht op het maken of kiezen van een plan of activiteit. Hier gaat men onder andere onderzoeken aan welke eisen een plan moet voldoen. Hierbij kan men denken aan het ontwikkelen van een prototype van de mHealth applicatie. Zo zou men uit het ontwikkelingsonderzoek beter kunnen concluderen of de cliënt ook daadwerkelijk behoefte heeft aan een mHealth applicatie in de praktijk.

Aanbeveling 6: Inzetten van een groepsapp/groepsgesprek

Binnen de organisatie kan er één cliënt aangewezen worden, die er voor open staat om een groepsapp/groepsgesprek in te zetten. Deze cliënt zou dan automatisch beheerder zijn van dit gesprek. Het zal open zijn voor alle cliënten en deze mogen zich dan ook vrijwillig aansluiten bij het gesprek. Wanneer het vrijblijvend is, kunnen de cliënten die hier behoefte aan hebben hier gebruik van maken. Eventueel is het een idee om hierbij de telefoonnummers af te schermen ten behoeve van de privacy.

Aanbeveling 7: Inventarisatie problematiek

In dit onderzoek is een zwakte het ontbreken van de wetenschap van de problematieken van de respondenten, zoals te lezen is in de volgende paragraaf. Dit heeft een nadelig effect op de validiteit van het onderzoek. Een aanrader voor een eventuele herhaling van dit onderzoek is dan ook om de problematiek van de cliënten wel te inventariseren om zo een completer beeld van de populatie te creëren en te meten wat gemeten moet worden.

5.5 STERKTE EN ZWAKTE ONDERZOEK

Er wordt in deze paragraaf een overzicht opgemaakt van de sterktes en zwaktes van dit onderzoek. Allereerst is er een tabel weergegeven waarin de sterktes en zwaktes kort worden benoemd. Vervolgens zullen de sterktes uitgebreid beschreven worden en tot slot worden ook de zwaktes van het onderzoek uitgebreid beschreven.

Tabel. Sterkte en zwakte onderzoek

Sterktes	Zwaktes
Schriftelijke enquête	Proefenquête medestudenten
Intervisie bijeenkomsten	Formulering van de vraagstelling
Samenwerking	Minimaal contact met de opdrachtgever
Operationalisering	Geen vast aanspreekpunt voor de respondenten
Lengte enquête	Ontbreken problematiek

5.5.1 STERKTES

Schriftelijke enquête

In dit onderzoek is de schriftelijke enquête een sterkte ondanks dat het onderzoek op technologie gericht is. De vraag waarom deze keuze is gemaakt, is de onderzoekers regelmatig gesteld. Weliswaar hebben zij de bewuste keuze gemaakt om de enquête schriftelijk af te laten nemen. Dit omdat de onderzoekers ervan op de hoogte waren dat veel van de cliënten weinig tot geen gebruik maken van bijvoorbeeld hun mail, doordat een van de onderzoekers werkzaam is in het werkveld van Stichting Back to Basic Twente. Er is dan ook gekozen voor een schriftelijke enquête om zo onder begeleiding en ondersteuning van het personeel alle cliënten te benaderen voor het invullen van de enquête. Ook de opdrachtgever heeft bevestigd dat de respons van het huidige onderzoek hoger is dan onderzoeken in voorgaande jaren en dit zou kunnen komen door de schriftelijke enquête. De bruikbaarheid wordt vergroot door het afnemen van een schriftelijke enquête, omdat dit zorgt voor een betere weerspiegeling van de gehele doelgroep. Wanneer er weinig enquêtes binnen waren gekomen, dan zou het onderzoek niet de onderzochte werkelijkheid weerspiegelen en dus niet valide zijn.

Intervisie bijeenkomsten

Tijdens het uitvoeren van dit onderzoek hebben de onderzoekers wekelijks gebruik gemaakt van de intervisie bijeenkomsten. Gedurende deze bijeenkomsten is het onderzoek zowel door studenten als onderzoeksdocent regelmatig van feedback voorzien. Dit heeft geleid tot de optimalisering van dit onderzoek. De feedback zorgt voor vergroting van de betrouwbaarheid, want op deze manier wordt de kans op toevallige fouten kleiner.

Samenwerking

Dit onderzoek is uitgevoerd door twee studenten die gedurende de looptijd van hun studie op elkaar ingewerkt zijn tijdens samenwerkingsopdrachten. Dit heeft het onderzoek een goede samenwerking opgeleverd. Wanneer beide studenten taken apart van elkaar uitvoerden, is het werk te allen tijde door de andere partij gecontroleerd. Op deze manier wordt er gezamenlijk gezorgd voor een volledig resultaat. Ditzelfde geldt voor de uitwerking van de resultaten. De onderlinge controle zorgt in deze ook voor een vergroting van de betrouwbaarheid om dezelfde reden als de intervisie bijeenkomsten.

Operationalisering

Door ervoor te zorgen dat de begrippen in zowel het theoretisch kader als de enquête goed geoperationaliseerd zijn, wordt ervoor gezorgd dat onduidelijkheden bij de lezers van dit onderzoek voorkomen worden. Operationalisering zorgt er dus voor dat er geen fouten gemaakt kunnen worden in de interpretatie van de enquête en dat er gemeten wordt wat de onderzoekers willen meten. Operationalisering vergroot dan ook zowel de betrouwbaarheid als de validiteit van dit onderzoek.

Lengte enquête

Door persoonlijke communicatie met verschillende medewerkers van Stichting Back to Basic Twente, die eerder onderzoek hebben gedaan binnen de organisatie, is gebleken dat respons nooit hoog is geweest onder dezelfde populatie als in dit onderzoek. Er is dan ook gekozen om de enquête in dit onderzoek zo kort maar krachtig mogelijk in te richten om een zo hoog mogelijke respons te creëren. Hiermee bereiken de onderzoekers dat er gemeten wordt wat er moet worden gemeten en niet meer dan dat. Zo wordt er gezorgd voor een verbetering van de validiteit.

5.5.2 ZWAKTES

Proefenquête medestudenten

De onderzoekers hebben voorafgaand aan het afnemen van de enquêtes bij de cliënten van Stichting Back to Basic Twente, een proefenquête gehouden bij medestudenten. De proefenquête is afgenomen om de tijdsduur van de enquête te bepalen en om te kunnen vaststellen of de enquête duidelijk is of niet. De medestudenten waarbij de enquête is afgenomen, hebben minimaal een HBO-denkniveau en hebben hierdoor minder moeite met het begrijpen van bepaalde begrippen die in de enquête zijn gebruikt. De enquête is dan wel getest bij jongvolwassenen gelijkwaardig aan de populatie, maar het was beter geweest wanneer de enquête werd afgenomen bij een cliënt in plaats van een medestudent. Dit is een risico geweest voor de validiteit van het onderzoek, omdat de onderzoekers vooraf niet zeker konden weten hoe de enquête zou worden begrepen door de cliënten. Ook de betrouwbaarheid staat hier dan op het spel, omdat er fouten gemaakt kunnen zijn.

