

ViVA, een tool voor online huisbezoeken

Brengt het de ergotherapeut op afstand dichterbij huis?



F.A.M. Crommentuijn, R.D.S. Habets, R.G.A. Hukkelhoven en E.C.H. Van Aarsen

Juni 2020

Zuyd
Hogeschool

**ZU
YD**

Ergotherapie

Zuyd Hogeschool

ViVA, een tool voor online huisbezoeken

Brengt het de ergotherapeut op afstand dichterbij huis?

Middels een kwalitatief en kwantitatief onderzoeksdesign is onderzoek gedaan naar de ervaringen van ergotherapeuten uit de beroepspraktijk omtrent ViVA, een programma waarmee online huisbezoeken uitgevoerd worden. Het afstudeeronderzoek is aangevuld met resultaten uit een soortgelijk onderzoek dat verricht is aan de Hogeschool van Amsterdam en aanbevelingen voor de praktijkcontext, in het kader van doorontwikkeling van het programma en verder onderzoek.

Onderzoeksteam



Femke A.M. Crommentuijn



Roxan D.S. Habets



Randy G.A. Hukkelhoven



Evie C.H. van Aarsen

Begeleidend docent

Uta Roentgen, PhD

Tweede beoordelaar

Christine Schaefer, McS

Opdrachtgever

Dr. Ramon Daniëls

Namens het Lectoraat Ondersteunende Technologie in de Zorg van Zuyd Hogeschool

Opleiding

Academie voor Ergotherapie

Zuyd Hogeschool

© 3 juni 2020, Femke Crommentuijn, Roxan Habets, Randy Hukkelhoven en Evie Van Aarsen in opdracht van dr. Ramon Daniëls.

Alle rechten voorbehouden. Gehele of gedeeltelijke overname, plaatsing op webpagina's, verveelvoudiging op welke andere wijze dan ook en/of commercieel gebruik van deze informatie is niet toegestaan, tenzij hiervoor schriftelijke toestemming is verleend door Zuyd Hogeschool.

Voorwoord

Voor u ligt het afstudeeronderzoek omtrent de ervaringen met ViVA (Virtual Visit Approach), een programma om online-huisbezoeken uit te voeren. Het afstudeeronderzoek is uitgevoerd tijdens de laatste fase van de opleiding Ergotherapie aan Zuyd Hogeschool te Heerlen. Het afstudeeronderzoek is vormgegeven als een pilot om te verkennen of ergotherapeuten de meerwaarde zien van ViVA om vervolgens te kunnen overwegen of het zinvol zou zijn om een dergelijk programma in de toekomst te implementeren.

Het hoofddoel, dat centraal heeft gestaan tijdens dit afstudeeronderzoek, was het achterhalen van de potentie van ViVA in de Nederlandse ergotherapeutische beroepspraktijk. Gedurende de onderzoeksperiode is de gebruikerservaring van ergotherapeuten die ViVA getest hebben binnen hun praktijkcontext onderzocht. Daarnaast zijn de meningen omtrent de bereidheid tot het gebruik en de verwachte meerwaarde van ViVA, bij een diverse groep ergotherapeuten werkzaam in verschillende praktijkcontexten, in kaart gebracht.

De vraag naar dit afstudeeronderzoek is voortgekomen uit het Lectoraat Ondersteunende Technologie in de Zorg, naar aanleiding van de ontwikkeling en het onderzoek omtrent ViVA aan The University of Sheffield, Verenigd Koninkrijk.

Onze dank gaat uit naar Uta Roentgen en Ramon Daniëls voor de fijne samenwerking, de ondersteuning en de tijdsinvestering. Verder betuigt het onderzoeksteam grote dank richting alle ergotherapeuten die hebben deelgenomen aan dit afstudeeronderzoek. Daarnaast spreken wij onze dank uit aan het ViVA-onderzoeksteam van The University of Sheffield. In het bijzonder Fabio Ciravegna, voor de technische ondersteuning en Natalie Jones voor het fijne en leerzame verblijf in Sheffield. Tot slot bedanken wij de twee vierdejaars studenten ergotherapie, voor het deelnemen aan de pilotinterviews.

Ondanks de roerige opstart wegens het covid-19 virus, kijken de leden van het onderzoeksteam tevreden terug op een zeer leerzame afstudeerperiode waarbij hun adaptief vermogen flink op de proef is gesteld. Uiteindelijk is de flexibiliteit beloond en presenteren de onderzoekers nu met trots een onderzoeksrapport met rijke data.

Wij wensen u veel leesplezier en inspiratie toe!

Femke Crommentuijn, Roxan Habets, Randy Hukkelhoven en Evie van Aarsen

Heerlen, juni 2020

**Zuyd
Hogeschool** **ZU
YD**



**The
University
Of
Sheffield.**

Mededeling namens de afstudeercoördinatie van de opleiding Ergotherapie Zuyd Hogeschool

In maart 2020 brak in Nederland het COVID-19 virus uit. Dit had invloed op de afstudeeronderzoeken van de opleiding Ergotherapie. Toegang tot Zuyd hogeschool, zorginstellingen en thuiswonende kwetsbare personen was niet meer mogelijk waardoor aanpassingen noodzakelijk waren aan de opzet van het onderzoek, die op dat moment al in de steigers stond. Zo werd ineens online dataverzameling de norm (in plaats van face-to-face) en moest in sommige situaties worden uitgeweken naar een andere respondentengroep (of literatuur) omdat contact met cliënten of professionals niet meer mogelijk was. Alle aanpassingen zijn overlegd met opdrachtgevers en afstudeerbegeleiders. Wij willen u verzoeken om bij het lezen van dit onderzoeksverslag in ogenschouw te nemen dat niet-optimale keuzes in de opzet van het onderzoek soms veroorzaakt zijn door deze omstandigheden.

Samenvatting

Context

In Nederland is het beleid om mensen langer zelfstandig thuis te laten wonen. Om dit te realiseren kunnen aanpassingen in de woning nodig zijn. Een ergotherapeut inventariseert middels een huisbezoek de thuisomgeving en het handelen, om de occupational performance van de cliënt te vergroten. Deze huisbezoeken worden sterk beïnvloed door organisatorische factoren, zoals de beschikbaarheid van vervoer en tijd. Om deze mogelijke belemmeringen te beperken is aan de universiteit van Sheffield het digitale platform ViVA ontwikkeld, om online huisbezoeken uit te voeren.

Doel

Om een uitspraak te kunnen doen over de verwachte potentie van ViVA heeft het afstudeeronderzoek een tweeledige doelstelling; het achterhalen van de gebruikerservaring en het verkennen van de bereidheid tot het gebruik van ViVA. De onderzoeksvraag luidt “Hoe ervaren ergotherapeuten een online platform (ViVA), waar huisbezoeken mee worden uitgevoerd, als interventie binnen de context waarin de ergotherapeuten werkzaam zijn?”

Methode

Om de gebruikerservaring van ViVA te achterhalen, van ergotherapeuten die ViVA in een simulatiecontext getest hebben, is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Als aanvulling op deze kwalitatieve data, heeft een explorerende kwantitatieve dataverzameling plaatsgevonden, middels een cross-sectionele vragenlijst. Binnen beide onderzoekdesigns werd zowel deductief als inductief geredeneerd.

Resultaten

ViVA is makkelijk in gebruik en bevat een aantal unieke functionaliteiten. Ergotherapeuten twijfelen of een gegrond advies gegeven kan worden wegens het missen van een totaalbeeld van de woning en het niet kunnen waarborgen van de veiligheid tijdens het handelen. Hierdoor kan dit handelen onvoldoende worden geïnventariseerd. ViVA kan wellicht een oplossing bieden voor specifieke organisatorische belemmeringen zoals reistijd. Ergotherapeuten zien potentie in ViVA, maar verkiezen vooralsnog een fysiek huisbezoek.

Conclusie

ViVA biedt oplossingen voor bepaalde organisatorische belemmeringen. Ergotherapeuten zien kansen voor ViVA bij het adviseren van standaardvoorzieningen. De grootste belemmerende factor is het niet kunnen waarborgen van de veiligheid tijdens het handelen. Wanneer de technische mankementen verholpen worden zien ergotherapeuten ViVA als een aanvulling op de fysieke huisbezoeken, maar niet als een vervanging hiervan.

Abstract

Background

The policy in the Netherlands aims people to live independently at home for a longer period. To realize this, adjustment to the home may be necessary. By a home visit an inventory can be made of the home environment and the occupation to improve the occupational performance of the patient. These home visits are strongly affected by organizational factors, such as the availability of transport. To limit these possible obstacles, the digital platform ViVA has been developed at the University of Sheffield to carry out online home visits.

Aim

To be able to make a statement about the expected potential of ViVA, the thesis is based on a two folded objective; to discover the user experience and to explore the willingness to use ViVA. The research question reads: “How do occupational therapists experience an online platform (ViVA), with which home visits are carried out, as an intervention within the context in which the occupational therapists work?”

Method

Semi-structured interviews were used to determine ViVA's user experience of occupational therapists that used ViVA in a simulated environment. In addition to these qualitative data, an exploratory quantitative data collection took place by means of a cross-sectional questionnaire. Both research designs were based on deductive and inductive reasoning.

Results

ViVA is easy to use and contains several functionalities that makes it unique. Occupational therapists doubt the fact whether justified advice can be given due to missing an overall picture of the house and not being able to see how the patient acts within it, whereby this occupation is insufficiently inventoried. ViVA can offer a solution for specific organizational obstacles such as journey time. Occupational therapists see potential in ViVA, but often prefer a physical home visit.

Conclusion

ViVA offers solutions to certain organizational obstacles. Occupational therapists see opportunities to use ViVA when making recommendations on standard facilities. The biggest hindrance is the inability to guarantee safety during occupation. When the technical defects are remedied, occupational therapists see ViVA as an addition to the physical home visits, but not as a replacement for them.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	4
Samenvatting.....	6
Abstract.....	7
Begrippenlijst.....	10
1. Inleiding.....	14
Aanleiding.....	14
Vraag- en doelstelling.....	17
Doelstelling.....	17
Vraagstelling.....	17
Opbouw onderzoeksverslag.....	17
Theoretisch kader.....	18
Relevante modellen.....	18
De inzet van eHealth	21
Gebruikerservaring.....	23
2. Methode.....	24
Kwalitatief design	24
Kwalitatief onderzoeksdesign	24
Werving van participanten voor het achterhalen van de gebruikerservaring	24
Dataverzameling door middel van semi-gestructureerde interviews.....	25
Analyse van de data uit de semi-gestructureerde interviews.....	27
Kwantitatief design.....	28
Kwantitatief onderzoeksdesign	28
Werving van respondenten voor het achterhalen van de bereidheid tot het gebruik van ViVA .	28
Dataverzameling door middel van een cross-sectionele vragenlijst.....	29
Analyse van de data uit de cross-sectionele vragenlijst.....	29
Kwaliteitsborging.....	30
Ethische overwegingen	32
3. Resultaten.....	33
Gebruikerservaring ViVA van ergotherapeuten.....	33
Verkenning bereidheid van diverse groep ergotherapeuten.....	43
4. Discussie.....	52
Integratie van resultaten.....	52
ViVA in de context	55
Technische problemen ViVA	58

Maatregelen omtrent Covid-19.....	58
Beschouwing kwaliteitsborging.....	59
5. Aanbevelingen.....	62
Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	62
Aanbevelingen voor praktijk	62
6. Conclusie.....	64
7. Referenties.....	65
8. Bijlagen	70
Bijlage 1: Informatiebrieven en toestemmingsverklaringen.....	70
Bijlage 2: Handleiding.....	75
Bijlage 3: Casussen voor testfase	92
Bijlage 4: Interviewguide	93
Bijlage 5: Fragment van data-analyse interview	100
Bijlage 6: Boomdiagrammen codering	101
Bijlage 7: Vragenlijst Questback	104
Bijlage 8: Ingevuld UTAUT-model.....	125
Bijlage 9: Missende functionaliteiten ViVA	126
Bijlage 10: Overzicht technische problemen ViVA	127

Begrippenlijst

De relevante begrippen in de tekst zijn via een superscript terug te leiden naar de begrippenlijst.

- | | | |
|----|--------------------------|--|
| 1 | Vergrijzing | Steeds meer 65-plussers op steeds minder werkenden (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020). |
| 2 | Handelen (Occupation) | Handelen is de uitvoering van activiteiten en taken; het is doelgericht, vindt plaats in de context en is gerelateerd aan de ervaring en de betekenis die de persoon eraan geeft (Satink & Van de Velde, 2012). |
| 3 | Thuisomgeving | Alle zaken die individu omgeven en de ontwikkeling en het handelen beïnvloedt. De (thuis)omgeving bevat zowel fysieke en materiële omstandigheden als andere individuen, groepen en ideeën (Steultjens & Graff, 2013). |
| 4 | Fysieke omgeving | De fysieke omgeving kan onderverdeeld worden in gebouwde omgeving, de natuur en objecten in die omgeving (Van Nes & Heijnsman, 2013). |
| 5 | Huisbezoek (home visit) | Een huisbezoek is een therapeutische interventie met als doel na te gaan of cliënten in staat zijn zich in hun eigen omgeving en gemeenschap te redden en de nodige voorzieningen te treffen om dit mogelijk te maken (Atwall et al., 2014). |
| 6 | Occupational performance | De uitvoer van het handelen (Van Hartingsveldt & Piskur, 2013). |
| 7 | Occupational rights | Het recht van alle mensen om te participeren in betekenisvolle activiteiten die positief bijdragen aan hun eigen welzijn en het welzijn van hun gemeenschap (Hammell, 2008). |
| 8 | Distributive justice | Distributive justice beschrijft hoe en waarom plichten en rechten worden verdeeld binnen de samenleving (Abdel Wahab, Katsh & Rainey, 2011). |
| 9 | Evidence-based | Wetenschappelijk onderzoek voorziet de ergotherapeut van inzichten en nieuwe kennis over verbanden tussen het handelen en de factoren van de mens en de invloed op het participeren in de maatschappij (Steultjens & Graff, 2013). |
| 10 | Cliëntsysteem | Een cliënt maakt deel uit van een systeem. Dit systeem kan bestaan uit bijvoorbeeld familie, mantelzorgers, leerkrachten, werkgevers en belangrijke anderen in de omgeving van de cliënt (Le Granse & Kuiper, 2012). |

- | | | |
|----|---|--|
| 11 | PEO-model | PEO-model is een verzamelnaam voor ergotherapiemodellen die verbanden leggen tussen persoon context en het handelen van de persoon (Van Hartingsveldt, 2012). |
| 12 | Person | “Geïntegreerd geheel van spirituele, sociale en culturele ervaringen en waarneembare capaciteiten” (Le Granse et al, 2013, p. 413). |
| 13 | Environment | Omgeving volgens het COPM ingedeeld naar fysiek, sociaal, cultureel en institutioneel (Van Hartingsveldt & Piškur, 2013). |
| 14 | Iteratief proces | Een iteratief proces kan omschreven worden als een proces van passen en meten, vallen en opstaan en dit vervolgens voortdurend herhalen (Baarda et al., 2018). |
| 15 | Performance-effort | Een sleutelconstructie van het UTAUT-model. Hierbij gaat het om de verwachte moeite die een handeling kost (Venkatesh et al., 2003). |
| 16 | Etiquette | Een geheel van cultuurgebonden beleefdheidsregels en omgangsvormen (Etiquette Bureau, z.d.). |
| 17 | Kwalitatief onderzoek | Een onderzoeksproces dat zich richt op het inzichtelijk maken van een situatie gebaseerd op verschillende onderzoekstradities, waarbij een maatschappelijk of menselijk probleem centraal staat (Creswell, 1998). |
| 18 | Fenomenologisch karakter | Fenomenologie is een methode van praktische reflectie, welke reflecteert op verzamelde ervaringen in het menselijk bestaan (de Boer & Smaling, 2011). |
| 19 | Deductieve analysemethode | Middels bestaande theorieën of onderzoek voorspellingen doen over de variabelen die van belang zijn of de relaties tussen variabelen en zo helpen bij het bepalen van het initiële coderingsschema of de relatie tussen de codes (Hsieh & Shannon, 2005). |
| 20 | Inductieve analysemethode/inductief geredeneerd | De in woorden uitgedrukte betekenissen en interpretaties die voortkomen uit het onderzoek, worden behouden. Hierop is de vraagstelling immers gericht. Het startpunt van deze vorm van redeneren zijn altijd de gegevens, waarin de onderzoekers zoeken naar relevante thema's (Scheepers, Tobi & Boeije, 2016). |
| 21 | In- en exclusie criteria | Weergave van geïnccludeerde deelnemers van het onderzoek. Inclusiecriteria bevatten eisen waaraan de deelnemer dient te voldoen. Exclusiecriteria omvatten een weergave van kenmerken van personen die zijn uitgesloten van het onderzoek (Wouters, Van Zaalen & Bruijning, 2016). |

- | | | |
|----|-------------------------------|---|
| 22 | Zelfselectie | Wanneer voor een onderzoek proefpersonen nodig zijn die aan bepaalde voorwaarden moeten voldoen, wordt een advertentie geplaatst met een uitnodiging om mee te doen aan een onderzoek als men aan bepaalde kenmerken voldoet (Verhoeven, 2014). |
| 23 | Snowball-sampling | Via de eerste deelnemers namen krijgen van anderen die ook benaderd kunnen worden voor het onderzoek (Boeije, 't Hart & Hox, 2009). |
| 24 | Narratief redeneren | “Redeneren vanuit het levensverhaal van de cliënt over de betekenis van taken, gewoonten en rollen van de cliënt in het verleden, heden en toekomst” (Le Granse et al., 2012). |
| 25 | Directed content analysis | Bij deze vorm van analyse wordt reeds bestaande theorie gebruikt. Verschillende codes worden voor en tijdens de data-analyse al afgeleid uit theorie of andere onderzoeken (Hsieh & Shannon, 2005). |
| 26 | Conventional content analysis | De focus van de analyse ligt op de antwoorden van de participant, zonder deze direct te koppelen aan bestaande theorie (Hsieh & Shannon, 2005). |
| 27 | Naturalistisch paradigma | Naturalistisch paradigma is kwalitatief onderzoek naar alledaagse situaties, met als doel deze situaties zo min mogelijk te verstoren (Beuving & De Vries, 2015). |
| 28 | Explorerend onderzoek | Explorerend/verkenkend onderzoek is onderzoek waarbij frequenties, samenhangen en verschillen worden geëxploreerd, met als doel om een nieuwe theorie te vormen (Baarda, 2019). |
| 29 | Kwantitatief onderzoek | Bij kwantitatief onderzoek wordt data middels getallen aan de hand van frequenties verzameld. De frequenties beschrijven een probleem of toestand (Wouters et al., 2016). |
| 30 | Skips | Een vraag binnen een enquête overslaan, indien deze niet van toepassing is (Bureau of Labor Statistics, z.d.). |
| 31 | Beschrijvende statistiek | Beschrijvende statistiek is het samenvattend beschrijven van de kenmerken van een groep onderzoekseenheden door middel van kengetallen (De Boer & Van Groningen, 2012). |
| 32 | Mediaan | De mediaan is de middelste waarneming na het ordenen van de data van laag naar hoog (De Boer & Van Groningen, 2012). |

- 33 Triangulatie Driehoeksmeting. Het verzamelen en analyseren van gegevens door verscheidene onderzoekers, het gebruik maken van verschillende bronnen en het herhalen van het onderzoek in verschillende situaties (Polit & Beck, 2008).
- 34 Membercheck Een membercheck is het voorleggen van de onderzoeksresultaten aan een deel van de respondenten om vast te stellen of de reconstructie van de werkelijkheid door de onderzoeker voor hen herkenbaar is (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-Van Doorn & Rosendal, 2015).
- 35 Bias Vertekening van de onderzoeksresultaten als gevolg van een systematische fout in de onderzoeksopzet of in de gegevensverzameling. In feite kan bias in alle fasen van een onderzoek optreden, dus bij de voorbereiding, uitvoering en analyse. De geldigheid van de conclusies in een onderzoek worden bedreigd door bias (Dassen, Keuning, Jansen, & Jansen, 2016, p.29).
- 36 Intramurale zorg Een cliënt ontvangt intramurale zorg wanneer deze minimaal vier etmalen per week onafgebroken in een (zorg)instelling verblijft (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.-b).
- 37 Extramurale zorg Extramurale zorg betreft de zorg aan cliënten die niet in een instelling verblijven, ambulante zorg (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.-b).
- 38 Toegankelijkheid Toegankelijkheid betreft de mogelijkheid tot het kunnen betreden en verlaten van de fysieke omgeving (Van Overveld, Van Graaf, Van der Eggink-Eilander & Berghuis, 2011).
- 39 Doorgankelijkheid Doorgankelijkheid is het kunnen verplaatsen en vervoeren door de betreffende omgeving (Van Overveld et al., 2011).
- 40 Multidisciplinair overleg Een overleg met een multidisciplinair team waarin de hulpvraag of hulpvragen van een cliënt door meerdere professionals behandeld worden (Kanis & Ammeraal, 2013).
- 41 COPM De Canadian Occupational Performance Measure (COPM) is ontwikkeld om ergotherapeutische behandeldoelen te stellen. Deze doelen zijn gebaseerd op de door de cliënt ervaren problemen in het dagelijks handelen. De COPM identificeert de belangrijkste problemen die de cliënt ervaart en meet de veranderingen in het beeld dat de cliënt heeft van zijn handelen gedurende het behandelprocesproces (Meetinstrumenten in de zorg, 2018).