Formulering van de vraagstelling

Om de praktische deelvraag 'Wat zijn de eigen ideeën voor functies in een mHealth applicatie vanuit de cliënt om de communicatie, door middel van een smartphone, tussen cliënt en hulpverlener te verbeteren?' te kunnen beantwoorden, zijn er twee verschillende vragen gesteld. De vragen die hiervoor zijn gesteld zijn 'Wat zou je zelf graag willen kunnen met de applicatie?' en 'Heb je nog andere ideeën?'. Er is voor gekozen om twee vragen te stellen, om zo de respondent extra aan te zetten om na te denken over andere functies. Echter is er uit de resultaten gebleken dat dit voor verwarring heeft gezorgd onder de respondenten. De ene respondent heeft de vraag anders geïnterpreteerd dan de andere respondent, waardoor het tijdens de uitwerking van de resultaten soms onduidelijk voor de onderzoekers was of het een nieuw idee voor een functie was of niet. Achteraf was het beter geweest om van deze twee vragen, één vraag te maken om verwarring te voorkomen. De verwarring die ontstaan is kan gezorgd hebben voor een kleinere respons. De onderzoekers hebben gemeten wat ze wilden meten, maar hadden er misschien meer uit kunnen halen. Dit had de betrouwbaarheid van het beantwoorden van deelvraag twee vergroot.

Minimaal contact met de opdrachtgever

Het contact met de opdrachtgever is tijdens de onderzoeksperiode minimaal geweest. Er zijn externe en interne factoren geweest waar dit aan heeft gelegen, maar de onderzoekers zijn van mening dat dit een zwakte is geweest voor het onderzoek. Beter contact met de opdrachtgever zou kunnen zorgen voor meer overeenstemming, betere richtlijnen en meer feedbackmomenten. Dit zou hebben gezorgd voor een vergroting van de betrouwbaarheid.

Geen vast aanspreekpunt voor de respondenten

De afname van de enquête is gedaan door verschillende begeleiders van Stichting Back to Basic Twente. Hierdoor was het voor de cliënten onduidelijk waar het onderzoek precies vandaan kwam. Dit heeft ervoor gezorgd dat enkele cliënten zijn afgehaakt als respondent. Daarnaast zorgde dit ervoor dat het voor de onderzoekers lastig was om te plaatsen welke redenen de cliënten nog meer aandroegen om niet mee te doen als respondent. Wanneer er een vast aanspreekpunt was geweest hadden beide partijen meer duidelijkheid kunnen krijgen. Wanneer er meer duidelijkheid zou zijn voor alle partijen zou men beter kunnen meten wat gemeten moest worden en zouden er minder fouten gemaakt kunnen worden. Het ontbreken van een vast aanspreekpunt is dus een risico geweest voor de betrouwbaarheid en de validiteit.

Ontbreken problematiek

In dit onderzoek is er onder de respondenten niet de vraag gesteld welke problematiek ze ervaren. Dit kan nadelig zijn voor het onderzoek en de validiteit hiervan. Men kan zich namelijk gaan afvragen of er gemeten is wat men wilde meten. Zijn de problematieken onder de 49 respondenten net zo verdeeld als in de gehele populatie of hebben alleen de cliënten met bijvoorbeeld een psychische problematiek de enquête ingevuld.

5.6 DISCUSSIE

In deze paragraaf volgt tot slot de discussie betreffende dit onderzoek. Het onderwerp van de discussie is *‘Moeten de wensen en behoeften van de cliënt overeenkomen met die van de maatschappij?’*

5.6.1 INLEIDING

Uit dit onderzoek wordt geconcludeerd dat de meningen omtrent een mHealth applicatie zeer verschillend zijn. Voorstanders geven bovenal aan dat het gebruik van een mHealth applicatie de communicatie zal vergemakkelijken. Tegenstanders geven aan voldoende te kunnen communiceren met de al bestaande communicatietechnologieën, denk hierbij aan WhatsApp, e-mail en telefonisch contact. eHealth en dus ook mHealth zijn de afgelopen jaren steeds populairdere begrippen geworden in de hulpverlening. Men moet zich dan ook afvragen of de organisatie zich moet aanpassen aan de huidige maatschappij of moet luisteren naar de wensen en behoeften van de cliënt.

5.6.2 AANPASSINGSVERMOGEN VAN DE ORGANISATIE

Eerder in dit onderzoek komt al naar voren dat de wens vanuit de maatschappij is dat eHealth steeds meer toegepast wordt. Zo wensen het KNMG, NPCF en ZN (2012) de toepassing van eHealth, omdat het gebruik hiervan een grote bijdrage kan leveren aan de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Dit blijkt ook uit de persoonlijke communicatie met de opdrachtgever (Persoonlijke communicatie, Leon Kempees, 2017) waaruit blijkt dat Menzis Zorgkantoor de vraag ook bij de hulpverlening neerlegt hoe en hoeveel de organisatie gebruik maakt van de mogelijkheden die eHealth te bieden heeft. Er wordt vervolgens gekeken op gemeentelijk niveau, waaruit blijkt dat de gemeenten Hengelo, Borne en Almelo nog niet structureel samenwerken met vernieuwde ICT-ontwikkelaars en/of sociale ondernemingen. Daarnaast geven ze ook aan niet samen te werken met de reguliere zorg- en welzijnssector op het gebied van eHealth (Zorgende Stad, 2015).

De opdrachtgever wil op dit gebied graag vernieuwend zijn in de omgeving en dan ook gebruik gaan maken van de mogelijkheden van eHealth binnen het werkveld van Stichting Back to Basic Twente. Dit zal een verbetering in de communicatie tussen cliënt en hulpverlener op moeten leveren. Uit onderzoek blijkt ook dat dit passend is bij de doelgroep jongvolwassenen die opgroeien in de huidige, op technologie gerichte, maatschappij (Yonker, Zan, Scirica, Jethwani en Kinan (2015). Het verbeteren van de communicatie door gebruik te maken van mHealth kan naast de mogelijkheid tot een verbetering van de communicatie tussen cliënt en hulpverlener over het algemeen de kwaliteit van de hulpverlening verbeteren (Iribarren, Cato, Falzon en Stone (2017).

De opdrachtgever staat dan ook volledig achter het idee om een mHealth applicatie te implementeren in het werkveld van Stichting Back to Basic Twente en hoopt hier ook de kansen en voorwaarden uit te halen die mHealth te bieden heeft. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de verbeterde efficiëntie

(GettingSocial, 2017), de gelijkwaardige rol tussen cliënt en hulpverlener (Longfonds, z.j.) en de mogelijkheid tot het oplossen van het dreigende personeelstekort (Schippers, 2012).

Uit het onderzoek komt echter naar voren dat de meeste cliënten veel gebruik maken van bestaande applicaties om te kunnen communiceren met de begeleiding. De wensen en behoeften van de cliënten liggen zo gelijkwaardig verdeeld dat de opdrachtgever zich de meerwaarde van het inzetten van een mHealth applicatie moet afvragen. Zoals eerder aangegeven scoorde Stichting Back to Basic Twente gemiddeld lager op de communicatie in het cliënttevredenheidsonderzoek (Triqs, 2016), maar deze scoorde nog wel voldoende. De opdrachtgever zal hierin dus de keuze moeten maken of dit voldoende bijdraagt aan de hulpverlening die hij wil uitdragen als organisatie.