1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding, de vraag- en doelstelling en het theoretisch kader van dit afstudeeronderzoek beschreven.

Aanleiding

In Nederland stijgt de druk op de gezondheidszorg, welke voor één derde te wijten is aan de vergrijzing¹. Door het groeiend aantal cliënten per zorgverlener neemt de tijdsdruk in de zorg toe. Daarnaast zijn minder middelen beschikbaar in relatie tot de groeiende cliëntenpopulatie (Van Pelt, 2019). Om de druk op de gezondheidszorg te reguleren pleit de Rijksoverheid voor het zo lang mogelijk (zelfstandig) thuis wonen, hetgeen beschreven staat in het programma 'Langer Thuis' (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Om langer zelfstandig thuis te kunnen wonen, handelen² en participeren kunnen aanpassingen en hulpmiddelen in de thuisomgeving³ nodig zijn. De fysieke omgeving⁴ dient in kaart gebracht te worden om te kunnen zien wat deze voor invloed heeft op het handelen van de cliënt. Tegelijkertijd wordt de fysieke omgeving beïnvloed door het doen en laten van mensen. Mensen gaan actief om met de fysieke omgeving of gebruiken deze omgeving juist passief door 'niets' te doen, bijvoorbeeld het zitten aan tafel. Zowel belemmerende als ondersteunende factoren in de fysieke omgeving beïnvloeden het handelen van mensen. Een middel om deze fysieke omgeving in kaart te brengen is een ergotherapeutisch huisbezoek⁵ (van Nes & Heijnsman, 2012).

De meest voorkomende definitie van huisbezoek uit de literatuur is de definitie van Atwall et al. (2014): "Een huisbezoek is een interventie die als doel heeft te beoordelen of cliënten in staat zijn om in hun eigen thuisomgeving te handelen en de nodige voorzieningen te treffen om dit mogelijk te maken" (p. 40).

In de literatuur worden verschillende motieven genoemd om huisbezoeken uit te voeren. Zo worden huisbezoeken gezien als waardevol in het voorbereiden van cliënten op ontslag uit het ziekenhuis of het revalidatiecentrum. De huisbezoeken hebben een belangrijke rol op het gebied van educatie van cliënten en familieleden en het identificeren van nodige hulpmiddelen en aanpassingen in de woning. Daarnaast ligt een belangrijke focus op het inventariseren van de occupational performance⁶ in de thuisomgeving, om een beeld te krijgen van het functioneren van de cliënt in diens thuisomgeving (Harris, James & Snow, 2008). De potentiële voordelen van huisbezoeken voor de cliënt sluiten hierop aan. Men kan denken aan een verlaagd aantal heropnamen in het ziekenhuis, een verminderd valrisico en een verhoogde participatie in de activiteiten van het dagelijks leven. Daarnaast vergroten adviezen die voorkomen uit huisbezoeken het zelfvertrouwen, de autonomie en functionele capaciteit van zowel de cliënt als de mantelzorgers (Godfrey et al., 2019). Daarentegen stellen Lockwood, Taylor en Harding (2015) dat een significante effectiviteit van huisbezoeken niet is bepaald. Tevens schrijven Lockwood et al. (2015) dat niet genoeg kwantitatieve data beschikbaar zijn om de effectiviteit van een huisbezoek te bepalen met betrekking tot de kwaliteit van leven en cliëntautonomie, hetgeen Godfrey et al. (2019) in hun kwalitatieve studie betogen. Huisbezoeken leiden tot een significante verbetering op zelf geëvalueerde activiteiten van het dagelijks leven, zoals de uitvoer van lichte huishoudelijke taken.

Cliënten waarbij een huisbezoek is uitgevoerd, hebben vijf keer meer kans op het vermijden van niet voorspelde ondersteuningsbehoeften dan cliënten waarbij geen huisbezoek uitgevoerd is (Lockwood et al., 2015).

Factoren die de effectiviteit van een huisbezoek beïnvloeden zijn: tevredenheid met het proces vanuit het perspectief van de cliënt en mantelzorgers, het doel van het huisbezoek en de integratie van de perceptie van de cliënt in het besluitvormingsproces (Lockwood et al., 2015). Cliënten en ergotherapeuten zien het doel van het huisbezoek regelmatig niet op dezelfde manier. Huisbezoeken zijn voornamelijk gericht op functionele activiteiten en de fysieke omgeving. Hierbij wordt weinig rekening gehouden met het psychosociaal functioneren, hetgeen vaak niet in lijn ligt met de verwachtingen van de cliënt. Daarnaast kan het huisbezoek door oudere cliënten als beangstigend worden ervaren, omdat deze het soms zien als test (Atwall et al., 2014). Atwall et al. (2014) stellen dat de occupational-fit van de cliënt met diens activiteiten binnen zijn omgeving hoofdzakelijk is verbonden met de vraag of een huisbezoek wel of niet uitgevoerd wordt. Terwijl Godfrey et al. (2019) betuigen dat factoren als afronding van eerdere huisbezoeken, psychosociale factoren en de belangen van de sociale omgeving een grotere rol spelen.

Het uitvoeren van huisbezoeken wordt sterk beïnvloed door organisatorische factoren zoals de beschikbaarheid van vervoer, betrokkenheid van andere stakeholders en de caseload van de ergotherapeut (Atwall et al., 2014; Lannin, Clemson & McCluskey, 2011; Ninnis, Van den Berg, Lannin, George & Laver, 2019). De gemiddelde duur van een huisbezoek is één uur, exclusief reistijd. Een zeer opvallend verschijnsel dat Lockwood et al. (2015) beschrijven is dat sommige ergotherapeuten niet kiezen om tijdens een huisbezoek een cliënt bij woningaanpassingen te betrekken, omdat dit in verhouding te veel tijd in beslag zou nemen. Godfrey et al. (2019) getuigen dat organisatorische factoren door ergotherapeuten vaker worden genoemd als reden voor het wel of niet uitvoeren van een huisbezoek dan de klinische factoren en hulpvragen. Ergotherapeuten erkennen dat vanwege beperkte middelen of complicaties op het gebied van de organisatie van middelen huisbezoeken niet gepland, geannuleerd of uitgesteld worden (Godfrey et al., 2019). In ditzelfde onderzoek betogen Godfrey et al. (2019) dat beslissingen moeten worden genomen op grond van klinische behoeften, niet over de beschikbaarheid van middelen, waarbij occupational rights⁷ en distributive justice⁸ aandacht verdienen. Beslissingen over een huisbezoek kunnen van essentieel belang zijn voor het participeren in de thuisomgeving. Bij de huidige stand van zaken kan de besluitvorming echter een uitdaging vormen bij het afwegen van de individuele behoeften en organisatorische vereisten.

Voor ergotherapeutische huisbezoeken is geen gestandaardiseerd instrument of protocol dat tijdens een huisbezoek als leidraad kan dienen (Lockwood et al., 2015; Lannin et al., 2011; Harris et al., 2008). Door de verscheidenheid aan factoren die meegenomen moeten worden in de besluitvorming over huisbezoeken zoals de organisatie, de handelingsvraag van de individuele cliënt en de thuisomgeving is het standaardiseren of het maken van protocollen complex (Godfrey et al., 2019). Echter, stellen Lockwood et al. (2015) dat een protocol noodzakelijk is in het verschuiven van een procedurele focus, zoals die nu heerst, naar een meer inhoudelijke focus. Het doen van huisbezoeken is een historische kerntaak van de ergotherapie maar is een beperkt onderzocht gebied. Om de taak evidence-based⁹ in te vullen zal meer onderzoek gedaan moeten worden over de besluitvorming voor de uitvoer van huisbezoeken, de cliëntenpopulatie, het gebruik van aanpassingen en implementatiekosten van deze aanpassingen (Harris et al., 2008).

Door de (organisatorische) druk binnen de gezondheidszorg is het van belang dat de gezondheidsdiensten en -middelen zo efficiënt mogelijk ingezet worden. Hierin kan eHealth een uitkomst bieden (Mazumdar et al., 2017). EHealth wordt door de Inspectie van Gezondheidszorg en Jeugd (z.d.-a) als volgt gedefinieerd: “EHealth is het gebruik van informatie- en communicatietechnologie om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen en te verbeteren.”

Ninnis et al. (2019) inventariseren in een systematic review technologische toepassingen voor huisbezoeken. Dit zijn bijvoorbeeld het gebruik maken van applicaties voor interieur design om plattegronden en de inrichting van ruimtes te vormen (Sweet Home 3D program & 3D MAP) of een applicatie om een virtuele ruimte te creëren om barrières voor het handelen op te sporen (HabiTest). Een bekendere methode is het gebruik maken van foto's en video's.

Alle studies, die nieuwe eHealth softwaretoepassingen voor huisbezoeken evalueerden, rapporteren dat therapeuten de positieve eigenschappen en het potentieel van de producten zagen om hun handelen te ondersteunen. Echter, rapporteren deze studies ook de noodzaak voor verdere verfijning van de programma's, omdat deze voornamelijk geschikt bleken voor de meest basale taken. De programma's dienden uitgebreid te worden, zodat ze pasten in de handelingen van de ergotherapeut. Daarnaast vertoonden de programma's enkele technische problemen, die vóór implementatie opgelost dienden te worden. Om deze redenen kan worden gesteld dat de huidige studies, waarin het gebruik van foto's of eHealth wordt geëvalueerd, hebben aangetoond dat de aanpak haalbaar is, maar wellicht minder gevoelig is dan fysieke huisbezoeken. Om implementatie mogelijk te maken moeten deze innovaties verder onderzocht worden.

In Sheffield, Verenigd Koninkrijk, is een nieuwe softwaretoepassing voor een huisbezoek ontwikkeld genaamd Virtual Visit Approach (ViVA). Dit programma is ontwikkeld omdat de ergotherapeuten in Sheffield een aantal problemen ervaarden tijdens een fysiek huisbezoek, namelijk het reizen naar de locatie en het achteraf opstellen van het uiteindelijke ergotherapeutisch verslag waardoor huisbezoeken veel tijd kosten. Naast deze tijd, die niet gespendeerd kan worden aan direct cliëntencontact, kosten de huisbezoeken veel geld (Mazumdar et al., 2017). Deze ervaren praktijkproblemen zijn opgepakt door een senior researcher op het gebied van innovatie van ondersteunende technologie. Hierop volgend zijn verschillende technici aan de slag gegaan met het ontwikkelen van ViVA. Deze software is afgeleid van een programma om op afstand live-beeld en audiomateriaal te verkrijgen voor noodhulp. De ontwikkelaars zagen hierin kansen voor het uitvoeren van een ergotherapeutisch huisbezoek op afstand (Mazumdar et al., 2017).

ViVA heeft twee componenten: de ergotherapeut met een computer of tablet en de cliënt en het cliëntsysteem¹⁰ met een Android toestel. De interactie tussen ergotherapeut en cliënt, ontstaat via een beveiligde http-verbinding, met ondersteuning van WebRTC (Web Real Time Communication). Wanneer een huisbezoek nodig is, maakt de ergotherapeut een afspraak met de cliënt. Op de dag van de afspraak ontvangt de cliënt een mail met hierin een unieke URL-link. Deze URL-link verleent toegang tot de online interactie met de ergotherapeut. De URL-link is niet meer beschikbaar na de, door de ergotherapeut, opgegeven vervaldatum. Wanneer de videoverbinding tot stand is gekomen, kan het huisbezoek van start gaan. De ergotherapeut start met een korte introductie. De cliënt geeft vervolgens een beeld van zijn thuissituatie door een korte rondleiding te geven. Hierna kan de ergotherapeut gerichte vragen stellen en opdrachten geven. Denk hierbij aan het opmeten van de breedte van een deurpost of het voordoen van een handeling. ViVA biedt verschillende ondersteunende functionaliteiten. Denk aan het maken van een foto, het opnemen van videomateriaal, het bedienen van de flits en het inzoomen van de camera. De genoemde ondersteunende functies gelden voor het bedienen van het toestel van de cliënt. Het bewaarde materiaal wordt opgeslagen in ViVA en is enkel toegankelijk voor de ergotherapeut van de cliënt. Wanneer dit materiaal elders benodigd is, dient dit geëxporteerd te worden naar de gewenste locatie, bijvoorbeeld het elektronisch cliëntendossier (Mazumdar et al., 2017).

Het Lectoraat Ondersteunende Technologie in de Zorg van Zuyd Hogeschool heeft in ViVA een kans gezien voor ergotherapie in Nederland en heeft de vraag, om deze kans te onderzoeken, neergelegd bij het onderzoeksteam.

Vraag- en doelstelling

Doelstelling

Het afstudeeronderzoek is een eerste pilot om te verkennen of ergotherapeuten in Nederland een meerwaarde zien in ViVA om vervolgens te kunnen overwegen of het zinvol zou zijn om een dergelijk programma in de toekomst te implementeren.

De doelstelling van het afstudeeronderzoek is tweeledig. Het eerste doel is het achterhalen van de gebruikerservaring rondom ViVA, van ergotherapeuten die ViVA getest hebben binnen de zorgorganisatie waarin deze werkzaam zijn. Het tweede doel is het verkennen van de bereidheid tot het gebruik van ViVA, bij een diverse groep ergotherapeuten werkzaam in verschillende praktijkcontexten, en het achterhalen van de verwachte meerwaarde.

Het overkoepelende doel is het achterhalen van de potentie en verwachte bruikbaarheid van ViVA in de Nederlandse ergotherapeutische beroepspraktijk.

Vraagstelling

De onderzoeksvraag die is opgesteld, luidt als volgt:

“Hoe ervaren ergotherapeuten een online platform (ViVA), waar huisbezoeken mee worden uitgevoerd, als interventie binnen de context waarin de ergotherapeuten werkzaam zijn?”

Bij deze onderzoeksvraag horen verscheidene deelvragen. De doelstelling om de bereidheid tot gebruik van het online platform te verkennen bij een diverse groep ergotherapeuten is onderdeel van deze deelvragen.

De deelvragen luiden als volgt:

1. Wat is de gebruikerservaring van ergotherapeuten omtrent ViVA?
2. Welke bevorderende en belemmerende factoren verwachten ergotherapeuten tegen te komen bij het implementeren van ViVA binnen de praktijkcontext?
3. Welke ervaren meerwaarde zien ergotherapeuten in het gebruik van ViVA?
4. Welke overwegingen zijn er voor ergotherapeuten om tijdens de behandeling van individuele cliënten ViVA wel of niet te gebruiken, en op welk vlak speelt deze afweging?
5. Wat zijn de voorwaarden (technische, organisatorische, financiële, ethische en AVG-gerelateerde aspecten) om het huisbezoek via ViVA uit te kunnen voeren en zijn deze haalbaar voor ergotherapeuten?
6. In welke praktijkcontexten, waarin de ergotherapie werkzaam is, ligt potentie en haalbaarheid van ViVA?

Opbouw onderzoeksverslag

Om antwoord te kunnen geven op de doel- en vraagstelling zal eerst de methode toegelicht worden. Vervolgens worden de resultaten besproken die voortkomen uit de dataverzameling en -analyse. Hierop volgend wordt in de discussie een kritische beschouwing geleverd op het onderzoeksproces en de resultaten, hetgeen resulteert in een conclusie waarmee antwoord gegeven wordt op de onderzoeksvraag. Na de conclusie volgen aanbevelingen voor vervolgonderzoek en de praktijk. Aan het eind volgt een referentielijst, waarin verwezen wordt naar de toegepaste literatuur. In de bijlagen, waarnaar verwezen wordt in dit afstudeeronderzoek, is relevante aanvullende informatie opgenomen.

Theoretisch kader

Relevante modellen

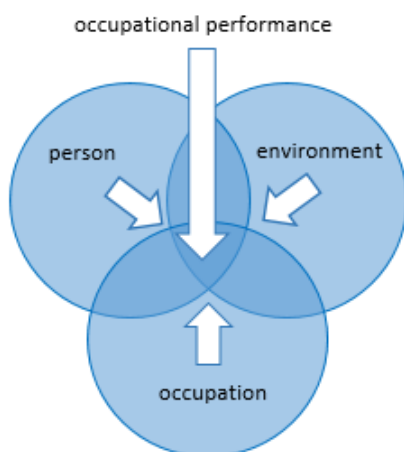
Hieronder worden een aantal inhouds- en procesmodellen beschreven, die relevant zijn voor het afstudeeronderzoek. Deze modellen bieden namelijk houvast bij het uitvoeren van een huisbezoek (PEO en Adviesmodel) en het implementeren van een technologische toepassing (UTAUT).

Ergotherapeuten gaan methodisch te werk, om structuur te bieden binnen het professioneel redeneren, waardoor het voor alle betrokkenen binnen het behandelproces duidelijk is dat keuzes doordacht, doelgericht en in dialoog met de cliënt worden gemaakt. Daarnaast blijkt hieruit dat de (hulp)vraag op een professionele manier wordt aangepakt om zo het dagelijks en maatschappelijk handelen van de cliënt (weer) mogelijk te maken (Logister-Proost & Steensels, 2012).

Het concept handelen staat centraal binnen het paradigma van de ergotherapie. Handelen wordt door Townsend en Polatajko (2007) en Hartingsveldt et al. (2010) beschreven als:

Het handelen is de uitvoering van activiteiten en taken; handelen is doelgericht, vindt plaats in de context en is gerelateerd aan de ervaring en de betekenis die de persoon eraan geeft. Het handelen bevat alle activiteiten en taken die mensen doen en/of waarbij zij betrokken zijn waardoor men voor zichzelf en anderen zorgt (wonen/zorgen), recreëert, ontspant en sociale contacten onderhoudt (spelen/vrije tijd) en deelneemt aan de maatschappij door onderwijs, arbeid of vrijwilligerswerk (leren/werken) (geciteerd in Satink & Van de Velde, 2012, p. 75).

Een van de uitgangspunten van het handelen is dat handelen het resultaat is van de dynamische interactie tussen de persoon, de activiteit en de context. Dit betekent dat handelen context-based is. Dit houdt in dat het altijd plaatsvindt in een context. Het **Person-Environment-Occupation Model**¹¹ (PEO) kan ingezet worden als een praktisch instrument om samen met de cliënt handelingsproblemen te analyseren. Het model dient als theoretisch kader voor het onderzoeken van persoon-omgevingsprocessen (Le Granse, Logister-Proost & Op de Beeck, 2012).



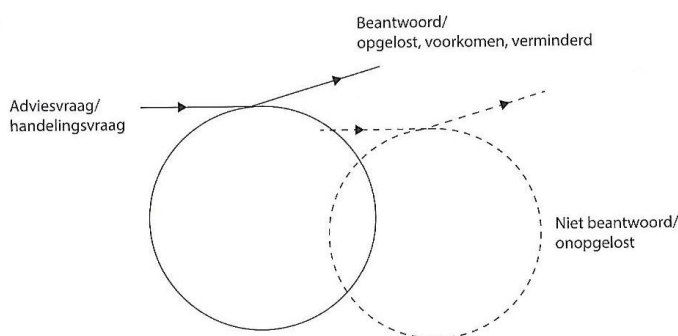
Figuur 1. PEO-model (Le Granse et al., 2012)

De structuur van het model maakt inzichtelijk dat het handelen van de cliënt (*occupation*) niet alleen bepaald wordt door het uitvoeren van activiteiten, taken en rollen van de cliënt maar ook door intrinsieke (*person*¹²) en extrinsieke factoren (*environment*¹³).

Het model geeft een drietal cirkels weer, die elkaar overlappen. Deze overlap vertegenwoordigt de uitvoer van het handelen, ofwel *occupational performance* (PEO-fit).

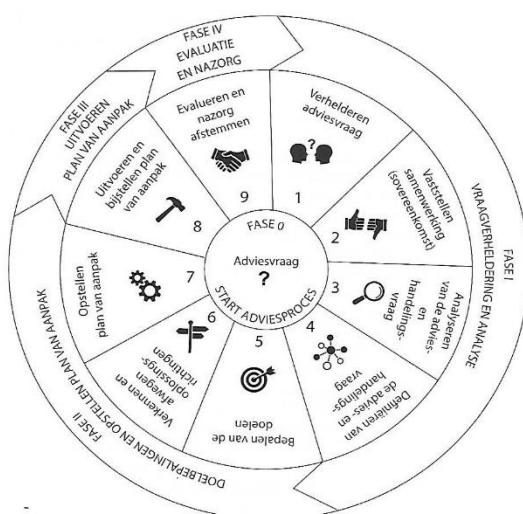
De focus van het model ligt op het (weer) mogelijk maken van betekenisvol handelen en hiermee de occupational performance te vergroten. Hoe groter de occupational performance, hoe meer tevredenheid de cliënt in zijn handelen zal ervaren (Van Hartingsveldt & Piškur, 2013). Het ergotherapeutisch huisbezoek heeft als doel deze occupational performance van de cliënt in de thuisomgeving te inventariseren en te vergroten (Satink & Van de Velde, 2012). De grootste invloed van het huisbezoek is op het gebied van environment, door de fysieke omgeving zo te vormen dat de cliënt en zijn activiteiten hier zo goed mogelijk op aansluiten. Dit kan bijvoorbeeld door aanpassingen, hulpmiddelen en voorzieningen in de thuisomgeving. Het uiteindelijke advies dat de ergotherapeut uitbrengt is altijd gericht op een of meer elementen uit het PEO-model en levert een nieuwe occupational performance op (De Veld, Lemette & Heijnsman, 2016). Daarnaast is dit advies gebaseerd op actuele wetenschappelijke inzichten.

Een veelgebruikt procesmodel bij adviseren is het **'ergotherapeutisch adviesmodel'**. Dit adviesmodel maakt het mogelijk voor ergotherapeuten om methodisch te handelen tijdens een adviesvraag. In de basis wordt een cyclisch proces gevolgd waarbij na één cyclus twee resultaten kunnen volgen, het kan voorkomen dat het een iteratief proces¹⁴ is. Het eerst mogelijke resultaat is dat na de cyclus de advies- of handelingsvraag beantwoord, voorkomen of verminderd is. Het tweede mogelijke resultaat is dat de advies- of handelingsvraag niet beantwoord of opgelost is en het cyclisch proces opnieuw doorlopen moet worden.



Figuur 2. Cyclisch proces van adviseren (De Veld et al., 2016)

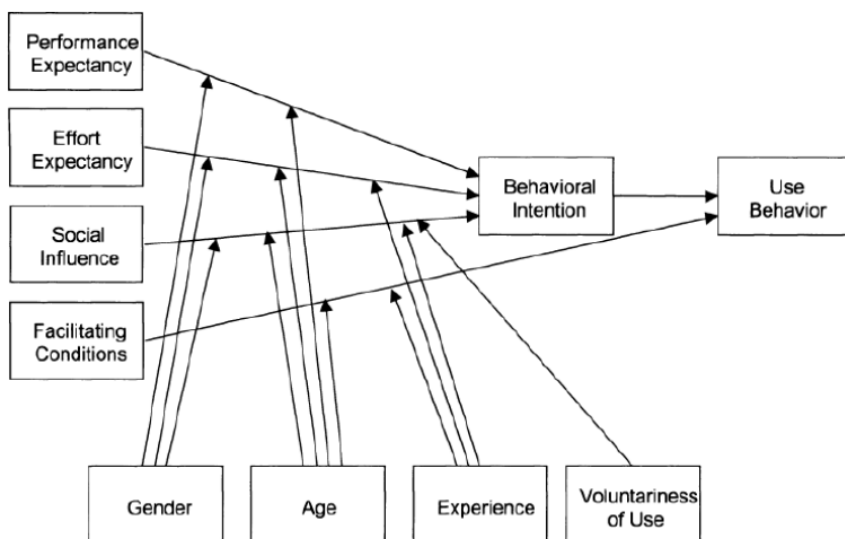
Het procesmodel bestaat uit vier fasen, deze zijn verder onderverdeeld in kleinere stappen.



Figuur 3. Ergotherapeutisch adviesmodel (De Veld et al., 2016)

Een huisbezoek, en dus eventueel het gebruik van ViVA, wordt vaak uitgevoerd in fase 1; *vraagverheldering en analyse*. In deze fase vindt kennismaking plaats tussen de ergotherapeut, de cliënt en het cliëntsysteem en wordt de adviesvraag verhelderd. In fase 4; *evaluatie en nazorg*, wordt vaak nog teruggekeken naar het huisbezoek en de aanpassingen die hierop volgend gedaan zijn (De Veld et al., 2016). Mogelijk kan, door doorontwikkeling van ViVA en/of de gebruikerservaringen van ergotherapeuten, het programma nog voor andere doeleinden ingezet worden, denk bijvoorbeeld aan digitale consulten. Dan zou het kunnen passen in andere fases binnen het adviesmodel. Op dit moment zijn dit aannames omdat hier nog geen onderzoek naar gedaan is.

In 2003 hebben Venkatesch et al. een inventarisatie gemaakt van alle, op dat moment, bestaande modellen en factoren over gebruikersgedrag, zoals de theorie van beredeneerde actie, het technologie-acceptatie-model, model van PC-interactie, innovatieverspreidingstheorie en sociaal cognitieve theorie. Venkatesch, et al. (2003) hebben deze gepresenteerd in een nieuw model Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT). Het betreft een individuele analyse per gebruiker van de technologie.



Figuur 4. Unified Theory of Acceptance of Technology (Venkatesch et al., 2003)

De UTAUT heeft als doel de intentie van de gebruiker om technologie te gebruiken en het daaropvolgend gebruikersgedrag uit te leggen. De theorie stelt dat vier sleutelconstructies (verwachtingen van de performance, verwachtingen van de kosten (performance effort¹⁵), sociale invloed en condities die faciliteren) directe determinanten zijn van gebruikersintentie en -gemak. Gender, leeftijd, ervaring en vrijwillige inzet zijn gepositioneerd om de impact van de vier sleutelconstructen op de gebruikersintentie te matigen. In het afstudeeronderzoek worden de factoren die in de UTAUT beschreven staan in acht genomen bij het achterhalen van de gebruikerservaring en de gebruikersintentie en worden hiertussen verbanden gelegd (Venkatesch et al., 2003). Het doel hiervan is dat een uitspraak kan worden gedaan over de intentie van de ergotherapeut om ViVA te gebruiken en een verklaring over het daaropvolgend gebruikersgedrag.

De inzet van eHealth

De gebruikers van de innovatie op het gebied van eHealth zijn de ergotherapeuten, de cliënten en het cliëntsysteem. Het is gevolglijk van belang om het perspectief van de ergotherapeut over de inzet van de eHealth toepassing te achterhalen. Zoals in de UTAUT beschreven, wordt de gebruikersintentie beïnvloed door de verwachtingen van de performance, verwachtingen van de kosten, sociale invloed en bevorderende factoren. De gebruikersintentie hangt af van een aantal factoren. Voorbeelden van deze factoren, afkomstig uit eerder onderzoek naar verschillende eHealth toepassingen, zijn hierop volgend beschreven.

Therapeuten vinden het belangrijk dat ze de meerwaarde van een eHealth toepassing inzien. Wanneer deze niet gezien wordt, wordt de kans op implementatie kleiner (Gagnon, Ngangue, Payne-Gagnon & Desmartis, 2016; Kayyali et al. 2017; Saigi-Rubió, Jiménez-Zarco & Torrent-Sellens, 2016). In het onderzoek van Swinkels et al. (2018) wordt geschreven dat professionele ondersteuning nodig is bij het gebruik van eHealth. Swinkels et al. (2018) noemen hierbij als voorbeeld duidelijk instructiemateriaal en een helpdesk. Ook wordt hier het belang aangehaald van tijd die de therapeuten moeten krijgen om het gebruik van eHealth te kunnen implementeren.

Het aspect van tijdsinvestering wordt in de onderzoeken van Kayyali et al. (2017) en Gagnon et al. (2016) vooral gezien als een belemmerende factor. Therapeuten zijn bang dat de werklust vergroot wordt en dat het gebruiken van een eHealth toepassing veel tijd in beslag neemt. Toch denken enkele therapeuten middels een eHealth toepassing makkelijker en sneller te kunnen communiceren, waardoor deze een eHealth toepassing zien als een bevorderende factor.

In de onderzoeken van Gagnon et al. (2016) en Kayyali et al. (2017) worden de kosten van de implementatie van eHealth gezien als een belemmerende factor. Daarbij wordt het verkrijgen van financiering als een bevorderende factor genoemd. In het onderzoek van Swinkels et al. (2018) wordt het belang van vergoedingen en financiële ondersteuning vanuit zorgverzekeraars aangehaald. Wanneer deze niet beschikbaar zijn wordt de kans voor therapeuten om eHealth te implementeren bemoeilijkt of zelfs ontnomen.

Als laatste zijn de technische aspecten vaak nog een belemmering bij het implementeren van eHealth. Hierbij gaat het voornamelijk over het ontwerp van de eHealth toepassing. Deze zijn vaak complex en hebben een beperkt aantal functies. Dit maakt het moeilijk voor therapeuten om de applicatie te gebruiken (Gagnon et al., 2016). Verder is slechte internetverbinding bij cliënten thuis ook een barrière voor de implementatie (Kayyali et al., 2017).

Bij het implementeren van een eHealth toepassing is het perspectief van de cliënt belangrijk, het heeft een sterke correlatie met de effectiviteit van een eHealth toepassing. De urgentie om de cliënten vroegtijdig te betrekken bij het ontwikkelen en implementeren van eHealth services is hoog. Het cliëntenperspectief is een belangrijke factor om mee te nemen gedurende het proces (Varsi et al., 2019).

Uit de literatuur worden verschillende voordelen beschreven die cliënten ervaren tijdens een consultatie op afstand. Zo ervaren cliënten een grote tijdsbesparing, omdat de cliënten normaliter veel tijd investeren in het reizen (Bleyel et al., 2019; Donaghy et al., 2019; Orlando, Beard & Kumar, 2019; Powell, Henstenburg, Cooper, Hollander & Rising 2017). Powell et al. (2017) schrijven over het feit dat consultatie op afstand ervoor zorgt dat cliënten minder vaak te laat komen en het gemakkelijker kunnen regelen van het gestructureerde leven rondom werk, studie en de zorg voor de kinderen, wat Donaghy et al. (2019) en Orlando et al. (2019) bevestigen.

Door het makkelijker kunnen regelen van het gestructureerde leven melden cliënten zich minder snel af (Donaghy et al., 2019). Een ander veelvoorkomend voordeel is het economische aspect. Door het minder reizen worden verschillende kosten bespaard en verliezen de cliënten minder inkomen door het missen van bijvoorbeeld werktijd (Bleyel et al., 2019; Donaghy et al., 2019; Gardner et al., 2015; Orlando et al., 2019; Powell et al., 2017). Doordat de interventie in de vertrouwde thuissituatie plaatsvindt, kan de sociale omgeving van de cliënten beter betrokken worden en meer zorg op maat wordt geleverd. Dit leidt ertoe dat de drempel tot het bezoeken van een zorgverlener lager is. Het hebben van de support uit de sociale omgeving kan ook voordelig zijn bij het delen van zeer persoonlijke en gevoelige informatie (Bleyel et al., 2019; Powell et al., 2017). Verder ervaren cliënten het gemak van thuis blijven en zich niet klaar te hoeven maken voor de afspraak als een belangrijk voordeel (Powell et al., 2017).

De meest voorkomende nadelen van consultatie op afstand zijn volgens Donaghy et al. (2019) en Powell et al. (2017) vooral op het gebied van techniek, zorgrelatie en privacy.

Op het gebied van techniek komt nadrukkelijk naar voren dat het mogelijk is dat een slechte verbinding kan ontstaan waardoor verschillende problemen naar voren kunnen komen zoals het ontstaan van haperingen in beeld en geluid of het abrupt afbreken van een afspraak. Verder kan het voorkomen dat cliënten niet gewend zijn om te praten via videocommunicatie, waardoor etiquette¹⁶ verwaterd en het gesprek niet vloeiend verloopt. Cliënten geven aan zich soms ongemakkelijk te voelen wanneer ze zich in een virtuele wachtruimte bevinden (Donaghy et al., 2019). Dit bevestigen Bleyel et al. (2019). Daarnaast wordt gerapporteerd dat een gebrek aan persoonlijkheid en empathie wordt ervaren. Uit de onderzoeken blijkt dat de zorgrelatie hetzelfde moet zijn als bij face-to-face contact, hier moet de therapeut dan de moeite voor doen tijdens de videoconsultatie. Verder komt uit onderzoek naar voren dat de voorkeur bestaat om het eerste contact face-to-face te doen zodat de cliënt zich comfortabeler voelt (Donaghy et al., 2019). Naarmate de cliënt comfortabel is met het opzetten van videocommunicatie en ervaring heeft met technologie begrijpt men ook de veiligheidsaspecten die erbij komen kijken (Gardner et al., 2015).

Over het algemeen kan verondersteld worden dat cliënten, die ervaring hebben met videocommunicatie, eerder open staan voor het gebruik van videocommunicatie en hier sneller tevreden over zijn ten opzichte van cliënten die geen ervaring hebben. De cliënt mét ervaring, verkiest videocommunicatie vaak boven een traditioneel consult (Gardner et al. 2015; Powell et al. 2017; Orlando et al. 2019). Daarnaast geven Powell et al. (2017), Orlando et al. (2019) en Gardner et al. (2015) aan dat cliënten met technische kwaliteiten ook eerder geneigd zijn om te kiezen voor een videoconsult. Echter, wanneer cliënten zich niet comfortabel voelen bij het gebruiken van videocommunicatie kan dit, ondanks de voordelen, resulteren in angst.

Gebruikerservaring

Om te verkennen of ergotherapeuten een meerwaarde zien in ViVA is het van belang de gebruikerservaring te achterhalen. Gebruikerservaring wordt door ISO (z.d.) beschreven als: de percepties en reacties van de gebruiker die voortvloeien uit het gebruik van een systeem, product of dienst. Om de gebruikerservaring na te kunnen gaan worden de volgende begrippen gehanteerd:

Bruikbaarheid	De mate waarin een systeem, product of dienst geschikt en relevant is om te worden gebruikt voor bereiken van gespecificeerde doelen in een gespecificeerde gebruik context (Proctor et al., 2010).
Efficiëntie	De verhouding tussen de gebruikte middelen (tijd, menselijke inspanning, kosten en materiaal) in verhouding tot de bereikte resultaten (ISO, z.d.).
Haalbaarheid	De mate waarin een innovatie met succes kan worden gebruikt of uitgevoerd binnen een bepaalde instelling (Proctor et al., 2010).
Tevredenheid	De mate waarin de fysieke cognitieve en emotionele reacties van de gebruiker, die voortvloeien uit het gebruik van het systeem, product of dienst voldoen aan de behoeften en verwachtingen van de gebruiker (ISO, z.d.).
Toegankelijkheid	De mate waarin producten, systemen, diensten, omgevingen en faciliteiten kunnen worden gebruikt door mensen uit een bevolking met de meest uiteenlopende gebruikersbehoeften, kenmerken en -capaciteiten om geïdentificeerde doelstellingen in geïdentificeerde gebruikscontexten te bereiken (ISO, z.d.).