5.6.3 TOT SLOT

De wensen en behoeften van de cliënt zijn volgens de onderzoekers in deze situatie het belangrijkste. Stichting Back to Basic Twente streeft inmiddels naar de dienstbaarheid richting de cliënt (Back to Basic, 2018). Natuurlijk is het van belang om mee te gaan met de maatschappij en de wensen hiervan. Momenteel wordt er gebruik gemaakt van WhatsApp, e-mail en telefonisch contact. Daarnaast krijgen steeds meer cliënten toegang tot het cliëntenportaal waarin ze hun eigen plannen, rapportages en gegevens terug kunnen vinden. Als er gekeken wordt naar de uitkomsten van dit onderzoek is dit volgens de onderzoekers in de huidige maatschappij voldoende om mee te kunnen bewegen en dit sluit dan ook aan bij de wensen van de cliënt.

Zowel de wensen en behoeften van de cliënt als van de maatschappij kunnen jaarlijks veranderen. Er wordt dan ook door de onderzoekers geconcludeerd dat de huidige werkwijze en het gebruik van eHealth in de praktijk voldoende is, maar er wordt aangeraden om dit bijvoorbeeld jaarlijks bij de cliënten te pijlen.

Als laatst willen de onderzoekers de opdrachtgever meegeven dat technologie niet de enige manier is om aan de wensen en behoeften van de cliënt te voldoen. Aangezien de meningen betreft de mHealth applicatie zo verdeeld zijn is het een idee om te kijken naar andere mogelijkheden om de communicatie tussen cliënt en hulpverlener te verbeteren. Een vooruitgang hierin kan al ontstaan door de cliënt bijvoorbeeld meer regie te geven in de contactmomenten.

LITERATUURLIJST

- Albrecht, U. & Fangerau, H. (2016). *Do Ethics Need to Be Adapted to mHealth? A Plea for Developing a Consistent Framework*. Geraadpleegd op 03-12-2017 van <http://web.b.ebscohost.com/saxion.idm.oclc.org/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=4f5301cf-3040-4127-b19c-2f7ad9c63d93%40sessionmgr101>
- Baarda, D.B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Velden, T. van der & Goede, M.P.M. de. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Teunissen, J. (2005). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Back to Basic. (2017). *Back to Basic Twente: wij zijn er voor jou!* Geraadpleegd op 18-09-2017 van b2b-twente.nl/?page_id=1571
- Back to Basic. (2018). *Over onze hulp*. Geraadpleegd op 15-01-2018 van http://b2b-twente.nl/?page_id=3046
- Communicatie Kenniscentrum. (z.j.). *ZBMO-model*. Geraadpleegd op 13-11-2017 van <https://communicatiekc.com/2013/09/23/zbmo-model/>
- Doherty, G. & Matthews, M. (2008). *Mobile Phone Mood Charting for Adolescents*. London: Taylor & Francis Group.
- Donk, C. van der, & Lanen, B. van. (2012). *Praktijkonderzoek in de zorg en welzijn*. Bussum: uitgeverij Coutinho.
- Elk, L. van. (2004). *ELO-definiëring*. Geraadpleegd op 18-09-2017 van <https://www.edugroepen.nl/sites/VisieDLWO/De%20DLWO%20en%20de%20markt/Hoe%20werk%20Oik%20die%20visie%20uit%20naar%20een%20concrete%20offerteaanvraag%20of%20bestek/Achtergrondinfo/4683.DEL.2673.notitieELOdefiniering.pdf>
- Eysenbach, G. (2001). *What is eHealth*. Geraadpleegd op 13-11-2017 van <http://www.jmir.org/2001/2/e20/>
- Functie. (2017). Opgezocht in de *Dikke van Dale*. Geraadpleegd op 13-11-2017 van <https://www.scribbr.nl/apa-stijl/apa-voorbeelden/woordenboek/>
- Gemert- Pijnen, J.E.W.C. van., Peters, O. & Ossebaard, H.C. (2013). *Improving eHealth*. Den Haag: Boom uitgevers.
- GettingSocial. (2017). *Wat is mHealth?* Geraadpleegd op 13-11-2017 van <http://www.gettingsocial.nl/kennisbank/wat-mhealth#.Wgm2jWzIU>
- Heerink, M., Pinkster- Schalken, S. & Bratti- Werf, M. van der. (2013). *Onderzoek in zorg en welzijn: een praktische inleiding*. Amsterdam: Pearson Benelux B.V.

Iribarren, J. S., Cato, K., Falzon, L. & Stone, W. P. (2017). *What is the economic evidence for mHealth? A systematic review of economic evaluations of mHealth solutions*. Geraadpleegd op 03-12-2017 van <http://web.b.ebscohost.com/saxion.idm.oclc.org/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=a1872e3e-eb0e-45ac-bd9c-f4ffc181848b%40pdc-v-sessmgr01>

Kleijn, E. de, Campagne, A. E., Paagman, H. R. & Smit, M. (2007). *Slimmer werken in de zorg R0623009/018-31030.01.02*. Hoofddorp: TNO.

KNMG, NPCF & ZN (2012). *Nationale Implementatie Agenda (NIA) Ehealth*. Geraadpleegd op 13-11-2017 van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/06/07/nationale-implementatieagenda-e-health-nia>

KPMG. (2011). *Verkenning e-health*. Geraadpleegd op 13-11-2017 van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2011/12/15/verkenning-e-health>

Krijgsman, J. & Klein Wolterink, G. (2012). *Ordering in de wereld van eHealth*. Den Haag: Nictiz.

Longfonds. (z.j.). *Visie Ehealth Longfonds*. Geraadpleegd op 13-11-2017 van <https://www.longfonds.nl/sites/default/files/Visie%20Ehealth%20extern%20DEF.pdf>

Michgelbrink, F. (2007). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Movisie. (2015). *8-fasenmodel*. Geraadpleegd op 13-11-2017 van [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Methodebeschrijving_8-fasenmodel_1%20\[MOV-8934316-1.0\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Methodebeschrijving_8-fasenmodel_1%20[MOV-8934316-1.0].pdf)

Nederlands Jeugd Instituut. (2014). *Wat werkt bij online hulpverlening?* Geraadpleegd op 22-01-2018 van https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/Wat_werkt_Online_hulp.pdf

Oh, H., Rizo, C., Enkin, M & Jadad, A. *What is e-Health (3): A Systematic Review of Published Definitions*. Geraadpleegd op 13-11-2017 van <https://www.jmir.org/2005/1/e1/>

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2011). *De rol van eHealth en gezondheid 2.0 in het veranderend ziekenhuislandschap*. Geraadpleegd op 11-09-2017 van https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/De_rol_van_eHealth_in_veranderend_ziekenhuislandschap1.pdf

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2015). *eHealth in het gemeentelijk domein*. Geraadpleegd op 11-09-2017 van <https://www.raadrvs.nl/publicaties/item/ehealth-in-het-gemeentelijk-domein/downloads>