2. Methode

ViVA is ontwikkeld door het ViVA-projectteam. Dit zijn professionals van the University of Sheffield en NHS Sheffield Teaching Hospitals, die ViVA naast ontwikkeld ook onderzocht hebben. Om de gedachte achter ViVA te leren kennen en het programma onder de knie te krijgen, zijn de onderzoekers van dit afstudeeronderzoek naar Sheffield gereisd. Hier hebben de onderzoekers een training gevolgd van het ViVA-projectteam en werd de mogelijkheid geboden om ViVA uit te proberen.

Om de onderzoeksvraag en de deelvragen te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van een tweeledige onderzoeksmethodiek, waarbij zowel kwalitatieve als kwantitatieve data zijn verzameld. Het kwalitatieve onderzoeksdesign had als hoofddoel om de gebruikerservaring van ergotherapeuten, die ViVA uitgeprobeerd hebben in een gesimuleerde praktijkcontext, te achterhalen door middel van semigestructureerde interviews. De kwantitatieve methodiek had de doelstelling om de bereidheid tot het gebruik en de mogelijke meerwaarde van ViVA te verkennen bij een diverse groep ergotherapeuten in verschillende praktijkcontexten. Deze ergotherapeuten hebben louter informatie gekregen over het programma en het dus niet getest. De verkenning gebeurde middels een online cross-sectionele vragenlijst. In het afstudeeronderzoek voerde het kwalitatieve design de hoofdmoot. Dit design wordt eerst toegelicht, waarna het kwantitatieve design volgt.

Kwalitatief design

Kwalitatief onderzoeksdesign

Om de onderzoeksvraag, gericht op de gebruikerservaring van ergotherapeuten, te beantwoorden is gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek¹⁷ met een fenomenologisch karakter¹⁸. De Boer & Smaling (2011) verklaren fenomenologie als een methode van praktische reflectie, die reflecteert op de verzamelde ervaringen in het menselijk bestaan. Wegens pragmatische factoren was het niet mogelijk om een gehele fenomenologische studie af te ronden. De nadruk lag op de persoonlijke ervaringen en de beleving van de ergotherapeuten, die ViVA daadwerkelijk hebben getest buiten hun dagelijkse werkzaamheden. Binnen het afstudeeronderzoek werd zowel deductief¹⁹ als inductief²⁰ geredeneerd. Aan het begin van het afstudeeronderzoek zijn verschillende literatuuronderzoeken gedaan naar belangrijke thema's. Hierdoor is het afstudeeronderzoek gebaseerd op bestaande theorieën over huisbezoeken en de toepassing van eHealth. Middels bestaande theorieën of onderzoek voorspellingen doen over variabelen en eventuele relaties hiertussen, wordt door Hsieh en Shannon (2005) omschreven als deductief onderzoek. Echter, is tot op heden geen theorie gevormd over een specifieke eHealth toepassing als ViVA. Het afstudeeronderzoek is gericht op ervaringen rondom ViVA. Hieruit komen nieuwe inzichten naar voren, waardoor het afstudeeronderzoek deels inductief is. Inductief onderzoek wordt door Scheepers et al. (2016) namelijk gedefinieerd als het behouden van de in woorden uitgedrukte betekenissen en interpretaties die voortkomen uit het onderzoek.

Werving van participanten voor het achterhalen van de gebruikerservaring

Voorafgaand aan het afstudeeronderzoek hebben twee zorgorganisaties, Zuyderland en Cicero, interesse getoond in het onderwerp van het afstudeeronderzoek. Dit onderwerp werd aangedragen door het Lectoraat Ondersteunende Technologie in de Zorg. Het contact met deze organisaties is tot stand gekomen vanuit de Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg, waarin Zuyd een partner is. Voor beide organisaties heeft één contactpersoon zich gemeld.

Deze twee contactpersonen zijn vervolgens benaderd om deel te nemen aan het kwalitatieve gedeelte van het afstudeeronderzoek. De contactpersonen dienden als schakel tussen de betrokken ergotherapeuten en het onderzoeksteam.

De volgende in- en exclusiecriteria²¹ vormden de basis voor de sampling van ergotherapeuten.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
De ergotherapeut voert, in de huidige praktijk, huisbezoeken uit.	De ergotherapeut heeft niet voldoende tijd en middelen om de handleiding en instructievideo door te nemen.
De ergotherapeut heeft minimaal vijf fysieke huisbezoeken uitgevoerd.	De ergotherapeut heeft niet voldoende tijd en middelen om het programma uit te proberen.
De ergotherapeut is werkzaam bij de organisatie Zuyderland of Cicero.	
De ergotherapeut beschikt over voldoende kennis van de Engelse taal om het programma te kunnen gebruiken.	

Figuur 5. In- en exclusiecriteria ergotherapeuten

Verhoeven (2014) beschrijft zelfselectie²² als een methode die gebruikt wordt wanneer voor een onderzoek proefpersonen nodig zijn die aan bepaalde voorwaarden moeten voldoen. In het bericht waarin deelnemers uitgenodigd worden om deel te nemen aan het onderzoek worden deze voorwaarden duidelijk benoemd. Voor het afstudeeronderzoek werd een bericht geplaatst op de Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg, waarin vermeld stond dat ergotherapeuten gezocht werden voor deelname aan dit afstudeeronderzoek waarbij deze ViVA daadwerkelijk moesten testen. Op deze manier is in het afstudeeronderzoek gebruik gemaakt van zelfselectie. De contactpersonen van de organisaties hebben vervolgens deelnemers aangedragen aan het onderzoeksteam die zodoende benaderd zijn voor deelname aan het afstudeeronderzoek. Boeije et al. (2009) beschrijven de manier van sampling waarbij via de eerste deelnemers namen verkregen worden van anderen die ook benaderd kunnen worden voor het onderzoek als snowball-sampling²³. Voorafgaand aan de definitieve inclusie hebben de ergotherapeuten per mail een informatiebrief en toestemmingsverklaring ontvangen (zie bijlage 1). Bij akkoord zijn de ergotherapeuten geïncludeerd in het afstudeeronderzoek.

Dataverzameling door middel van semi-gestructureerde interviews

De geïncludeerde ergotherapeuten hebben per mail een instructievideo en twee schriftelijke handleidingen (zie bijlage 2) ontvangen, welke gevormd zijn door het onderzoeksteam. De instructievideo was bedoeld voor de ergotherapeuten die gebruik maakten van ViVA. De handleidingen bevatten een document afgestemd op de cliënt, het andere document is gericht op de ergotherapeuten. Deze instructievideo en handleidingen dienden als ondersteuning voor de ergotherapeuten om ViVA uit te proberen. Wegens de maatregelen omtrent covid-19 konden de onderzoekers geen training geven aan de ergotherapeuten over ViVA. Om deze reden is het ondersteuningsmateriaal gevormd. Vanwege deze maatregelen hebben ergotherapeuten ViVA uitgetoetst met simulatiecliënten. Deze simulatiecliënten waren de ergotherapeuten zelf of leden uit het sociaal netwerk van de ergotherapeut. Voor deze simulatiecliënten zijn ondersteunende casussen (zie bijlage 3) gevormd als referentie naar de reguliere beroepspraktijk. De ergotherapeuten hebben gedurende zes weken ViVA uit kunnen proberen.

Om de gebruikerservaring van de ergotherapeuten over ViVA te achterhalen is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Deze methode geeft meer inzicht in specifieke beweegredenen, gedachten of argumenten van individuen in een specifieke situatie (Wouters et al., 2016).

Binnen de semigestructureerde interviews werd gebruik gemaakt van een interviewgide (zie bijlage 4). In deze interviewgide is de formulering van de vragen vooraf vastgelegd. Daarnaast lag de volgorde vast, maar deze kon veranderen naar aanleiding van het verloop van het gesprek. Een voordeel van de voorstructurering van vragen was dat de onderzoeker kon sturen welke onderwerpen tijdens het gesprek in ieder geval aan bod zouden komen, zonder de participant vast te pinnen op een specifieke verwoording hierbinnen. Daarnaast leidde het gebruik van de interviewgide ertoe dat alle ergotherapeuten binnen iedere deelcategorie dezelfde vragen kregen voorgelegd en dat de interviews zo vergelijkbaar mogelijk waren.

De interviewgide is verdeeld in drie thema's: de ervaring met fysieke huisbezoeken, de gebruikerservaring met ViVA en de verwachtingen van de performance en de effort van ViVA. Deze thema's waren de indicatie voor de initiële vragen en vormden de rode draad binnen het interview. Voorafgaand aan deze hoofdonderwerpen werden korte introductievragen gesteld over de professional zoals *"Kunt u kort iets over uzelf als professional vertellen?"* Deze vragen hadden als doel de ergotherapeut op het gemak te stellen en vertrouwen te geven in de capaciteit de vragen te beantwoorden. Bleijenbergh (2013) en Heldens en Reysoo (2005) geven aan dat het belangrijk is om deelnemers aan een interview het vertrouwen te geven dat ze capabel zijn om de vragen te kunnen beantwoorden. Daarnaast gaf het voor de onderzoekers een basis om de meer inhoudelijke vragen aan te passen op het referentiekader van de ergotherapeut.

Daaropvolgend werd een brug geslagen naar de inhoudelijke vragen, passend bij de vooraf opgestelde thema's. Deze thema's zijn bepaald aan de hand van de reeds bestaande literatuur. Het eerste thema was de ervaring met fysieke huisbezoeken. Dit thema startte met een open vraag om diepe interactie uit te lokken en de participant het vertrouwen te geven antwoord te kunnen geven op de vragen. Daarnaast werd gestreefd om door de open vragen met het narratief²⁴ karakter bijvangst in informatie uit te lokken *"Hoe ervaart u het doen van fysieke huisbezoeken?"*. Na de ruim open beginvraag werden open vragen gesteld over onderwerpen die uit de literatuur naar voren gekomen, bijvoorbeeld over de organisatorische factoren die invloed kunnen hebben op de afweging of iemand wel of niet een huisbezoek uitvoert. Daarnaast werd een kennisvraag gesteld over de gemiddelde kosten van een fysiek huisbezoek. Heldens en Reysoo (2005) geven aan dat het gebruik van kennisvragen een risico vormt omdat het niet weten van een antwoord kan leiden tot een ongemakkelijk gevoel of het geven van een willekeurig antwoord. Echter werd deze vraag toch gesteld, omdat dit deelonderwerp niet terugkwam in de bestaande literatuur maar wel belangrijk was in de afweging of ViVA potentie heeft in de Nederlandse context. Om de ergotherapeut vertrouwen te geven en niet af te schrikken voor de rest van de vragen was het belangrijk dat de interviewer duidelijk maakte dat het niet op de hoogte van de kosten zijn ook een antwoord op de vraag was.

Het tweede thema dat aan bod kwam was de gebruikerservaring over ViVA. Hetgeen wederom met een open vraag ingeleid werd: *"Hoe ervaart u ViVA?"*. Vervolgens werd gevraagd naar de bruikbaarheid van het online platform. Hierbij werd gebruik gemaakt van een begripsoperationalisatie. Dit betekent dat het begrip bruikbaarheid niet in de vraag genoemd werd, maar wel de uitleg van het begrip. *"ViVA wordt in de huidige vorm gebruikt als alternatief voor het fysieke huisbezoek. De doelstelling van het uitvoeren van een huisbezoek blijft hierbij gelijk. In welke mate ervaart u dat middels ViVA deze doelstelling bereikt kan worden?"*.

De deelonderwerpen, horend bij de gebruikerservaring, kwamen vervolgens aan bod. *“Hoe ervaart u het programma in gebruik?” “Hoe ervaart u de toegankelijkheid van ViVA?” “Hoe ervaart u de efficiëntie van het gebruik?” “Bent u tevreden met het programma?”*.

Deze deelonderwerpen werden allen gevolgd door bijbehorende deelvragen, voortkomend uit de bestaande literatuur en afwisselend open en gesloten gesteld.

Het laatste onderwerp was de verwachtingen omtrent de performance en de effort. Dit onderwerp is afgeleid uit het UTAUT-model dat inzicht geeft in de intentie tot gebruik van een innovatie. Dit thema werd ingeleid door een open vraag over de implementatie van ViVA binnen de organisatie, met deelvragen over ondersteunende factoren, beperkingen en haalbaarheid. Vervolgens werd het cliëntperspectief nagegaan door middel van de vraag *“Welke invloed heeft ViVA op het zorgproces tussen therapeut en cliënt”* en de deelvragen over de zorgrelatie, verwachte ervaringen van de cliënt en wat de cliënt nodig heeft om gebruik te maken van ViVA. Een beknopt deelonderwerp van de interviewgids was de mogelijke toepassingen van ViVA, welke als volgt belicht werd *“Hoe kan ViVA nog meer toegepast worden binnen de ergotherapie?”*.

De eindvraag van het interview was *“Hoe ziet u het uitvoeren van een huisbezoek over een aantal jaar en kan ViVA hierin een rol spelen?”* Dit was beoogd zodat de ergotherapeut een beknopte toekomstvisie kon schetsen, met een toekomstperspectief op ViVA.

Het interview is afgesloten door de ergotherapeut de mogelijkheid te geven zijn informatie aan te vullen of onderwerpen aan te stippen die nog niet in het interview naar voren waren gekomen. Aansluitend werd het vervolg uitgelegd en werd de ergotherapeut bedankt voor de deelname aan het interview.

Voorafgaand aan de interviews met geïnccludeerde ergotherapeuten hebben twee pilotinterviews plaatsgevonden met twee externe ergotherapeuten in opleiding, die stage-ervaring hadden met het doen van huisbezoeken. Na het afnemen van deze pilotinterviews zijn een aantal aanpassingen gedaan in de interviewgids. Zo is de inleiding ingekort en de volgorde van de openingsvraag en het eerste thema omgedraaid. Verder is bij een aantal termen de definitie van de term genoemd in plaats van de term zelf. Om de context van het gebruik van ViVA beter te concretiseren is een vraag toegevoegd over hoe bekend de participant was met de woning van de simulatiecliënt. Ook is nagedacht over het feit van het anonimiseren van de opname. De onderzoekers hebben besloten om niet de naam en de organisatie van de ergotherapeut te noemen, maar alleen het nummer van het interview.

De interviews met de geïnccludeerde ergotherapeuten zijn digitaal afgenomen. Dit heeft plaatsgevonden via Microsoft Teams, daar dit programma aan de ISO27001 norm voldoet en de privacywetgeving waarborgt. De interviews zijn opgenomen door middel van de dictafon op de mobiele telefoon van de onderzoeker en zijn vervolgens opgeslagen op een beveiligde OneDrive opslaglocatie en verwijderd van de telefoon.

Analyse van de data uit de semi-gestructureerde interviews

De semigestructureerde interviews zijn getranscribeerd in een Word-document. Ieder transcript heeft een code gekregen, welke met het sleuteldocument te herleiden is naar de geïnterviewde ergotherapeut. Nadat van het transcript een samenvatting gevormd is, vond een membercheck plaats. De geïnterviewde ergotherapeut ontving de samenvatting en kreeg zo de mogelijkheid de data aan te vullen en/of feedback te geven. Hierbij was het belangrijk om te achterhalen of de visie van de ergotherapeut voldoende terugkwam.

De ergotherapeut had vijf werkdagen om de samenvatting aan te vullen en feedback te geven. Wanneer de vijf dagen verstreken waren, werd aangenomen dat de ergotherapeut geen op- of aanmerkingen had op de samenvatting.

Hsieh en Shannon (2015) beschrijven meerdere manieren om data te analyseren, voorbeelden hiervan zijn de directed content analysis²⁵ en de conventional content analysis²⁶. Deze twee manieren zijn in dit afstudeeronderzoek gebruikt. De data zijn geanalyseerd door middel van directed content analysis aangezien gebruik is gemaakt van vooraf bepaalde deductieve thema's. Echter kon niet alle informatie uit de interviews onder deze vooraf bepaalde thema's geschaard worden. Om deze reden zijn nieuwe inductieve thema's gevormd die aansluiten op het naturalistisch paradigma²⁷ en niet gebaseerd zijn op bestaande theorieën, hetgeen past bij conventional content analysis.

Allereerst werden de data gereduceerd op een manier waarbij essentiële inhoud behouden bleef. Vervolgens werd het transcript van het eerste interview, aan de hand van meaning values, door alle onderzoekers individueel gecodeerd door middel van thema's en codes voortkomend uit de literatuur. Data die niet gecodeerd konden worden met de bestaande thema's en codes werden door de onderzoekers gezamenlijk geïdentificeerd en geanalyseerd om te bepalen of deze een nieuwe code moesten vormen. Tijdens de interviews kwam bijvoorbeeld het veiligheidsaspect herhaaldelijk naar boven, waardoor hieraan een code gewijd is (zie bijlage 5). Een overzicht van alle thema's met bijbehorende codes is weergegeven in een boomdiagram (zie bijlage 6). Het boomdiagram is als volgt opgebouwd; aan de linkerkant is het thema weergegeven. Het thema is onderverdeeld in verschillende hoofdcodes, welke op hun beurt zijn gesplitst in sub codes. In het boomdiagram zijn de inductieve-codes onderstreept en dik gedrukt.

Kwantitatief design

Kwantitatief onderzoeksdesign

Als aanvulling op de kwalitatieve data, heeft een explorerende²⁸ kwantitatieve²⁹ dataverzameling plaatsgevonden. Deze dataverzameling gaf antwoord op de deelvraag over de verwachting en de bereidheid van een diverse groep ergotherapeuten om ViVA te gebruiken in hun praktijkcontext. Dit gebeurde bij een groep ergotherapeuten die ViVA niet uitgetprobeerd hebben. De vraag werd beantwoord met behulp van een cross-sectionele vragenlijst. Een cross-sectionele vragenlijst stelt de variatie tussen gevallen vast op één moment in de tijd (Verhoeven, 2011). Voor deze methode is gekozen om in korte tijd een grote, diverse groep te kunnen benaderen en met kwantitatieve gegevens de kwalitatieve uitkomsten in de context te kunnen plaatsen.

Werving van respondenten voor het achterhalen van de bereidheid tot het gebruik van ViVA

Om de onderzoeksvraag over de verwachting en de bereidheid van het gebruik van ViVA van een diverse groep ergotherapeuten te kunnen beantwoorden, was het van belang om een diverse groep ergotherapeuten te benaderen. Deze groep heeft louter informatie gekregen over ViVA en het programma dus niet getest. De ergotherapeuten zijn verworven middels zelfselectie. Het bericht dat gedeeld werd op de Facebookpagina van REN-Limburg, de Facebookpagina van Ergotherapie Zuyd Hogeschool, het Facebook en LinkedIn-netwerk van de onderzoekers en via de mail, naar ergotherapeuten uit het netwerk van de onderzoekers, omvatte informatie van het afstudeeronderzoek en een omschrijving van de voorwaarden waaraan de ergotherapeuten moesten voldoen, om deel te nemen aan het afstudeeronderzoek, namelijk dat de ergotherapeut minimaal vijf huisbezoeken heeft uitgevoerd tijdens zijn carrière. Ook is gebruik gemaakt van snowball-sampling, doordat de ergotherapeuten binnen het netwerk van de onderzoekers de vragenlijst hebben verspreid binnen hun netwerk.