Research2guidance. (2016). *mHealth App Developer Economics 2016: The current status and trends of the mHealth app market*. Geraadpleegd op 13-11-2017 van <https://research2guidance.com/r2g/r2g-mHealth-App-Developer-Economics-2016.pdf>

Rijksoverheid. (z.j.). *Decentralisatie van overheidstaken naar gemeenten*. Geraadpleegd op 22-01-2018 van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gemeenten/decentralisatie-van-overheidstaken-naar-gemeenten>

Rijksoverheid. (2017). *Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo)*. Geraadpleegd op 18-09-2017 van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/wmo-2015>

Schippers, E.I. (2012). *Kamerbrief over e-health*. Geraadpleegd op 13-11-2017 van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2012/06/07/kamerbrief-over-e-health>

Seko, Y., Kidd, S., Wiljer, D. & McKenzie, K. (2014). *Youth Mental Health Interventions via Mobile Phones: A Scoping Review*. Geraadpleegd op 03-12-2017 van <http://web.b.ebscohost.com/saxion.idm.oclc.org/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=fe4ae1f5-ef56-421f-8d90-5fe338888e0d%40sessionmgr104>

Smarthealth. (2017). *Newsroom: onderzoek 30.000 zorgmedewerkers, 10% past eHealth toe*. Geraadpleegd op 22-01-2018 van www.smarthealth.nl/2017/01/31/ehealth-mhealth-nieuws-week-5-2017/

Smarthealth. (2017). *Technologie*. Geraadpleegd op 13-11-2017 van <http://www.smarthealth.nl/category/technologie/>

Sociaal en Cultureel Planbureau. (2016). *Burgerperspectieven. 2016 / 1*. Geraadpleegd op 22-01-2018 van [https://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=0ahUK Ewj2idOpuOvYAhVCJ1AKHcKvDM0QFghJMAU&url=https%3A%2F%2Fwww.scp.nl%2Fdsresource%3F objectid%3D447b61e-b3a2-47d4-aace-03e47c94d521%26type%3DPDF&usg=AOvVaw3p9vLIT-mgEBZmxbi3xqsA](https://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj2idOpuOvYAhVCJ1AKHcKvDM0QFghJMAU&url=https%3A%2F%2Fwww.scp.nl%2Fdsresource%3Fobjectid%3D447b61e-b3a2-47d4-aace-03e47c94d521%26type%3DPDF&usg=AOvVaw3p9vLIT-mgEBZmxbi3xqsA)

Statistiekbegeleider. (z.j.). *SPSS Tips and Tricks*. Geraadpleegd op 15-01-2018 van www.statistiekbegeleider.nl/spss-handleiding/

Timmer, S. (2011). *eHealth in de praktijk: Handreiking voor iedereen die wil kennismaken of starten met eHealth*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Triqs. (2016). *Clïënttevredenheidsonderzoek Stichting Back to Basic Twente*. Zwolle: Triqs.

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Verschuren, P.J.M. & Doorewaard, J.A.C.M. (2016). *Het ontwerpen van een onderzoek*. Amsterdam: Boom uitgevers.

World Health Organization. (2011). *mHealth. New horizons for health through mobile technologies*. Geraadpleegd op 13-11-2017 van http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf

Yonker, L. M., Zan, S., Scirica, C. V., Jethwani, K. en Kinane, B. (2015). *“Friending” Teens: Systematic Review of Social Media in Adolescent and Young Adult Health Care*. Geraadpleegd op 04-12-2017 van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4376201/>

Zorgende Stad. (2015). *Rapport eHealth en gemeenten*. Geraadpleegd op 11-09-2017 van <http://zorgendestad.digitaalestedenagenda.nl/wp-content/uploads/sites/3/2015/01/Rapport-eHealth-en-gemeenten1.pdf>

Zorgvisie. (2017). *E-health*. Geraadpleegd op 13-11-2017 van <https://www.zorgvisie.nl/thema/e-health/#read-more>

Enquête over applicatiemogelijkheden bij Stichting Back to Basic Twente

Beste respondent,

Je vult deze enquête in voor Back to Basic Twente. Wij zijn Anouck Bruins en Marleen Hilbink en doen dit onderzoek vanuit het Saxion om af te studeren. Back to Basic Twente is aan het kijken of er behoefte is aan een applicatie om de communicatie tussen jou en de begeleiding beter te maken. We hebben daarvoor jouw mening nodig. De enquête duurt ongeveer 15 minuten om in te vullen en jij en jouw antwoorden zullen anoniem blijven in dit onderzoek. De uitslag van het onderzoek zal geen negatief effect hebben op jou. Je hoeft dan ook geen naam in te vullen.

Instructie:

In deze enquête krijg je een aantal vragen over jouw smartphone gebruik en een aantal stellingen over applicatiemogelijkheden. Lees de stellingen zorgvuldig door en kies het antwoord dat het meest op jou van toepassing is.

Alvast bedankt voor het invullen en succes!

1. Heb jij een smartphone?

- Ja, ga verder bij vraag 4.
- Nee, sla vraag 4, 5 & 6 over.

2. Waarom heb je geen smartphone?

3. Zou je een smartphone willen?

- Ja
- Nee

Ga verder naar vraag 7

4. Vanaf welke leeftijd had je een smartphone?

5. Hoe vaak maak jij gebruik van een smartphone?

- Nooit
- Jaarlijks
- Maandelijks
- Wekelijks
- Dagelijks
- Meerdere malen per dag
- De hele dag door

6. Hoeveel applicaties (Facebook, WhatsApp, spelletjes, etc.) heb je op je smartphone?

- 0-10
- 10-20
- 20-30
- 30-40
- 40 >

Wat vind je van de volgende ideeën om eventueel in een applicatie te verwerken?

Ik wil graag een applicatie waarmee...	Hoe goed passen de volgende stellingen bij jou?				
	Zeer slecht	Slecht	Geen mening	Goed	Zeer goed
7. ...ik de begeleiding kan bellen.	1	2	3	4	5
8. ...de begeleiding mij kan bellen.	1	2	3	4	5
9. ...ik kan videobellen met de begeleiding.	1	2	3	4	5
10. ...de begeleiding met mij kan videobellen.	1	2	3	4	5
11. ...videobellen wordt gebruikt om evaluaties uit te voeren.	1	2	3	4	5
12. ...ik berichten kan sturen naar de begeleiding wanneer we beiden online zijn.	1	2	3	4	5
13. ...de begeleiding mij berichten kan sturen wanneer we beiden online zijn.	1	2	3	4	5

14.... ik berichten kan sturen naar de begeleiding wanneer deze offline is.	1	2	3	4	5
15.... de begeleiding mij berichten kan sturen wanneer ik offline ben.	1	2	3	4	5
16.... ik berichten kan sturen naar andere mensen die begeleiding krijgen van Back to Basic wanneer we beiden online zijn.	1	2	3	4	5
17.... andere mensen die begeleiding krijgen van Back to Basic berichten kunnen sturen naar mij wanneer we beiden online zijn.	1	2	3	4	5
18.... ik berichten kan sturen naar andere mensen die begeleiding krijgen van Back to Basic wanneer de ander offline is.	1	2	3	4	5
19.... andere mensen die begeleiding krijgen van Back to Basic berichten kunnen sturen naar mij wanneer ik offline ben.	1	2	3	4	5
20.... ik online mijn voorkeuren voor de contactmomenten kan aangeven.	1	2	3	4	5
21.... ik samen met mijn begeleider online de contactmomenten kan inplannen.	1	2	3	4	5
22.... ik contact kan opnemen met de begeleiding en automatisch wordt doorgeschakeld naar een begeleider die aan het werk is.	1	2	3	4	5
23.... ik in geval van crisis een noodknop heb om de begeleiding direct in te lichten.	1	2	3	4	5
24.... ik contact kan opnemen met andere hulpverleners. Denk aan de huisartsenpost, politie, ziekenhuis, etc.	1	2	3	4	5
25.... andere hulpverleners (zie vraag 24) contact op kunnen nemen met mij.	1	2	3	4	5
26.... ik informatie kan vinden over mijn problematiek.	1	2	3	4	5
27.... ik kan bijhouden hoe ik me voel.	1	2	3	4	5
28.... ik deze gevoelens altijd terug kan zien.	1	2	3	4	5

29....de begeleiding inzicht heeft in de gevoelens die ik heb bijgehouden.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

30.Wat vind je de beste ideeën van stelling 7 t/m 29? Maak een top 3 van beste ideeën. Vul het nummer passend bij de stelling in in het vakje.

1.

2.

3.

31.Waarom heb je gekozen voor deze top 3?

32.Wat vind je het slechtste idee van stelling 7 t/m 29? Vul het nummer passend bij de stelling in in het vakje.

33.Waarom vind je dit het slechtste idee?

34.Wat zou je zelf graag willen kunnen met de applicatie?

35. Heb je nog andere ideeën?

36. Zou jij een applicatie willen om de communicatie tussen jou en de begeleiding te verbeteren?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

37. Waarom zou je dit wel of niet willen?

38. Wat is je geslacht?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw

39. Wat is je leeftijd?

40. Mogen wij nog contact met je opnemen voor extra informatie?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

41. Zo ja, wat is je telefoonnummer?

Bedankt voor het invullen van deze enquête!

BIJLAGE 2: OMSCHRIJVING RESPONDENTEN

Tabel 7. Leeftijd respondenten (N=44).

		Frequentie	Percentage
Leeftijd	14	1	2,3%
	17	1	2,3%
	18	2	4,5%
	19	6	13,6%
	20	3	6,8%
	21	4	9,1%
	22	3	6,8%
	23	7	15,9%
	24	3	6,8%
	25	1	2,3%
	27	3	6,8%
	29	1	2,3%
	30	2	4,5%
	31	1	2,3%
	32	1	2,3%
	35	1	2,3%
	36	1	2,3%
	40	1	2,3%
	41	1	2,3%
	52	1	2,3%
Totaal		44	100%



Figuur 5. Wat is je geslacht?

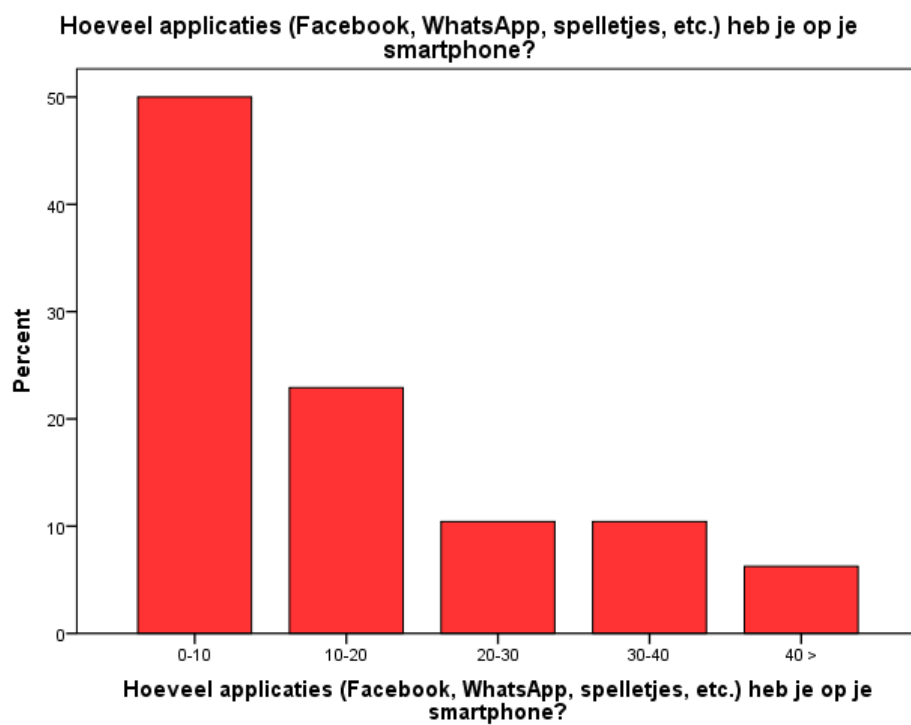
BIJLAGE 3: SMARTPHONEGEBRUIK

Tabel 8. Leeftijd eerste smartphone (N=44).

		Frequentie	Percentage
Leeftijd	10	2	4,5%
	11	3	6,8%
	12	8	18,2%
	13	3	6,8%
	14	3	6,8%
	15	4	9,1%
	16	3	6,8%
	17	2	4,5%
	18	6	13,6%
	19	2	4,5%
	20	1	2,3%
	22	1	2,3%
	25	1	2,3%
	26	2	4,5%
	31	1	2,3%
	34	1	2,3%
	45	1	2,3%
	Totaal	44	100%



Figuur 6. Hoe vaak maak jij gebruik van een smartphone?



Figuur 7. Hoeveel applicatie heb je op je smartphone?

Tabel 9. Behoefte mHealth applicatie (N=47).

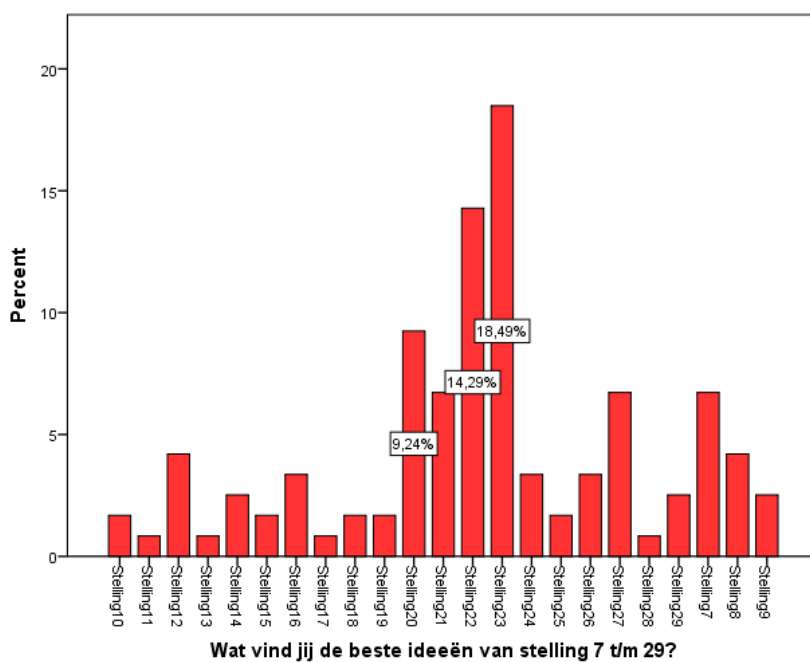
		Frequentie	Percentage
Behoefte	Ja	25	53,2%
	Nee	22	46,8%
	Totaal	47	100%