Dataverzameling door middel van een cross-sectionele vragenlijst

Door middel van een online cross-sectionele vragenlijst werden gedurende drie weken kwantitatieve data verzameld (zie bijlage 7). Door middel van de vragenlijst zijn subjectieve gegevens beschrijvend geobjectiveerd (Wouters et al., 2016). Deze gegevens blijven echter wel subjectief.

In een vragenlijst is de mogelijkheid tot het uitdiepen van individuele gedachten en motieven van de ergotherapeuten beperkt (Alles Over Marktonderzoek, 2019), waardoor bij sommige vragen gebruik is gemaakt van toelichtingsmogelijkheden, om rijkere data te genereren. Verhoeven (2011) beschrijft dat het gebruik maken van toelichtingsmogelijkheden kan leiden tot de verdieping van onderzoeksdata. De vragenlijst startte met een korte introductie waarin de ergotherapeut informatie kreeg over zowel het onderzoeksteam, het doel van het afstudeeronderzoek en de dataverwerking. De introductie werd gevolgd door een beknopte beschrijving van ViVA, zodat de ergotherapeut een beeld kreeg van het programma. Daarna werd informatie verstrekt omtrent de lengte van de vragenlijst. Hierbij werd nadrukkelijk benoemd uit hoeveel vragen de vragenlijst bestond en dat het invullen ongeveer tien minuten in beslag zou nemen. Onderzoekstool (z.d.) beschrijft dat de respons op een vragenlijst wordt verhoogd wanneer een respondent duidelijk geïnformeerd wordt over het doel en de gang van zaken.

Nadat de pragmatische zaken zijn toegelicht, kwamen de vragen aan bod. De vragen zijn opgedeeld in vier thema's: algemene gegevens, huisbezoeken zoals ze tegenwoordig uitgevoerd worden, de bruikbaarheid van ViVA en de bereidheid en potentie om ViVA te gebruiken. De vragenlijst bestond uit twaalf open en twintig gesloten vragen, waarbij geen gebruik werd gemaakt van skips³⁰. Het Bureau of Labor Statistics (z.d.) beschrijft dat het weglaten van skips leidt tot het waarborgen van complete data. Bij de gesloten vragen zijn een aantal antwoordmogelijkheden gegeven waar de ergotherapeut een of meerdere antwoorden kon geven. Deze antwoorden vormden de basis voor de data die de onderzoekers hebben gebruikt voor de kwantitatieve analyse. Als onderdeel van de gesloten vragen zijn acht schaalvragen opgenomen. Deze stonden in het teken van de mate van bereidheid tot het gebruik van ViVA in vergelijking met een fysiek huisbezoek op basis van factoren afkomstig uit de bestudeerde literatuur. Dit werd bevraagd na de informatie over ViVA. De variabelen van de schaalvraag werden gemeten op ordinaal niveau. Bij een ordinaal meetniveau is sprake van een rangordening (Verhoeven, 2018). De schaalvragen zijn opgebouwd uit keuzemogelijkheden van: 'helemaal oneens' tot 'helemaal eens'. In de vragenlijst is gekozen voor schaalvragen omdat dit de subjectieve informatie van iedere ergotherapeut vergelijkbaar kan maken in frequentie. Hierdoor kon een overzicht gecreëerd worden van de meest gekozen afweging en van de meest genoemde en naar belangrijkheid geschaalde factoren.

Analyse van de data uit de cross-sectionele vragenlijst

In de analyse van de kwantitatieve gegevens uit de vragenlijst werd gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek³¹. De Boer & Van Groningen (2012) omschrijven beschrijvende statistiek als het beschrijven van kenmerken van een groep door middel van kengetallen. De analyse is gedaan door middel van het programma SPSS Statistics. De open vragen en toelichtingsmogelijkheden werden alle kwalitatief geanalyseerd.

De vragenlijst begon met enkele vragen over de persoonskenmerken van de ergotherapeut, dit waren leeftijd, geslacht en jaren werkzaam als ergotherapeut. Uit deze gegevens werd de gemiddelde leeftijd en jaren werkervaring bepaald met daarnaast de verhouding tussen het aantal mannen, vrouwen en mensen die zich anders definiëren.

Verder werd uitgevraagd in welke praktijkcontext en met welke leeftijdsgroep de ergotherapeut werkzaam is. Deze gegevens zijn geanalyseerd door middel van frequentietabellen.

Vervolgens zijn data geanalyseerd die betrekking hadden op fysieke huisbezoeken, beginnend met de motieven voor het uitvoeren van fysieke huisbezoeken. In deze vraag zijn door de onderzoekers vijf motieven opgesteld, waaruit de ergotherapeut een of meerdere kon kiezen. De hieruit verkregen data werden geanalyseerd door middel van het bepalen van de frequenties per motief. Hierna zijn vragen gesteld over de gehele tijdsduur van een huisbezoek, inclusief reistijd. Verder zijn de gemiddelde kosten van een huisbezoek gevraagd aan de ergotherapeuten die aangaven hier een inschatting van te kunnen maken. Over de tijdsduur en kosten zijn gemiddelden of medianen³² berekend, hetgeen afhankelijk was van de spreiding van de data.

Na de focus op de huidige fysieke huisbezoeken volgde het thema over ViVA. Dit thema werd ingeleid met uitleg over het programma. Vervolgens werd gevraagd een cijfer van 0-10 te geven over de bereidheid tot het gebruik van ViVA, waarvan het gemiddelde berekend is. Hierbij moest de ergotherapeut ook een toelichting geven. Nadien volgde open vragen over de voor- en nadelen en bevorderende en belemmerende factoren van het gebruik van ViVA. Aansluitend werden stellingen over organisatorische factoren en de mate van invloed hiervan bevraagd, waarop de ergotherapeut op een ordinale schaal antwoord gaf. Deze data zijn geanalyseerd door middel van frequentietabellen van het voorkomen van het gegeven antwoord. De invloed van de organisatorische factoren heeft de ergotherapeut vervolgens geprioriteerd op mate van belangrijkheid in de afweging ViVA wel of niet te gebruiken. Deze gegevens zijn vervolgens geanalyseerd door middel van het berekenen van de gemiddelde positie van iedere organisatorische factor. Hierna volgde vragen over de potentie en haalbaarheid van ViVA binnen de praktijkcontext van de ergotherapeut, met een hierbij horende toelichting. Hierbij zijn frequenties en percentages berekend over de verhouding wel/geen potentie. In de analyse zijn daarnaast verschillende variabelen aan elkaar gekoppeld, zoals de bereidheid en potentie met praktijkcontext en doelgroep. Hiermee werd getracht een verband aan te tonen tussen deze variabelen bijvoorbeeld of ergotherapeuten die werkzaam zijn in de revalidatiesetting een hogere potentie zien dan ergotherapeuten in de ouderenzorg.

Kwaliteitsborging

In het afstudeeronderzoek zijn alle onderzochte begrippen geoperationaliseerd. Dit wil zeggen dat precies is omschreven wat met de begrippen bedoeld werd (Van den Heuvel, 2009). Deze begripsoperationalisatie werd toegepast in de onderbouwing van de interviewgide, de interviewgide zelf en de vragenlijst. Door het operationaliseren werd de begripsvaliditeit gewaarborgd (Verhoeven, 2013).

Frambach, Van der Vleuten & Durning (2013) beschrijven dat methodological, data, theory en investigator triangulatie³³ bijdragen aan de geloofwaardigheid van het afstudeeronderzoek. Binnen het afstudeeronderzoek is dit gewaarborgd door gebruik te maken van verschillende onderzoeksmethoden en bijbehorende dataverzamelingen. Voorafgaand en tijdens het afstudeeronderzoek is bestaande literatuur vergeleken en gecombineerd. In het gehele afstudeeronderzoek hebben de onderzoekers alle stappen en uitkomsten in gezamenlijkheid opgezet en geëvalueerd.

Verder is een proefinterview afgenomen. Middels dit proefinterview is achterhaald of een geïnterviewde die niet betrokken is geweest bij het afstudeeronderzoek de vooropgestelde vragen begrijpt, en of de vragen geïnterpreteerd werden zoals de onderzoekers beoogd hadden.

Frambach et al. (2013) beschrijven dat een membercheck³⁴ leidt tot het vergroten van de geloofwaardigheid. In dit afstudeeronderzoek heeft een membercheck plaatsgevonden door een samenvatting van de transcripten op te sturen naar de geïnterviewde ergotherapeuten, waarna deze de mogelijkheid hadden de data aan te vullen en/of feedback te geven. De onderzoekers hebben bewust gekozen voor het versturen van een samenvatting, in plaats van het hele transcript, om de leesbaarheid te vergroten en te controleren of de interpretaties van de onderzoekers juist waren. Bij de membercheck was het belangrijk om te achterhalen of de visie van de participant voldoende terugkwam.

Om de reproduceerbaarheid te waarborgen zijn alle stappen binnen het afstudeeronderzoek in detail beschreven, zoals de werving en inclusie van ergotherapeuten, de resultaten en de context. Het in detail beschrijven van alle stappen noemen Frambach et al. (2013) thick discription. Verder werden de bevindingen vergeleken met bestaande literatuur. Om de betrouwbaarheid te vergroten werd iterative data analysis toegepast. Hierbij werden de gegevens continu opnieuw geanalyseerd, met inzichten die naar voren kwamen tijdens de voorgaande analyses, bijvoorbeeld wanneer nieuwe inductieve codes gevormd werden. Daarnaast hebben de onderzoekers zich flexibel en open opgesteld ten opzichte van het proces en de thema's (flexibel emergent research design). Zo is gebruik gemaakt van twee analysemethoden, namelijk conventional en directed content analyses, om een passend kader te bieden voor de verzamelde data. Frambach et al. (2013) beschrijven dat bovengenoemde methoden de consistentie van een onderzoek vergroten.

Frambach et al., 2013 beschrijven dat peer debriefing en audit trail bijdragen aan het voorkomen van onderzoekersbias³⁵. Het onderzoeksproces en de bevindingen van de onderzoekers zijn besproken met experts (peer debriefing). Verder zijn de genomen stappen en besluiten gedurende het afstudeeronderzoek onderbouwd (audit trail). Als laatste zijn de afgenomen interviews opgenomen en opgeslagen. Volgens Verhoeven (2013) is een onderzoek verifieerbaar wanneer de verkregen data opgenomen en opgeslagen zijn.

Tijdens het proces van analyseren is de kwaliteit vergroot doordat gestreefd is naar intercodeurbetrouwbaarheid. Dit houdt in dat meerdere codeurs dezelfde codes toekennen aan hetzelfde materiaal. In het begin van het coderingsproces hebben de onderzoekers individueel het eerste transcript gecodeerd. De resultaten van deze coderingen zijn onderling besproken en bijgesteld. Dit is net zolang gedaan totdat de onderzoekers de neiging hadden om dezelfde codes toe te passen.

Voor het vergroten van de interne validiteit is getracht een zo groot mogelijke steekproef te realiseren. Door deze grote steekproef werd de betrouwbaarheid vergroot, aangezien dezelfde vragen veelvuldig werden beantwoord. Verhoeven (2013) geeft aan dat een grote steekproef ertoe leidt dat de kans op toevallige fouten kleiner wordt. In het kwantitatieve gedeelte van het afstudeeronderzoek werd in de vragenlijst nauwkeurig beschreven wat VIVA inhoudt en waren de randvoorwaarden voor alle ergotherapeuten gelijk. Frambach et al. (2013) beschrijven dat een nauwkeurige uitleg van de interventie en gelijke randvoorwaarden de interne validiteit van een onderzoek vergroten.

Voor de betrouwbaarheid is de vragenlijst meermaals ingevuld door de onderzoekers en externe betrokkenen, zodat consistentie in de vragen ontstond en deze altijd op dezelfde manier geïnterpreteerd werden. Frambach et al. (2013) beschrijven dat de objectiviteit van een onderzoek vergroot wordt wanneer de respondenten geheel anoniem blijven, de gegevens goed bewaard, beveiligd en geheel naar waarheid geanalyseerd worden. Deze methodes zijn in het afstudeeronderzoek toegepast.

Ethische overwegingen

De deelnemende ergotherapeuten van het gehele afstudeeronderzoekonderzoek zijn geïnformeerd met betrekking tot privacyaspecten binnen het afstudeeronderzoek. De ergotherapeuten van het kwalitatieve deel van het afstudeeronderzoek zijn geïnformeerd middels een informatiebrief. De deelnemende ergotherapeut heeft middels deze brief een weloverwogen keuze kunnen maken over het al dan niet deelnemen aan het afstudeeronderzoek. Hiervoor hebben de ergotherapeuten één week de tijd gekregen. Bij de informatiebrief is een toestemmingsverklaring gevoegd. De ergotherapeuten werd gevraagd om bij akkoord de toestemmingsverklaring te ondertekenen. Wouters et al. (2016) betogen dat één week de maximale tijd is voor het ondertekenen van toestemmingsverklaring. Ook één onderzoeker van het onderzoeksteam heeft deze verklaring ondertekend. Door middel van deze verklaring is gewaarborgd dat deelname geheel vrijwillig is geweest en dat de onderzoekers de gegevens, ten goede van het afstudeeronderzoek, hebben mogen gebruiken. De deelnemende ergotherapeuten van het kwantitatieve deel van het afstudeeronderzoek zijn geïnformeerd in de introductie vragenlijst. Op basis van deze informatie hebben de ergotherapeuten een weloverwogen keuze kunnen maken over het al dan niet invullen van de vragenlijst. Wanneer de ergotherapeuten de vragenlijst hebben ingevuld, zijn deze akkoord gegaan met de voorwaarden dat deelname geheel vrijwillig is geweest en dat de onderzoekers de gegevens, ten goede van het afstudeeronderzoek, hebben mogen gebruiken. Verder zijn de ergotherapeuten vooraf geïnformeerd over de lengte en de duur van de vragenlijst. Daarnaast is duidelijk aangegeven wat de inclusiecriteria waren voor het invullen van de vragenlijst en hiermee deelname aan het afstudeeronderzoek. Hiermee werd voorkomen dat ergotherapeuten de vragenlijst invulden en deze informatie vervolgens niet gebruikt kon worden.

De anonimiteit van de deelnemende ergotherapeuten is gewaarborgd door geen gebruik te maken van daadwerkelijke persoonsgegevens. Enkel het geslacht, de leeftijd en de werkcontext is bekend. Op deze manier is het, wanneer een data-lek optreedt, niet mogelijk voor externen om te achterhalen van wie de informatie afkomstig is.

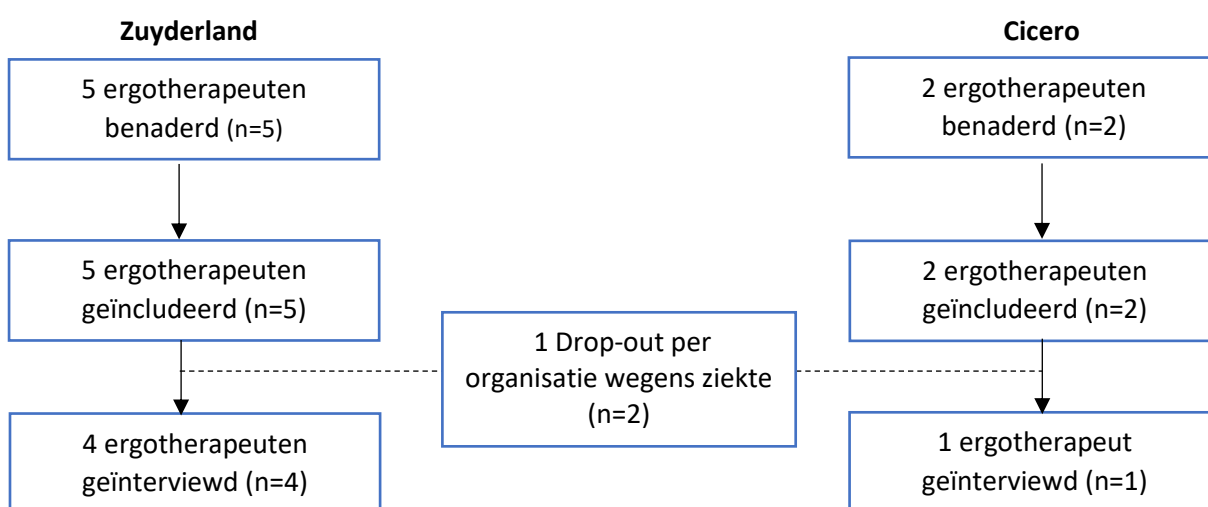
De geanonimiseerde ruwe onderzoeksdata zijn opgeslagen op een specifieke schijf voor onderzoeksdata van Zuyd Hogeschool. Deze onderzoeksdata blijven tien jaar bewaard. De specifieke schijf voor onderzoeksdata is gehost op een extra beveiligde server. De transcripten zijn uitgewerkt in een document, waarin elk transcript voorzien was van een code.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van dit afstudeeronderzoek beschreven. De resultaten van zowel het kwalitatieve als het kwantitatieve deel zijn beschreven aan de hand van deductieve en inductieve thema's.

Gebruikerservaring ViVA van ergotherapeuten

Binnen het kwalitatieve gedeelte van dit afstudeeronderzoek, hebben vijf vrouwelijke ergotherapeuten uit de praktijk deelgenomen aan de interviews. De ergotherapeuten zijn momenteel werkzaam binnen twee instellingen, Zuyderland en Cicero. De **werkervaring** in jaren varieert van drie jaar tot 26 jaar werkzaam. De ergotherapeuten hebben binnen hun carrière uitsluitend ervaring opgedaan met het behandelen van volwassenen en ouderen.



Figuur 6. Geïnccludeerde ergotherapeuten

De geïnterviewde ergotherapeuten zijn momenteel overwegend werkzaam binnen de ouderenzorg. Een enkele ergotherapeut komt daarnaast ook in aanraking met volwassenen. De werkzaamheden die de ergotherapeuten uitvoeren, hebben zowel betrekking op intramurale³⁶ als extramurale³⁷ zorg. De intramurale zorg omvat vooral de zorg omtrent revalidatie, PG- en somatiek-afdelingen, waarbij cliënten verblijven in de instelling. Voor een huisbezoek dienen deze cliënten naar huis vervoerd te worden. Onder de extramurale werkzaamheden vallen vooral de eerstelijns hulpvragen, hierbij kan men denken aan valpreventie en valangst. De cliënten van de extramurale zorg wonen thuis en voor een huisbezoek hoeft dus alleen de ergotherapeut naar de thuisomgeving te reizen.

Binnen zowel de intra- als extramurale zorg, komt **adviseren** veel aan bod. Binnen de intramurale zorg wordt vooral geadviseerd omtrent rolstoelen. Daarnaast wordt geadviseerd omtrent de thuissituatie, dit kan verschillende doeleinden hebben. Ten eerste kunnen adviezen uitgebracht worden met betrekking tot het terugkeren naar de thuissituatie vanuit het revalidatiecentrum. En ten tweede kunnen adviezen gegeven worden aan mensen die extramurale zorg ontvangen, om deze zo lang en veilig mogelijk zelfstandig thuis te laten functioneren. Bij beide doeleinden kan het realiseren van hulpmiddelen en/of aanpassingen een rol spelen. Twee ergotherapeuten hebben de nascholing 'Adviseren aan mantelzorgers' gevolgd.

Een **motief** om een **fysiek huisbezoek** uit te voeren is het achterhalen of mensen, met de beperking die ze op dit moment ervaren, in hun woning kunnen functioneren en indien dit niet het geval is, waar de handelingsproblemen zich voordoen. Hierbij wordt niet alleen gekeken naar de toegankelijkheid³⁸ en doorgankelijkheid³⁹ van de woning, maar wordt ook geïnventariseerd wat eventueel zou moeten worden aangepast. Een huisbezoek kan bijvoorbeeld ingezet worden om een beeld te schetsen van de transfer van de praktijk naar de thuissituatie. Hierbij wordt een inschatting gemaakt of het realistisch is om (weer) thuis te gaan handelen.

“Wij als ergotherapeuten willen gewoon zien, hoe iemand in de thuissituatie handelt. Want iemand kan hier wel dingen laten zien, maar dat wil niet zeggen dat ‘ie het in de thuissituatie ook kan.” [2]

Daarnaast wordt door één ergotherapeut het ziekte-inzicht van de cliënt aangehaald.

“Iemand kan wel zeggen van ‘ja ik kan dat thuis wel’, maar vervolgens het eigenlijk thuis niet kunnen, zich overschatten of geen ziekte-inzicht hebben”. [2]

Verschillende ergotherapeuten halen aan dat ze tijdens een fysiek huisbezoek een **gevoel bij de situatie** krijgen. Dit gevoel kan gekoppeld worden aan het kunnen functioneren van de cliënt in de woning.

“Ik heb een beetje voor mezelf de vergelijking gemaakt. Ik ben vorig jaar op zoek gegaan naar een andere woning en als je dan op Funda bijvoorbeeld kijkt naar woningen met foto's en plattegronden en desnoods ook nog een 3D filmpje erbij. Dat geeft een heel uitgebreid beeld, maar het geeft voor mij toch niet het beeld wat je hebt als je daadwerkelijk de woning gaat bezoeken.” [3]

De ergotherapeuten geven aan dat ze het liefst een derde persoon, uit het cliëntsysteem, bij het huisbezoek betrekken. Eén van de ergotherapeuten geeft aan dit als belangrijkste factor te zien voor het wel of niet door kunnen gaan van een huisbezoek.

“Het liefst heb je eigenlijk dat familie mee gaat op huisbezoek. Of in ieder geval een directbetrokkene [...] Ook omdat je dan met die persoon [...] kan overleggen van wat er thuis nodig is, wat moet er geregeld worden?” [2]

Ook de grootte van een **sociaal netwerk** is van invloed op het kunnen plannen van een huisbezoek. Eén ergotherapeut geeft aan dat wanneer een sociaal netwerk beperkt is, dit het lastig maakt om een huisbezoek te **plannen**. Een andere ergotherapeut vindt vooral dat de betrokkenheid van het sociale netwerk invloed heeft.

“Stel je voor als iemand maar één dochter heeft die wel heel betrokken is en dan is het makkelijker om op huisbezoek te gaan dan dat die vijf kinderen heeft die verspreid over het hele land wonen en minder betrokkenheid hebben of minder mogelijkheden hebben.” [3]

Andere **stakeholders** die van invloed zijn bij het plannen van een fysiek huisbezoek zijn bijvoorbeeld een verpleegkundige of de thuiszorg.

De **indicatie** voor een huisbezoek wordt binnen beide organisaties besproken tijdens een multidisciplinair-overleg⁴⁰. Het signaal voor het uitvoeren van een huisbezoek kan vanuit elke betrokkene komen, denk aan een fysiotherapeut, een arts of een mantelzorger.

Wanneer een huisbezoek is geïndiceerd, is het afhankelijk van het doel van de inventarisatie, welke **activiteiten** worden ondernomen. Hierbij kan men denken aan het in kaart brengen van het handelen van de cliënt in de thuissituatie of het inventariseren van de toegankelijkheid van de woning. De therapeut kan dit op verschillende manieren vormgeven, zo kan men gebruik maken van assessments en functionele opdrachten.

Een belangrijke factor om te waarborgen, is de **veiligheid** tijdens het handelen. Het merendeel van de ergotherapeuten geeft aan dat veiligheid van de cliënt een kernwaarde is waarbij de verantwoordelijkheid bij de ergotherapeut ligt. Deze verantwoordelijkheid willen ze niet bij de directbetrokkene neerleggen.

Voor het uitvoeren van een huisbezoek geeft de meerderheid aan gebruik te maken van een **zelf opgestelde standaard**. Twee ergotherapeuten vullen dit aan met onderdelen van het formulier van Ergotherapie Nederland. Na het uitvoeren van een huisbezoek, dient de ergotherapeut een rapportage met hierin de bevindingen op te stellen. Eén ergotherapeut geeft aan, dat binnen de organisatie waarin deze werkzaam is, gebruik gemaakt wordt van een **standaard rapportageformat** vanuit de organisatie. De overige ergotherapeuten geven aan dat deze gebruik maken van een zelf opgesteld formulier om te rapporteren. Vanuit de rapportage komen adviezen voort, welke vervolgens gedeeld worden met de belanghebbenden, denk aan de WMO of mantelzorger. Indien het advies het verschaffen van hulpmiddelen betreft, zorgt de therapeut voor de aanvragen om deze te realiseren.

De **frequentie** van huisbezoeken varieert van twee à vier per maand tot twee à drie per week. Dit is met name afhankelijk van de doelgroep en de hulpvraag. Hierbij gaat het grotendeels om huisbezoeken waarin men behandelt. Tevens wordt aangehaald dat het aantal beschikbare uren om ergotherapeutische diensten te verlenen, een belangrijke factor is bij het aantal huisbezoeken.

Alle ergotherapeuten geven aan dat het landelijke beleid en de regelgeving omtrent de zorg het niet toe staat dat de therapeuten de cliënt vervoeren middels een privé-vervoersmiddel. Volgens één ergotherapeut maakt dit het **vervoer** rondom een huisbezoek ingewikkeld, hierbij geeft deze aan dat dit wegens verzekeringstechnische beweegredenen is. Wanneer een cliënt intramuraal zorg ontvangt, is vervoer naar de thuissituatie noodzakelijk.

Indien geen bedrijfsauto's ter beschikking zijn, wordt de verantwoordelijkheid voor het vervoer van de cliënt naar de thuissituatie bij het cliëntensysteem gelegd. Indien de cliënt een beperkt sociaal netwerk heeft, kan dit moeilijkheden opleveren.

“Natuurlijk ook het vervoer wat erbij komt kijken. Laatst had ik bijvoorbeeld een cliënt [...]. Deze mevrouw had een heel beperkt sociaal netwerk [...] dan is het wel heel lastig om dat huisbezoek te regelen. Want hoe ga je die mevrouw thuiskrijgen? [...]. Want wij gaan zelf niet de cliënt zomaar in de auto meenemen. En een bedrijfsauto hebben we niet. [...] uiteindelijk hebben we ervoor gekozen om een reguliere taxi te bellen [...]. Dus het is eigenlijk altijd wel op te lossen. [...]. Dat kost wel gewoon veel tijd.” [2]

De **totale tijdsduur** van een fysiek huisbezoek bedraagt zo'n twee tot twee en een half uur. Dit wordt gevolgtijdsduur ervaren als een grote tijdsinvestering. De gemiddelde duur van een huisbezoek, bij de cliënt thuis, is één tot anderhalf uur, dit is afhankelijk van de doelgroep, de vraag en de woonsituatie.

[...] heel erg afhankelijk van de vraag. Als ik kijk naar [...] de woning, kan iemand die in het verpleeghuis woont thuis op bezoek gaan? Wat zijn daar voor aanpassingen voor? Ja, dat heb je vaak binnen een half uur [...] gezien. Als je meer gaat kijken naar het functioneren [...] dan is een uur ook wel heel snel om en dan kun je ook op anderhalf uur uitkomen. [3]

Daarnaast valt de reistijd onder de totale tijdsduur van een huisbezoek. De reistijd van en naar de cliënt wordt door de ergotherapeuten verschillend omschreven. De maximale reistijd varieert tussen 15 en dertig minuten. Een aantal ergotherapeuten geeft aan dat de maximale reistijd 15 minuten bedraagt. De andere ergotherapeuten houden een maximale reistijd van twintig tot dertig minuten aan.

Alle ergotherapeuten vinden het lastig om een inschatting te maken van de **kosten** van een fysiek huisbezoek. Eén van de ergotherapeuten schat de kosten op een paar honderd euro, een andere op negentig euro voor één uur, waarbij de toeslag aan huis is meegeteld. Meerdere ergotherapeuten noemen de toeslag aan huis, die door verzekeringen wordt uitgekeerd. Deze toeslag wordt geschat op ongeveer twintig euro en dekt de kosten voor een deel.

Het wel of niet doorgaan van een huisbezoek is afhankelijk van de eigen werkdagen van de ergotherapeut. Eén therapeut geeft aan de huisbezoeken meestal in de middag te plannen, omdat deze in de ochtend veel andere werkzaamheden heeft.

Het verschilt per ergotherapeut of een huisbezoek gemakkelijk gepland kan worden. Zo geeft één van de ergotherapeuten aan dat deze het makkelijk kan **plannen** vanwege de vrijheid die deze heeft om de eigen planning in te delen. Eén van de ergotherapeuten geeft aan dat een huisbezoek uiteindelijk altijd gepland kan worden.

Alle ergotherapeuten hebben ViVA **getest** met simulatiecliënten. De ergotherapeuten van Zuyderland hebben het onderling getest, waarbij ze gebruik hebben gemaakt van de casussen die de onderzoekers hebben opgesteld. Hierdoor kon de collega, als simulatiecliënt, zich beter inleven en vanuit die redenatie bedenken wat nodig zou zijn voor een eventueel ontslag. Bij de ergotherapeut van Cicero heeft een familielid als simulatiecliënt gefungeerd. Gemiddeld hebben de ergotherapeuten ViVA twee keer getest. Bij het testen waren de ergotherapeuten op kantoor of thuis en liet de simulatiecliënt de eigen woning zien. De meesten ergotherapeuten waren nog niet bekend met de woning van de simulatiecliënt, een enkeling kende alleen de benedenverdieping van het huis. Tijdens het uitproberen hebben de ergotherapeuten voornamelijk gekeken naar de **functionaliteiten** van het programma en zo een indruk gekregen van het uitvoeren van een online huisbezoek. Ergotherapeuten geven aan het lastig te vinden om een inschatting te maken hoe een 'echte' cliënt zou reageren op ViVA. Daarnaast vindt een van de ergotherapeuten het lastig om iets te zeggen over de resultaten, omdat de test beperkt was en veel technische problemen optraden. Bij deze technische problemen kan gedacht worden aan problemen omtrent het inloggen, het maken van nieuwe accounts en afspraken en het optreden van cross-calling waarbij therapeuten met een verkeerde simulatiecliënt in contact werd gebracht.

Eén ergotherapeut geeft aan dat ViVA een uitkomst kan bieden voor de belemmeringen rondom het **vervoer** bij een fysiek huisbezoek. Hierbij gaat het dan om cliënten waarbij niemand uit het cliëntsysteem aanwezig is of die buiten een straal van zeven en een halve kilometer wonen en het feit dat een therapeut de cliënt mee moet nemen op huisbezoek. Uit de interviews komt naar voren dat ViVA een besparing van **reistijd** en dus **kosten** oplevert.

Wanneer een huisbezoek via ViVA zou plaatsvinden, is een **extra persoon** nodig om bepaalde handelingen uit te voeren. Denk hierbij aan het filmen van de cliënt en het meten van bepaalde maten. Eén van de ergotherapeuten geeft aan dat een mantelzorger bij de ouderen doelgroep vaak niet digitaal vaardig is.

"... maar binnen onze doelgroep met de ouderen [...] dat vaak dan de mantelzorgers niet heel technisch zijn of niet weten hoe ze de mobiele telefoon moeten gebruiken en dat maakt het natuurlijk wel een stukje lastiger." [5]

Met ViVA is het makkelijker om een huisbezoek te **plannen**, omdat het makkelijker ergens tussendoor kan. Ook kan makkelijker met de werkende cliënten afgestemd worden.

Het merendeel van de ergotherapeuten geeft aan dat de **fysieke veiligheid** niet gewaarborgd kan worden tijdens een online huisbezoek, omdat de ergotherapeuten zelf niet aanwezig zijn en iemand uit het cliëntsysteem de cliënt dient te filmen.

"[...] het stukje waarborgen van veiligheid van de cliënt bij het huisbezoek vond ik wel lastig. [...] Ik zou er op afstand wel een tenenkrommend gevoel bij hebben van 'oh gaat dit allemaal wel goed', bij het uitvoeren van transfers, bij het trap oplopen bijvoorbeeld. [3]

De verantwoordelijkheid voor de veiligheid van de cliënt kan niet bij de familie neergelegd worden en de ergotherapeuten blijven eindverantwoordelijk voor de cliënt.

Eén van de ergotherapeuten geeft ook aan dat de cliënten met valgevaar geen activiteiten zou laten uitvoeren wanneer het huisbezoek via ViVA gedaan wordt.

Het grootste deel van de ergotherapeuten geeft aan dat het contact via ViVA **onpersoonlijk** voelt. Dit wordt genuanceerd wanneer men de cliënt al kent en het gebruik van ViVA dus toegelicht kan worden. Verder geven de ergotherapeuten aan dat ze het lastig vinden om een gevoel bij de situatie te krijgen.

Het merendeel van de ergotherapeuten geeft aan dat het nadeel van ViVA is dat veel en duidelijke **instructie** nodig is om een huisbezoek goed te laten verlopen. Eén van de ergotherapeuten vertelt dat de instructie cliëntafhankelijk is en dat het waarschijnlijk steeds makkelijker wordt wanneer het vaker gedaan wordt.

“[...] dat mis ik dan ook weer een beetje in een online huisbezoek [...] een cliënt kan zichzelf eigenlijk niet filmen als hij de bedtransfer uitvoert. Dan zou je eigenlijk al de naaste moeten laten doen. Ja, niet altijd is er iemand bij. Plus, ja je moet dan eigenlijk wel heel duidelijke instructies geven aan de directe betrokkene, van hoe die de camera moet houden. Want wij willen toch eigenlijk vanuit meerdere hoeken zien hoe iemand iets doet.” [2]

Ergotherapeuten vragen zich af of een **betrouwbaar** beeld gevormd kan worden van de woning van de cliënt. Verder bestaan twijfels of de metingen, die door de cliënt of diens naaste uitgevoerd worden, wel betrouwbaar zijn.

Over de **bruikbaarheid** van ViVA wordt wisselend gedacht. Drie ergotherapeuten geven aan dat met ViVA niet hetzelfde doel bereikt kan worden als bij een fysiek huisbezoek. Het belangrijkste argument hiervoor is het feit dat het handelen in de thuissituatie gemist wordt. Eén van de ergotherapeuten benoemd hierbij dat dit het missen van het handelen dan ook niet opweegt tegen de tijdsbesparing die ViVA oplevert. Verder geeft een ergotherapeut aan dat niet gezegd kan worden of de woning geschikt is, omdat de beeldvorming niet compleet is.

“Mijn grootste angst is dat ik niet alles zie wat ik ga zien. Ik merk heel vaak op huisbezoeken dat er ergens nog wel een hobby kamertje is of een ruimte waar ze de deur graag dicht houden omdat daar of te veel rommel ligt of weet ik wat, maar dan is dat net wel een ruimte waar de cliënt in valt. Dus ja ergens ben ik bang dat ik dat over het hoofd ga zien.” [5]

Een van de ergotherapeuten zegt het volgende over het missen van de informatie:

“[...] het resultaat, nee, dan mis ik gewoon te veel informatie. Maar of het het programma is [...] ik kan me ook voorstellen dat het een stukje ervaring is, als ik dit twintig keer gedaan heb dat ik dan wel iets beter in staat ben om een woning helemaal te ervaren [...]” [3]

Verder geven verschillende ergotherapeuten aan dat het niet zelf kunnen **meten** wel een belemmering is bij het gebruik van ViVA. Om aanpassingen te realiseren denkt een ergotherapeut dat een fysiek huisbezoek vereist is. Twee ergotherapeuten geven echter aan dat met ViVA wél hetzelfde doel bereikt kan worden als met een fysiek huisbezoek. De ergotherapeuten benoemen hierbij dat de woning visueel duidelijk en betrouwbaar in kaart gebracht wordt en dat ViVA goed is om de toe- en doorgankelijkheid te onderzoeken. Daarbij verklaren de ergotherapeuten dat het gebruik van ViVA handig is voor onverwachte situaties.

De, door de onderzoekers aangeboden, **ondersteunende handleiding en instructievideo** is ruim voldoende om met ViVA aan de slag te gaan. Het enige dat hierin gemist wordt is uitleg over de terugkeer van show-records voor foto's en video's naar het hoofdscherm.

Over het algemeen zijn de ergotherapeuten tevreden over het **gebruik** van ViVA. Wanneer het programma goed werkt is het makkelijk in gebruik. Na de testfase hebben de ergotherapeuten het gevoel ViVA onder de knie te hebben. De functie die het mogelijk maakt om foto's en video's te maken wordt door bijna alle ergotherapeuten als waardevol gezien.

“Ook de opties die erop zitten, dus om inderdaad een foto te maken, een video te maken dat vind ik dan wel heel waardevol erbij. Want dat doe ik ook vaak bij een huisbezoek [...], dat ik nog eventjes nog met een collega kan overleggen. Hoe zou je het in deze situatie oplossen, want ja een visueel beeld geeft veel meer handvaten om een woning te beschrijven.”

[2]

Eén van de ergotherapeuten vindt het comfortabel dat de link, die naar de participant wordt gestuurd, een tijdslimiet heeft en dus niet altijd open blijft staan. Eén ergotherapeut vindt het prettig dat alles opgeslagen is in één bestand. Verder wordt de functie om notities te kunnen maken als prettig ervaren. Eén van de ergotherapeuten vindt het notitie vak echter erg klein en geeft aan dat de notities hierdoor oppervlakkig worden. Daarentegen geven drie therapeuten aan dat ze het prettig zouden vinden als een formulier of protocol toegevoegd kan worden zodat de verslaglegging prettig gedaan kan worden. Eén ergotherapeut ervaart het als voordeel dat een naaste gevraagd kan worden om iets op te meten en dat hier dan direct aantekeningen bij gemaakt kunnen worden. Een andere ergotherapeut geeft echter aan dat deze een functie mist waarmee gemeten kan worden. Bij het gebruiken van de functie om de camera te draaien valt de audio weg en bij één ergotherapeut functioneerde de audio helemaal niet. Twee ergotherapeuten benoemen dat wanneer zonlicht in het scherm of de camera valt het beeld niet duidelijk weergegeven wordt. Wel wordt hierbij door de ergotherapeuten aangegeven dat onbekend is of dit aan ViVA ligt of bijvoorbeeld aan de camera van de telefoon. Eén van de ergotherapeuten merkt op dat de cliënt kan het idee krijgen alsof deze tegen een telefoon aan het praten is wanneer de camera van ergotherapeut tijdens het huisbezoek kleiner in beeld is.