BIJLAGE 4: BESTAANDE MHEALTH FUNCTIES

Tabel 10. 'Wat vind je de beste ideeën van stelling 7 t/m 29? (N=43)

		N	Percentage reacties	Percentage respondenten
Stellingen: Ik zou graag een applicatie willen waarmee...	Stelling7: ...ik de begeleiding kan bellen.	8	6,7%	18,6%
	Stelling8: ...de begeleiding mij kan bellen.	5	4,2%	11,6%
	Stelling9: ...ik kan videobellen met de begeleiding.	3	2,5%	7%
	Stelling10: ...de begeleiding met mij kan videobellen.	2	1,7%	4,7%
	Stelling11: ...videobellen wordt gebruikt om evaluaties uit te voeren.	1	0,8%	2,3%
	Stelling12: ...ik berichten kan sturen naar de begeleiding wanneer we beiden online zijn.	5	4,2%	11,6%
	Stelling13: ...de begeleiding mij berichten kan sturen wanneer we beiden online zijn.	1	0,8%	2,3%
	Stelling14: ...ik berichten kan sturen naar de begeleiding wanneer deze offline is.	3	2,5%	7%
	Stelling15: ...de begeleiding mij berichten kan sturen wanneer ik offline ben.	2	1,7%	4,7%
	Stelling16: ...ik berichten kan sturen naar andere mensen die begeleiding krijgen van Back to Basic wanneer we beiden online zijn.	4	3,4%	9,3%
	Stelling17: ...andere mensen die begeleiding krijgen van Back to Basic berichten kunnen sturen naar mij wanneer we beiden online zijn.	1	0,8%	2,3%
	Stelling18: ...ik berichten kan sturen naar andere mensen die begeleiding krijgen van Back to Basic wanneer de ander offline is.	2	1,7%	4,7%
	Stelling19: ...andere mensen die begeleiding krijgen van Back to Basic berichten kunnen sturen naar mij wanneer ik offline ben.	2	1,7%	4,7%
	Stelling20: ...ik online mijn voorkeuren voor de contactmomenten kan aangeven.	11	9,2%	25,6%
	Stelling21: ...ik samen met mijn begeleider online de contactmomenten kan inplannen.	8	6,7%	18,6%
	Stelling22: ...ik contact kan opnemen met de begeleiding en automatisch wordt doorgeschakeld naar een begeleider die aan het werk is.	17	14,3%	39,5%
	Stelling23: ...ik in geval van crisis een noodknop heb om de begeleiding direct in te lichten.	22	18,5%	51,2%
	Stelling24: ...ik contact kan opnemen met andere hulpverleners. Denk aan de huisartsenpost, politie, ziekenhuis, etc.	4	3,4%	9,3%
	Stelling25: ...andere hulpverleners (zie stelling 24) contact op kunnen nemen met mij.	2	1,7%	4,7%

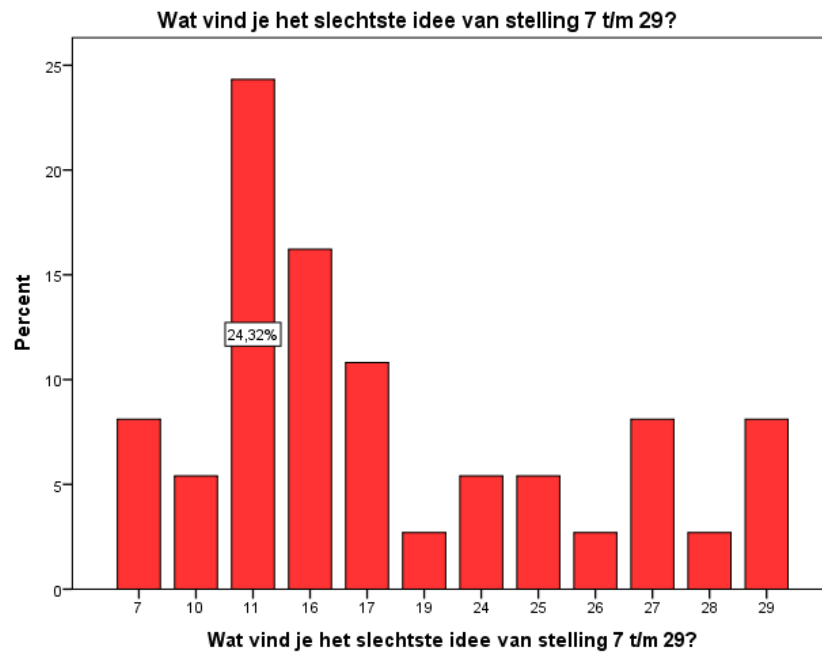
Stelling26: ...ik informatie kan vinden over mijn problematiek.	4	3,4%	9,3%
Stelling27: ...ik kan bijhouden hoe ik me voel.	8	6,7%	18,6%
Stelling28: ...ik deze gevoelens altijd terug kan zien.	1	0,8%	2,3%
Stelling29: ...de begeleiding inzicht heeft in de gevoelens die ik heb bijgehouden.	3	2,5%	7%
Totaal	119	100%	276,7%



Figuur 8. 'Wat vind je de beste ideeën van stelling 7 t/m 29?

Tabel 11. Wat vind je het slechtste idee van stelling 7 t/m 29?

		Frequentie	Percentage
Stellingen:	Stelling7: ...ik de begeleiding kan bellen.	3	8,1%
Ik zou graag een applicatie willen waarmee...	Stelling10: ...de begeleiding met mij kan videobellen.	2	5,4%
	Stelling11: ...videobellen wordt gebruikt om evaluaties uit te voeren.	9	24,3%
	Stelling16: ...ik berichten kan sturen naar andere mensen die begeleiding krijgen van Back to Basic wanneer we beiden online zijn.	6	16,2%
	Stelling17: ...andere mensen die begeleiding krijgen van Back to Basic berichten kunnen sturen naar mij wanneer we beiden online zijn.	4	10,8%
	Stelling19: ...andere mensen die begeleiding krijgen van Back to Basic berichten kunnen sturen naar mij wanneer ik offline ben.	1	2,7%
	Stelling24: ...ik contact kan opnemen met andere hulpverleners. Denk aan de huisartsenpost, politie, ziekenhuis, etc.	2	5,4%
	Stelling25: ...andere hulpverleners (zie stelling 24) contact op kunnen nemen met mij.	2	5,4%
	Stelling26: ...ik informatie kan vinden over mijn problematiek.	1	2,7%
	Stelling27: ...ik kan bijhouden hoe ik me voel.	3	8,1%
	Stelling28: ...ik deze gevoelens altijd terug kan zien.	1	2,7%
	Stelling29: ...de begeleiding inzicht heeft in de gevoelens die ik heb bijgehouden.	3	8,1%
	Totaal	37	100%



Figuur 9. Wat vind je het slechtste idee van stelling 7 t/m 29?