Qua **toegankelijkheid** geven ergotherapeuten aan dat met de juiste ondersteuningsmaterialen, handleiding en video, alle ergotherapeuten binnen de organisaties gebruik zouden kunnen maken van ViVA. De voornaamste reden hiervoor is de ervaren eenvoudigheid van gebruik en bediening van ViVA. Eén ergotherapeut vraagt zich af of oudere collega's dezelfde visie en vaardigheid hebben op het gebied van technologie en of ze dus bereid zijn met het programma te werken. Een andere ergotherapeut geeft echter aan dat deze het oudste van het team is en geen beperkingen ziet in het werken met ViVA.

Het gebruik van ViVA met cliënten is sterk afhankelijk van de cliëntenpopulatie. De ergotherapeuten geven aan dat ViVA, vanuit het verwachte cliëntperspectief, makkelijk in gebruik is. Echter hangt dit samen met de kennis en vaardigheden van de cliënt omtrent het gebruik van digitale middelen en de fysieke capaciteiten van deze cliënt. Alle ergotherapeuten werken met een oudere cliëntpopulatie, waarbij de digitale vaardigheden veelal beperkt zijn. Dit leidt ertoe dat de ergotherapeuten inschatten dat ViVA niet toegankelijk is voor deze cliëntengroep. Gevolglijk wordt een beroep gedaan op het cliëntsysteem. Mantelzorgers van deze oudere cliëntengroep zijn regelmatig ook al op leeftijd, waardoor de ergotherapeuten inschatten dat de digitaal vaardigheid van deze mantelzorgers ook beperkt is. De **toegankelijkheid** van ViVA is afhankelijk van de beschikbaarheid van een geschikte telefoon of tablet, waarover niet alle cliënten beschikken. Wanneer een cliënt vervolgens ook een beperkt cliëntsysteem heeft en dus geen toestel van een naaste gebruikt kan worden, is het huisbezoek niet uitvoerbaar. Echter is een nuance dat de cliëntpopulatie die niet over digitale middelen of vaardigheden beschikt, in de tijd, steeds kleiner wordt.

De **tijdinvestering** voorafgaand aan het huisbezoek middels ViVA wordt voornamelijk gevuld door het doornemen van de handleiding en het aanmaken van therapeut en cliënt. Dit is een eenmalige investering. Eén ergotherapeut geeft aan dat het aanmaken van de link voor een huisbezoek gelijk staat aan de tijdinvestering voor het maken van een afspraak. ViVA maakt dat één ergotherapeut aangeeft flexibeler om te kunnen gaan met de planning van de huisbezoeken, wat als **efficiënt** wordt ervaren. De tijd die gespendeerd wordt in de thuisomgeving is bij een huisbezoek middels ViVA ongeveer even groot als bij een fysiek huisbezoek. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door het geven van meer instructie aan cliënt en -systeem.

Eén ergotherapeut geeft aan dat ViVA efficiënter werkt. Echter meldt een andere ergotherapeut dat de tijdsbesparing niet opweegt tegen de ervaren effectiviteit van ViVA.

De **tevredenheid** onder de ergotherapeuten verschilt. De een geeft aan heel tevreden te zijn over hoe het programma in gebruik is, de ander spreekt dit tegen. Dit wordt genuanceerd doordat de ergotherapeut aangeeft dat het een hele andere manier van werken is, welke men niet gewend is. Wanneer het vaker toegepast zou worden, en dan met name bij 'echte' cliënten, zou de ergotherapeut hier wellicht anders in staan. Een andere ergotherapeut geeft aan dat wanneer de technische mankementen worden opgelost, deze heel tevreden zou zijn over het programma.

"[...] als de technische mankementen eruit zijn, dan ben ik echt wel heel tevreden over hoe het programma in elkaar steekt." [2]

Binnen de interviews zijn een aantal **motieven** om ViVA al dan niet te gebruiken naar voren gekomen. Een therapeut geeft aan dat ViVA geschikt zou zijn voor het inventariseren van de toe- en doorgankelijkheid in het kader van veiligheid. Daarnaast wordt het feit dat ViVA tijdens onvoorziene situaties een uitkomst zou zijn vaak als motief genoemd. Wanneer fysieke huisbezoeken niet mogelijk zijn kan ViVA dus een oplossing bieden. Hierdoor kunnen cliënten toch geholpen worden. Ook de tijdsfactor wordt vaak benoemd, ViVA kan niet alleen zorgen voor tijdsbesparing, maar kan hierdoor ook worden ingezet in situaties van tijdnood.

Meerdere ergotherapeuten kaarten aan dat een fysiek huisbezoek meer informatie oplevert dan een online huisbezoek. Middels ViVA is het lastiger om een beeld van de hele woning te krijgen. Hierdoor geeft een tweetal ergotherapeuten aan dat ViVA niet geschikt is wanneer ondersteunende middelen of hulpmiddelen verstrekt dienen te worden, in het kader van advisering.

“[...] vind ik een fysiek huisbezoek wel echt meer van meerwaarde dan een online huisbezoek.” [2]

Het merendeel van de ergotherapeuten acht het minder goed tot niet kunnen waarborgen van de fysieke veiligheid van de cliënt en het totaalplaatje van het handelen niet in beeld krijgen, als de twee grootste beperkende factoren van een online huisbezoek. Bij twee ergotherapeuten gaat de voorkeur dan ook duidelijk uit naar een fysiek huisbezoek ten opzichte van een online huisbezoek. Een andere ergotherapeut geeft aan dat deze mogelijkheden ziet bij het gebruiken van ViVA, maar wat deze precies zijn en of het zou passen bij zowel de therapeut als cliënt, vindt de ergotherapeut moeilijk in te schatten. Deze ergotherapeut denkt dat ViVA uiteindelijk lonend kan zijn, hierbij is het van groot belang dat per cliënt een afweging wordt gemaakt omtrent de geschiktheid van ViVA voor de casus.

“Maar ik denk uiteindelijk wel dat het zich kan lonen, ik zie er wel echt toekomst in.” [4]

Bij alle ergotherapeuten werkt ViVA niet op het systeem van de organisatie, hetgeen veroorzaakt wordt door de software beveiliging die ViVA niet toelaat.

Daarnaast geven alle ergotherapeuten aan dat het sterk beperkend is dat ViVA enkel werkt op Android toestellen. Bij het testen van ViVA zijn een aantal technische problemen opgetreden, bijvoorbeeld het niet kunnen inloggen. Voor implementatie is dit niet wenselijk, omdat wegens deze technische problemen een huisbezoek niet door zou kunnen gaan. Deze technische problemen moeten opgelost worden, willen ergotherapeuten bereid zijn ViVA in te zetten. Daarnaast geven ergotherapeuten aan het belangrijk te vinden dat de privacygegevens beschermd worden en het niet wenselijk is dat het onderzoeksteam uit Sheffield deze gegevens in kan zien.

Over de **implementatie** van ViVA binnen de organisatie wordt wisselend gedacht. Ergotherapeuten noemen voor de implementatie een aantal voorwaarden. Op technisch gebied is dit het goed functioneren van ViVA, inclusief beveiliging van gegevens en privacy, en de ICT-mogelijkheden van de organisatie zelf. Daarnaast geeft een tweetal ergotherapeuten aan ondersteuning van het management en collega's als voorwaarde te zien. Ergotherapeuten zien de mogelijkheid om ViVA als aanvulling te gebruiken naast een fysiek huisbezoek. Eén ergotherapeut stelt voor om per week één keer fysiek op huisbezoek te gaan en twee keer via ViVA. ViVA wordt hierbij dan ook als beeldbeprogramma ingezet. Een andere voorwaarde die genoemd wordt is de beschikbaarheid van een afgesloten ruimte, van waaruit de ergotherapeut kan bellen, zodat deze niet gestoord wordt.

De ergotherapeuten kaarten aan dat in **Nederland** de tendens heerst om eHealth een steeds belangrijke rol te laten spelen in cliëntbehandeling en -ondersteuning. Dit is ook iets waar zorgverzekeraars op aandringen.

“De vraag van de zorgverzekeraars ligt al jaren voor het toepassen van eHealth. Ik denk (...) dat we hebben laten zien dat er meer mogelijk is dan dat we zelf inschatten.” [4]

Vier geïnterviewde ergotherapeuten vinden ViVA enigszins **onpersoonlijk**, dit ondanks dat de therapeut iedere cliënt vooraf kent en dus al een bepaalde band heeft opgebouwd. Sommige ergotherapeuten geven aan dat veel oudere cliënten zich veiliger voelen wanneer de ergotherapeut in de fysieke nabijheid is, hetgeen niet met ViVA te bereiken is. Echter geeft een ergotherapeut aan dat de manier waarop je iets overbrengt aan de cliënt van sterke invloed is of de cliënt enthousiast is of niet. ViVA kan vervolgens voor het eerst **geïmplementeerd** worden bij een nieuwe cliënt waarbij de ergotherapeut nog nooit op huisbezoek is geweest en dus niet weet wat de eerdere standaard was. Op deze manier leert men het onafhankelijke **cliëntperspectief** kennen. Het moet echter wel beoordeeld worden of een cliënt en het cliëntsysteem ViVA kunnen gebruiken.

De ergotherapeuten benoemen naast hun eigen werkveld, nog de **toepassingsmogelijkheden** in andere praktijkcontexten. De praktijkcontext die relatief vaak terugkomt is de eerste lijn. De ergotherapeuten noemen verschillende toepassingsmogelijkheden in praktijkcontexten, bijvoorbeeld in de rol van adviseur om kleinschalige aanvragen en indicaties voor woningaanpassingen te beoordelen, in de verstandelijke gehandicaptenzorg voor het inrichten van een kamer of voor werkplekergonomie in een arbeidsgerelateerde praktijkcontext.

Ergotherapeuten zien, met betrekking tot de functies van ViVA, nog andere **toepassingsmogelijkheden**. Zo zien de ergotherapeuten de mogelijkheid om ViVA in te zetten tijdens een intake, behandelsessie of evaluatie. Daarnaast kan ViVA ingezet worden om een eerste indruk van de woning te krijgen, dit kan bijvoorbeeld als aanvulling dienen in de intake. Verder kan ViVA gebruikt worden bij het indiceren van hulpmiddelen. Als laatste wordt een optie gezien om ViVA in te zetten bij contact tussen professionals.

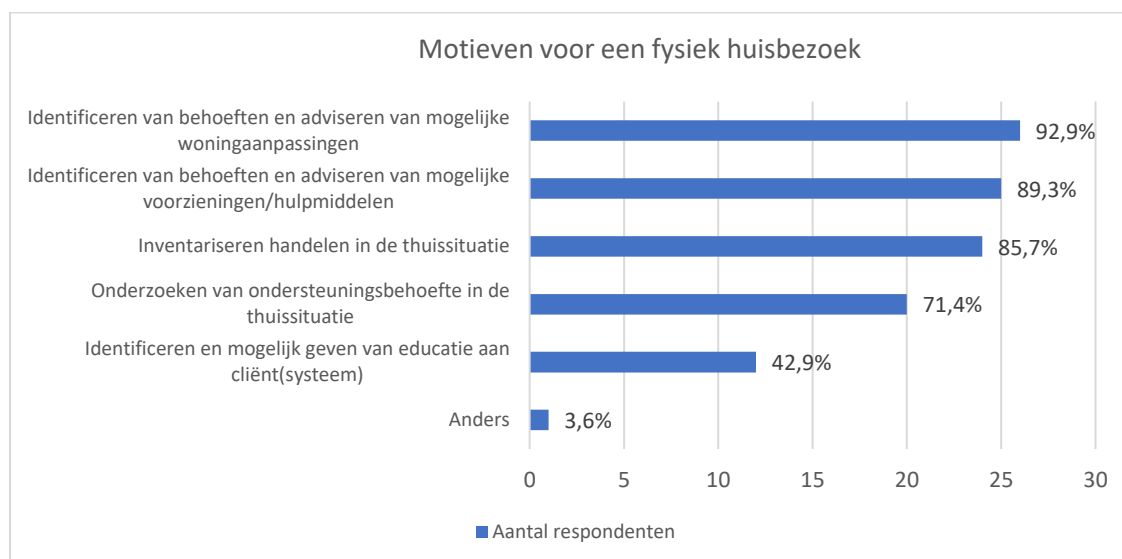
“Ik kan me ook zomaar voorstellen dat bijvoorbeeld de specialist ouderengeneeskunde op consult gaat en zegt van 'goh he, bij een ergotherapeut plan even wat tijd vrij misschien bel ik je op dat je even kunt meekijken in de thuissituatie en dan zou het wel natuurlijk makkelijk zijn via ViVA want dan kun je gelijk je aantekeningen en gelijk de dingen zien, daar zie ik ook wel mogelijkheden in. Dus inderdaad als professionals onderling daar gebruik van kunnen maken.” [4]

Verkenning bereidheid van diverse groep ergotherapeuten

De vragenlijst is ingevuld door 28 ergotherapeuten (N=28), met een gemiddelde leeftijd van 33 jaar. De onderzoekspopulatie bestond uit 24 vrouwen en 4 mannen, waarvan het grootste deel werkzaam is in de eerste lijn (n=15). Verder zijn de ergotherapeuten werkzaam in de revalidatiesetting (n=11), ouderenzorg (n=8) en psychiatrie (n=1). 7 ergotherapeuten zijn werkzaam in meerdere praktijkcontexten.

Binnen de praktijkcontexten werken de ergotherapeuten het meest met ouderen (n=23), gevolgd door volwassenen (n=15), kinderen (n=10) en jongvolwassenen (n=6).

In onderstaande grafiek worden verschillende **motieven** genoemd voor het uitvoeren van een huisbezoek met hierbij de frequenties hoe vaak deze motieven genoemd zijn. Dit betreft een gesloten vraag met meerdere antwoordmogelijkheden. De ergotherapeuten konden meerdere antwoorden invullen. 1 ergotherapeut noemt als toegevoegd motief bij de antwoordmogelijkheid 'Anders': direct veel observeren en persoonlijk contact.

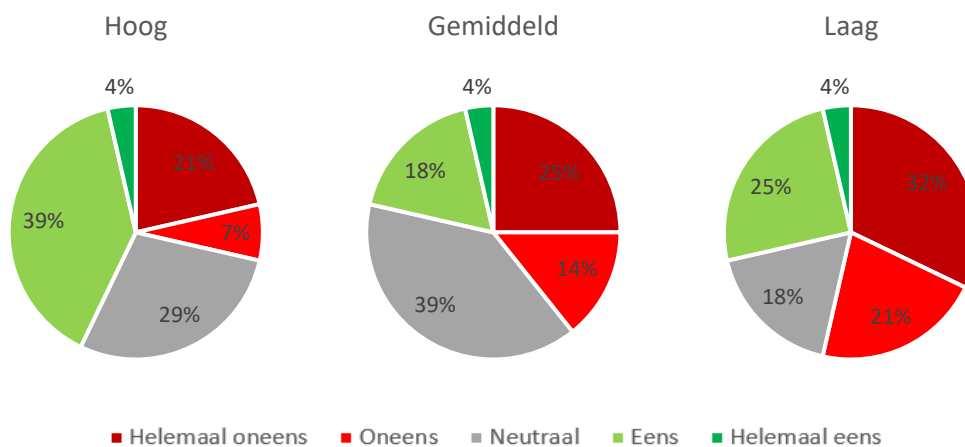


Figuur 7. Motieven voor een fysiek huisbezoek

Gemiddeld **duurt** een fysiek huisbezoek 60 minuten, met hierbij als gemiddelde reistijd 30 minuten heen en terug. De **frequentie** van deze huisbezoeken is gemiddeld 11 keer per maand, variërend van 1 keer tot 30 keer per maand. Niet alle ergotherapeuten hebben een idee van de gemiddelde **kosten** van een huisbezoek. Degene die wel een schatting geven (n=16), schatten de kosten gemiddeld op 80 euro per keer. Hierbij is het ingevulde minimum 15 en het maximum 450 euro.

Uit de volgende grafieken wordt duidelijk hoe bepaalde **organisatorische factoren**, voortkomend uit de literatuur, invloed hebben op de keuze voor het gebruik van ViVA ten opzichte van een fysiek huisbezoek. Ergotherapeuten moeten hierbij een stelling beantwoorden met de ordinale schaal helemaal oneens tot helemaal eens. Bijvoorbeeld wanneer ik een ... (hoge) caseload ervaar, zou ik kiezen voor het gebruik van ViVA in plaats van een fysiek huisbezoek.

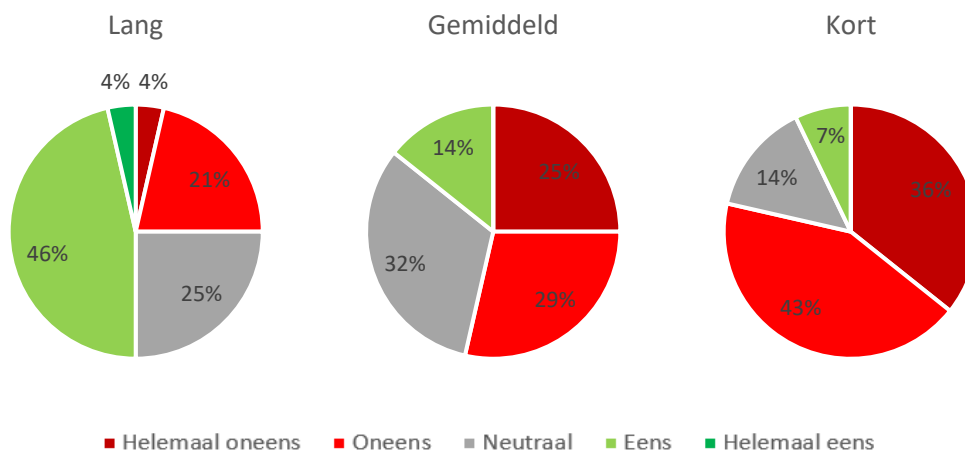
Caseload



Figuur 8. Invloed caseload op gebruik ViVA

Bij een hoge caseload verkiest het merendeel van de ergotherapeuten ViVA boven een fysiek huisbezoek. Wanneer ze een gemiddelde of lage caseload ervaren, verkiest het merendeel van de ergotherapeuten een fysiek huisbezoek boven een huisbezoek met ViVA

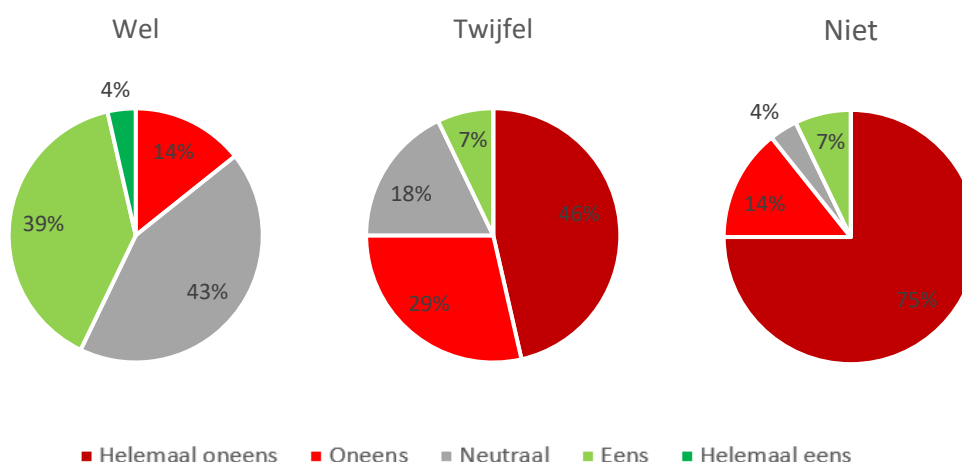
Reistijd



Figuur 9. Invloed reistijd op gebruik ViVA

Bij een lange reistijd verkiest het merendeel van de ergotherapeuten een huisbezoek met ViVA boven een fysiek huisbezoek. Bij een gemiddelde of korte reistijd verkiest meer dan de helft van de ergotherapeuten een fysiek huisbezoek boven een huisbezoek met ViVA.