BIJLAGE 5: IDEEËN MHEALTH FUNCTIES

Tabel 12. Wat zou je zelf graag willen kunnen met de applicatie?

	Frequentie	Percentage
Niet ingevuld	19	38,8%
Berichten sturen. Plannen.	1	2%
Betere communicatie.	1	2%
Contactmomenten afzeggen.	1	2%
Contactmomenten inplannen.	1	2%
Contactmomenten inplannen. Communiceren.	1	2%
De noodknop.	2	4,1%
Een rooster met de contactmomenten.	1	2%
Gezamenlijk contactmomenten inplannen.	1	2%
Groepsapp medecliënten.	1	2%
Makkelijk contact leggen.	3	6,1%
Meer duidelijkheid in communicatie.	1	2%
Met een knop contact met begeleiding/cliënten.	1	2%
Mijn top 3.	3	6,1%
Niks.	1	2%
Noodsituatie.	1	2%
Online contactmomenten inplannen.	1	2%
Overzicht gebruikte uren. Overzicht ingeplande afspraken.	1	2%

Planning overleggen.	1	2%
Rapportages nalezen.	1	2%
Thuisbezorgd (voeding is belangrijk).	1	2%
Videobellen met andere cliënten.	1	2%
Videobellen voor een evaluatie.	1	2%
Voor noodgeval gebruiken.	1	2%
Werktijden persoonlijk begeleider inzien.	1	2%
Zien wie er werkt. Medicatie hoeveelheid inzien.	1	2%
Totaal	49	100%

Tabel 13. Heb je nog andere ideeën?

	Frequentie	Percentage
Niet ingevuld.	40	81,6
Activiteiten plannen waar cliënten zich voor kunnen aanmelden.	2	4,1
Geen zichtbare telefoonnummers, enkel namen.	1	2,0
Geen zichtbare telefoonnummers.	1	2,0
Groepsgesprek met alle cliënten.	1	2,0
Programma voor de contactmomenten.	1	2,0
Programma voor gewijzigde informatie.		
Track en trace van vaste begeleiders.	1	2,0

Urenbriefjes ondertekenen.	1	2,0
Werkdagen begeleiding inzien.	1	2,0
Totaal	49	100,0

Model overeenkomst onderzoeksopdracht



Academie Mens en Maatschappij

OVEREENKOMST ONDERZOEKSOPDRACHT

STUDENTGEGEVENS	
Naam	Chouch Buijs
Adres	Vlaarstraat 242
Postcode/woonplaats	7544 GK Enschede
Telefoonnummer	0615 32 50 51
Mobiel	0615 32 50 51
Email	chouchbuijs@hotmail.com
Opleiding	SPH
(Indien meerdere deelnemende studenten, naam en adresgegevens toevoegen)	
GEGEVENS INSTELLING/ORGANISATIE	
Naam Organisatie + afdeling	Stichting Rock to Basic Twente
Eindverantwoordelijke onderzoek	Leon Kempers
Onderzoeksbegeleider + opleiding	Orjen Bergman + MWD
Adres	Amelsstraat 21
Postcode/woonplaats	7534 TV Hengelo
Telefoonnummer	074 051 77 10
Email	info@b2b-twente.nl
De organisatie geeft wel/ niet toestemming voor publicatie van het bachelorrapport.	
GEGEVENS ACADEMIE MENS EN MAATSCHAPPIJ	
Naam Organisatie + afdeling	Saxion, Academie Mens en Maatschappij
Eindverantwoordelijke onderzoek	Karin Kremer-Baars
Onderzoeksbegeleider + opleiding	Frederika Hermen
Adres	M.H. Tromplaan 28
Postcode/woonplaats	Postbus 70.000/7513 AB Enschede
Telefoonnummer	053-4871111
Email	f.y.g.m.hermen@saxion.nl
GEGEVENS ONDERZOEK	
Onderwerp en achtergrondsheets	mHealth applicatie adhv ontwikkelingen
Doelstelling/vraagstelling	inventariseren wensen/behoeften cliënten
Projectomschrijving	inventariserend onderzoek
Werkwijze	enquêtes/surveyonderzoek
Middelen (bijv. financiën, overlegtijd)	nvt, in overleg

Tijdsfasering (start-, loop- eindtijd)	september 2017 -
Let op: dit mag maximaal zeven maanden in totaal beslaan.	januari 2018
Beoogde tussenproducten	feedback in overleg
Producten ter beschikking	n.v.t.
Geheimhoudingsplicht (bijv. privacy)	alles is anoniem betreft klanten

OVERIGE AFSPRAKEN / CONDITIES:

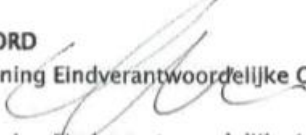
Het onderzoeksplan is gelezen en geaccordeerd door de opdrachtgever.

Overige afspraken en condities, indien van toepassing, *kunnen* gemaakt worden door opdrachtgever en studenten met betrekking tot onder meer:

- de te leveren aantallen eindrapporten (en de mogelijke extra kosten daarvan) en daarmee samenhangende extra inspanningen, zoals een handzame samenvatting van de rapportage en/of persbericht;
- de presentatie van de onderzoeksresultaten;
- het copyright/auteursrecht. (In de vorm van een zinsnede als: "Het auteursrecht van de eindrapportage / eindproduct berust bij";
- het al dan niet hebben van publicatierecht van een rapport voor Academie M&M dan wel de betrokken organisatie (sluit direct aan bij voorgaande punt);
- het al dan niet gemeenschappelijk dragen van de kosten van een (mogelijke) publicatie;
- door de opdrachtgever te leveren inspanningen m.b.t. bijvoorbeeld het aanleveren van materiaal en informatie of te regelen voorzieningen ten behoeve van het onderzoek;
- afspraken m.b.t. de eindverantwoordelijkheid voor de uitvoering van het onderzoek vanuit AMM. Dat is formeel de manager onderwijsuitvoering, die de verantwoordelijkheid delegeert aan de onderzoeksbegeleider;
- investerings- en betalingscondities: de naar verwachting vereiste financiële investering van de opdrachtgever (en eventuele bijdrage van de opdrachtnemer in de kosten), afspraken over mogelijk meerwerk en over betalingstermijnen/deelfacturen.

VOOR AKKOORD

- Handtekening Eindverantwoordelijke Opleiding
- Handtekening Eindverantwoordelijke Instelling
- Handtekening Student(en)






Datum en Plaats

Evt. Bijlagen

Model overeenkomst onderzoeksopdracht



Academie Mens en Maatschappij

OVEREENKOMST ONDERZOEKSOPDRACHT

STUDENTGEGEVENS	
Naam	Marleen Hilbrink
Adres	Volkspark Singel 12
Postcode/woonplaats	7513 CT Enschede
Telefoonnummer	-
Mobiel	06 20820893
Email	marleenhilbrink@msa.com
Opleiding	SPH
(Indien meerdere deelnemende studenten, naam en adresgegevens toevoegen)	
GEGEVENS INSTELLING/ORGANISATIE	
Naam Organisatie + afdeling	Stichting Back to Basic Twente
Eindverantwoordelijke onderzoek	Leon Kemper
Onderzoeksbegeleider + opleiding	Arjen Bergman + MWD
Adres	Omsluisstraat 21
Postcode/woonplaats	7554 TV Hengelo
Telefoonnummer	054 051 77 10
Email	info@b2b-twente.nl
De organisatie geeft wel/niet* toestemming voor publicatie van het bachelorrapport.	
GEGEVENS ACADEMIE MENS EN MAATSCHAPPIJ	
Naam Organisatie + afdeling	Saxion, Academie Mens en Maatschappij
Eindverantwoordelijke onderzoek	Karin Kremer-Baars
Onderzoeksbegeleider + opleiding	Fredienke Hermen
Adres	M.H. Tromplaan 28
Postcode/woonplaats	Postbus 70.000/7513 AB Enschede
Telefoonnummer	053-4871111
Email	f.y.g.m.hermen@saxion.nl
GEGEVENS ONDERZOEK	
Onderwerp en achtergrondschets	mHealth applicatie omliep ontwikkelingen
Doelstelling/vraagstelling	mentoren mensen + behoeften clienten
Projectomschrijving	overlopend onderzoek
Werkwijze	enquêtes / survey onderzoek
Middelen (bijv. financiën, overlegtijd)	n.v.t. in overleg

Tijdsfasering (start-, loop- eindtijd) Let op: dit mag maximaal zeven maanden in totaal beslaan.	september 2017 - januari 2018
Beoogde tussenproducten	Feedback in werleg
Producten ter beschikking	n.v.t.
Geheimhoudingsplicht (bijv. privacy)	alles is anoniem betreft cliënten

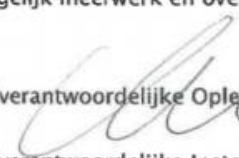
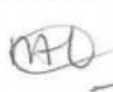
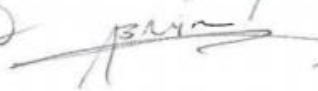
OVERIGE AFSPRAKEN / CONDITIES:

Het onderzoeksplan is gelezen en geaccordeerd door de opdrachtgever.

Overige afspraken en condities, indien van toepassing, *kunnen* gemaakt worden door opdrachtgever en studenten met betrekking tot onder meer:

- de te leveren aantallen eindrapporten (en de mogelijke extra kosten daarvan) en daarmee samenhangende extra inspanningen, zoals een handzame samenvatting van de rapportage en/of persbericht;
- de presentatie van de onderzoeksresultaten;
- het copyright/auteursrecht. (In de vorm van een zinsnede als: "Het auteursrecht van de eindrapportage / eindproduct berust bij");
- het al dan niet hebben van publicatierecht van een rapport voor Academie M&M dan wel de betrokken organisatie (sluit direct aan bij voorgaande punt);
- het al dan niet gemeenschappelijk dragen van de kosten van een (mogelijke) publicatie;
- door de opdrachtgever te leveren inspanningen m.b.t. bijvoorbeeld het aanleveren van materiaal en informatie of te regelen voorzieningen ten behoeve van het onderzoek;
- afspraken m.b.t. de eindverantwoordelijkheid voor de uitvoering van het onderzoek vanuit AMM. Dat is formeel de manager onderwijsuitvoering, die de verantwoordelijkheid delegeert aan de onderzoeksbegeleider;
- investerings- en betalingscondities: de naar verwachting vereiste financiële investering van de opdrachtgever (en eventuele bijdrage van de opdrachtnemer in de kosten), afspraken over mogelijk meerwerk en over betalingstermijnen/deelfacturen.

VOOR AKKOORD

- Handtekening Eindverantwoordelijke Opleiding - 
- Handtekening Eindverantwoordelijke Instelling 
- Handtekening Student(en)  

Datum en Plaats

Evt. Bijlagen

Evaluatieformulier opdrachtgever



Academie Mens en Maatschappij

EVALUATIE ONDERZOEKSOPDRACHT	
STUDENTGEGEVENS	
Naam	Anouck Bruins en Marleen Hilbink
Onderwerp bacheloronderzoek	Verbeter de communicatie! Een inventarisatie van de functies voor een mHealth applicatie
Opleiding	SPH
GEGEVENS INSTELLING/ORGANISATIE	
Naam organisatie + afdeling	Stichting Back to Basic Twente
Onderzoeksbegeleider	Arjen Bergman
Adres	Amarilstraat 21
Postcode/woonplaats	7554 TV Hengelo
Telefoonnummer	0748517710
Email	arjen@b2b-twente.nl
Datum	26-01-2018

Hieronder kunt u aangeven wat uw mening is over het bacheloronderzoek.

1. Graag uw mening over het product dat het bacheloronderzoek heeft opgeleverd (aankruisen wat van toepassing is):

	Onvoldoende	Voldoende	Ruim voldoende	Goed
Inhoud (duidelijk, juiste weergave van feiten, voldoende diepgang etc.)		X		
Argumentatie (m.n. conclusies en aanbevelingen)		X		
Bereiken van de afgesproken doelen				X
Bruikbaarheid voor de organisatie			X	
Heeft u aanvullende opmerkingen over de opdracht? (bijvoorbeeld welke nieuwe gezichtspunten heeft het opgeleverd) Vermeld ze dan hieronder:				
Het is een onderwerp waar ontzettend veel over te vinden is waardoor het lastig is om het onderzoek goed in te kaderen zonder cruciale elementen buiten beschouwing te laten. Jullie				

hebben daar in overleg duidelijke onderbouwde keuzes in gemaakt. Uit jullie onderzoek zijn goede aanbevelingen naar voren gekomen.

2. Graag uw mening over de wijze waarop het bacheloronderzoek tot stand is gekomen:

	Onvoldoende	Voldoende	Ruim voldoende	Goed
Samenwerking tussen studenten (o.a. taakverdeling)			X	
Samenwerking studenten vs. organisatie		X		
Zelfstandigheid studenten				X
Effectiviteit van werken van studenten				X
Omgaan met afspraken/planning				X
Communicatie van studenten			X	
Afronding van de opdracht door studenten				X
Heeft u aanvullende opmerkingen over de wijze waarop de opdracht tot stand is gekomen? (bijvoorbeeld individuele inbreng in geval van groepen / de mate, waarin de uitvoering binnen de organisatie heeft plaatsgevonden, etc).				
Er is regelmatig overleg gevoerd en om feedback gevraagd. Deze feedback hebben jullie goed verwerkt in het verslag.				

Bedankt voor het invullen!

A. B. Bergman