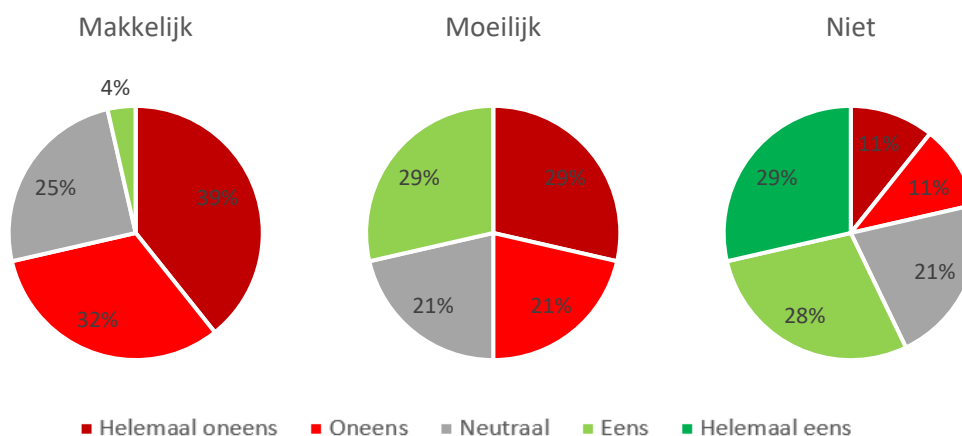
Omgang met ViVA van de cliënt



Figuur 10. Invloed verwachte omgang met ViVA van de cliënt op gebruik hiervan

Wanneer de ergotherapeut verwacht dat de cliënt om kan gaan met ViVA verkiest bijna de helft van de ergotherapeuten voor het gebruik van ViVA boven een fysiek huisbezoek. Echter geeft hierin bijna de helft van de ergotherapeuten een neutrale mening. Wanneer de ergotherapeut twijfelt of zeker weet dat de cliënt niet met ViVA om kan gaan verkiezen bijna alle ergotherapeuten een fysiek huisbezoek boven een huisbezoek met ViVA.

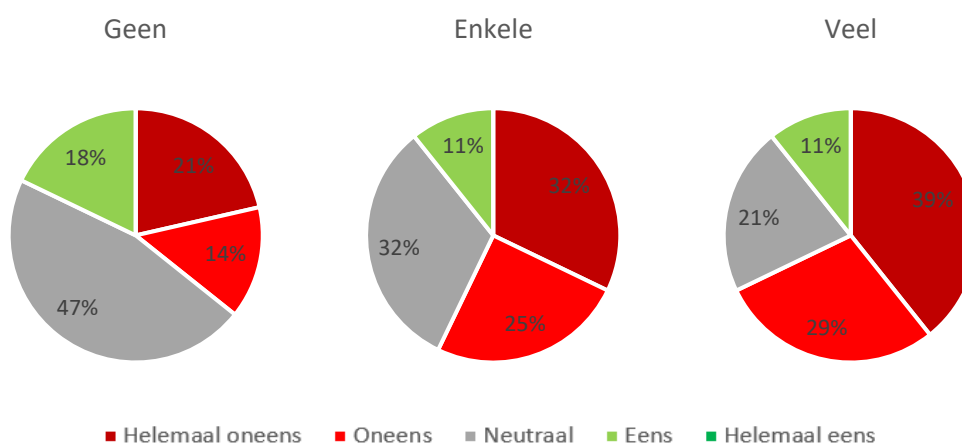
Planning fysiek huisbezoek



Figuur 11. Invloed planning fysiek huisbezoek op gebruik ViVA

Wanneer een fysiek huisbezoek makkelijk of moeilijk gepland kan worden, verkiest meer dan de helft van de ergotherapeuten een fysiek huisbezoek boven een huisbezoek met ViVA. Wanneer een fysiek huisbezoek niet gepland kan worden, verkiest meer dan de helft van de ergotherapeuten een huisbezoek via ViVA.

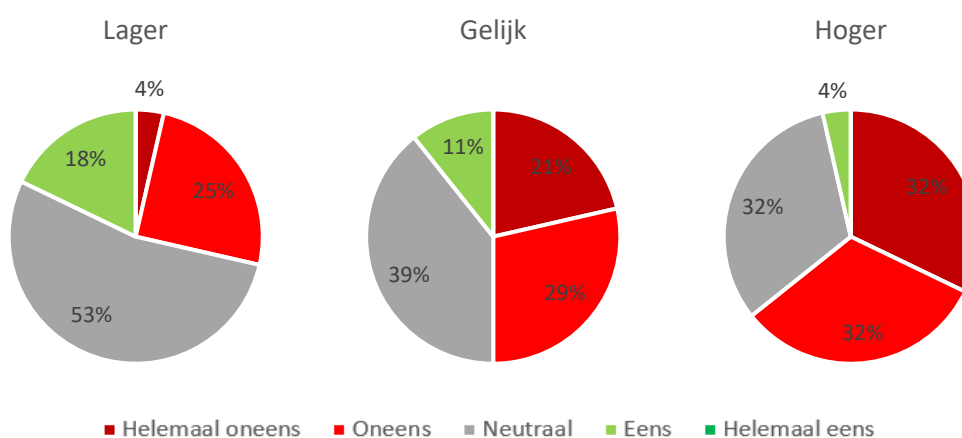
Betrokken stakeholders



Figuur 12. Invloed betrokken stakeholders op gebruik ViVA

De meeste ergotherapeuten verkiezen een fysiek huisbezoek boven een huisbezoek met ViVA. Dit geldt voor een situatie waarbij geen stakeholders betrokken zijn, maar ook wanneer enkele of veel stakeholders betrokken zijn. Echter wanneer geen stakeholders betrokken zijn geeft bijna de helft een neutrale mening.

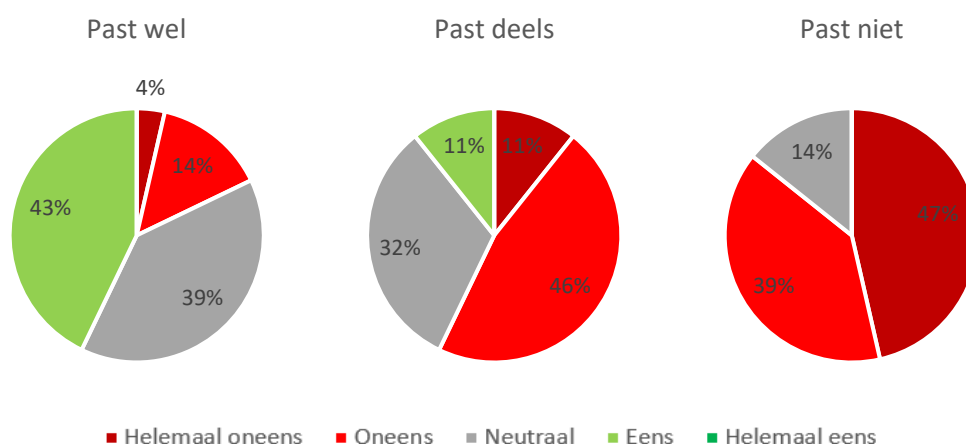
Kosten ViVA ten opzichte van een fysiek huisbezoek



Figuur 13. Invloed kosten ViVA ten opzichte van een fysiek huisbezoek op het gebruik van ViVA

Veel ergotherapeuten zijn neutraal bij het geven van een mening over de invloed van kosten op het gebruik van ViVA. Van de ergotherapeuten die geen neutrale mening hebben gegeven verkiezen de meeste therapeuten een fysiek huisbezoek boven en huisbezoek met ViVA. Hierbij maakt het niet uit of de kosten van ViVA lager, gelijk of hoger zijn dan de kosten van een fysiek huisbezoek.

Passen van ViVA binnen de missie, visie, het beleid en de werkprocessen van de organisatie

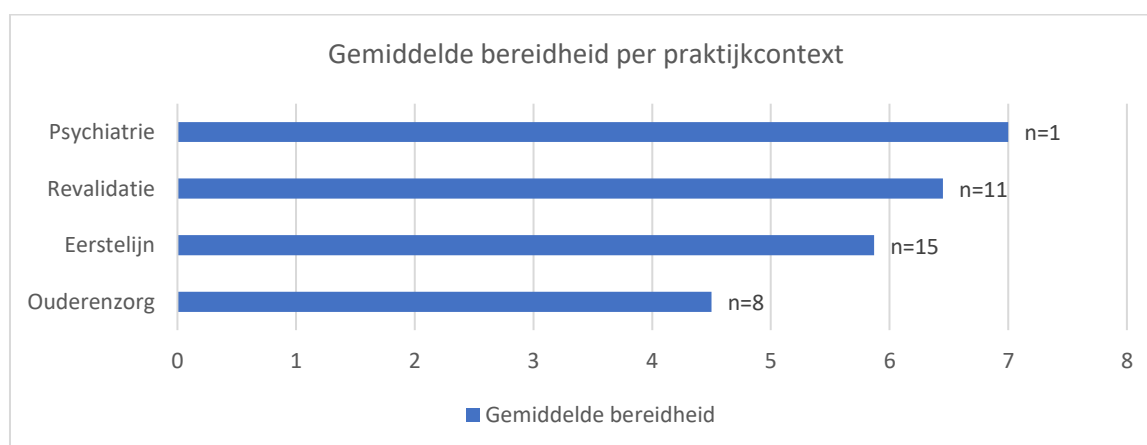


Figuur 14. Invloed van de missie, visie, het beleid en de werkprocessen op het gebruik van ViVA

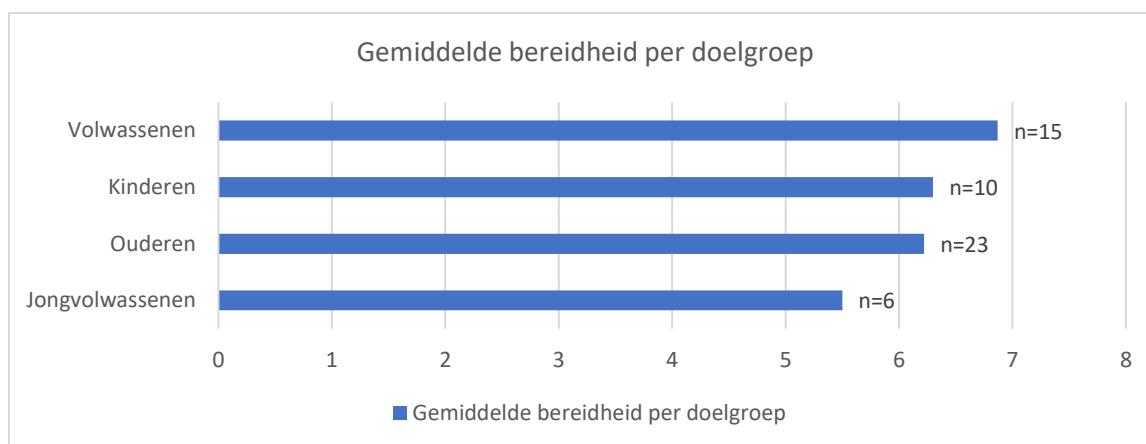
Wanneer ViVA binnen de missie, visie, het beleid en de werkprocessen van de organisatie past verkiest het grootste deel van de ergotherapeuten ViVA boven een fysiek huisbezoek. Wanneer ViVA deels past binnen de missie, visie, het beleid en de werkprocessen van de organisatie verkiest het grootste deel van de ergotherapeuten een fysiek huisbezoek boven een huisbezoek met ViVA. Wanneer ViVA niet past binnen de missie, visie, het beleid en de werkprocessen verkiezen alle ergotherapeuten, die geen neutrale mening hebben gegeven, een fysiek huisbezoek boven een huisbezoek middels ViVA.

De ergotherapeuten vinden de verwachtingen van de cliënt het belangrijkste in hun afweging ViVA wel of niet in te zetten. De andere organisatorische factoren worden als even belangrijk geschaald.

De gemiddelde **bereidheid** tot de inzet van ViVA, na het lezen van de informatie hierover, is een 6.2, op een schaal van 0-10.



Figuur 15. Gemiddelde bereidheid per praktijkcontext



Figuur 16. Gemiddelde bereidheid per doelgroep

De ergotherapeuten hebben hun cijfer onderbouwd. Zo geven veel ergotherapeuten aan dat ze twijfels hebben of evenveel informatie verzameld kan worden met ViVA als met een fysiek huisbezoek. Hierbij mist zeker de informatie over het handelen in de thuissituatie. Anderen geven aan dat ViVA goed zou werken bij standaard adviessituaties.

“Ik kan met voorstellen dat het wel goed bruikbaar is voor het adviseren van hulpmiddelen of indelen van ruimtes. Zodat de ergotherapeut een aanvullend visueel beeld heeft” [18]

Daarnaast beschrijven ergotherapeuten het nadeel dat bepaalde **maten** niet zelf opgemeten kunnen worden. Veel ergotherapeuten uiten hun twijfels over het gebruik van ViVA bij de **doelgroep** ouderen. Deze zijn minder mobiel en kunnen hierdoor moeilijk een rondleiding geven door het huis. Verder is deze doelgroep vaak niet digitaal vaardig genoeg. Ergotherapeuten stellen dat ViVA beter aansluit bij een digitaal vaardige doelgroep. Verder geven ergotherapeuten aan dat veel van een cliënt gevraagd wordt met betrekking tot aandacht en prikkelverwerking wanneer gebruik gemaakt wordt van ViVA.

Ergotherapeuten vinden de mogelijkheid van het inzoomen en het maken van notities een sterk punt van ViVA. Hierin onderscheidt het zich van andere beeldbelprogramma's. Wel wordt het als een beperking gezien dat het alleen op Android toestellen gebruikt kan worden.

Ergotherapeuten beschrijven de tijdsbesparing als voornaamste voordeel van ViVA (n=23).

“Tijds winst en daardoor meer kunnen behandelen in een kortere tijd” [7].

Deze **tijdsbesparing** wordt door veel ergotherapeuten verklaard vanuit het feit dat de reistijd wegvalt. Verder schrijven veel ergotherapeuten dat ViVA **kostenbesparend** is (n=15).

Een ander voordeel dat ergotherapeuten beschrijven is het feit dat een huisbezoek via ViVA makkelijker te **plannen** is (n=5). Daarnaast benoemen ergotherapeuten het voordeel dat ze snel een beeld kunnen krijgen van de thuissituatie (n=4).

“Al vroegtijdig een goed beeld van de thuissituatie waardoor we de therapie beter kunnen laten aansluiten”[15].

ViVA heeft een aantal **functies** die als een voordeel gezien worden. Dit zijn het kunnen maken van foto's, het kunnen bedienen van het toestel van de cliënt en de mogelijkheid van het kunnen bundelen van foto's en rapportages. Voordelen die één keer benoemd zijn, zijn de volgende: het is handig voor de mensen die ver weg wonen, ViVA biedt de mogelijkheid om met meerdere disciplines tegelijk te beeldbellen, cliënten kunnen digitaal aanwezig zijn bij multidisciplinaire overleggen, het kunnen uitvoeren van meerdere huisbezoeken op één dag, cliënten kunnen oefeningen die in de therapie zijn aangeleerd zelfstandig thuis oefenen onder supervisie van een ergotherapeut, cliënten hebben regie, de toekomstige generatie gaat dit normaal vinden en er kunnen inzichten en informatie opgehaald worden voor een gesprek met de revalidatie of ouder bij een volgende afspraak.

Ergotherapeuten noemen goede **technische functies** als belangrijkste bevorderende factor voor de inzet van ViVA (n=10). Een bevorderende factor vinden ergotherapeuten daarnaast dat zowel cliënten als ergotherapeuten geen app hoeven te installeren.

“[...] de app moet heel simpel zijn voor de cliënt, openen, aanmelden, huisbezoek, afsluiten.” [6]

Bovengenoemd citaat zegt tevens iets over het belang van **gebruiksvriendelijkheid** van het programma, hetgeen vier keer door ergotherapeuten (n=4) wordt genoemd. Daarnaast is **ondersteunend instructiemateriaal** belangrijk, voor zowel cliënt als ergotherapeut (n=9). Financiering voor de implementatie en het gebruik van ViVA wordt door 8 ergotherapeuten genoemd (n=8). Hetzelfde aantal ergotherapeuten (n=8) vindt ondersteuning vanuit het management of vanuit het sociale netwerk van de cliënt een bevorderende factor voor implementatie van ViVA. Daarnaast is het een bevorderende factor wanneer ruime implementatietijd geboden wordt (n=5). Het belang van bekendheid van ViVA onder ergotherapeuten wordt twee keer genoemd (n=2). Een bevorderende factor voor implementatie van ViVA zijn de huidige maatregelen rondom covid-19 of een andere reden waarom de ergotherapeut de cliënt niet kan bezoeken (n=3). Bevorderende factoren die één keer benoemd zijn, zijn de motivatie voor een huisbezoek, voorlichting aan cliënten, openstaan voor ViVA, zelfmanagement en het doen van praktijkonderzoek.

Het nadeel van ViVA dat door de ergotherapeuten het vaakst beschreven is, is het feit dat geen **totaalbeeld** gevormd kan worden van de thuissituatie (n=18).

“Je bent niet ter plaatse, je beeld zal nooit 100% zijn” [14].

Enkele ergotherapeuten geven hierbij ook aan dat de **beleving**, die ze bij een thuissituatie krijgen, gemist zou worden middels ViVA (n=4).

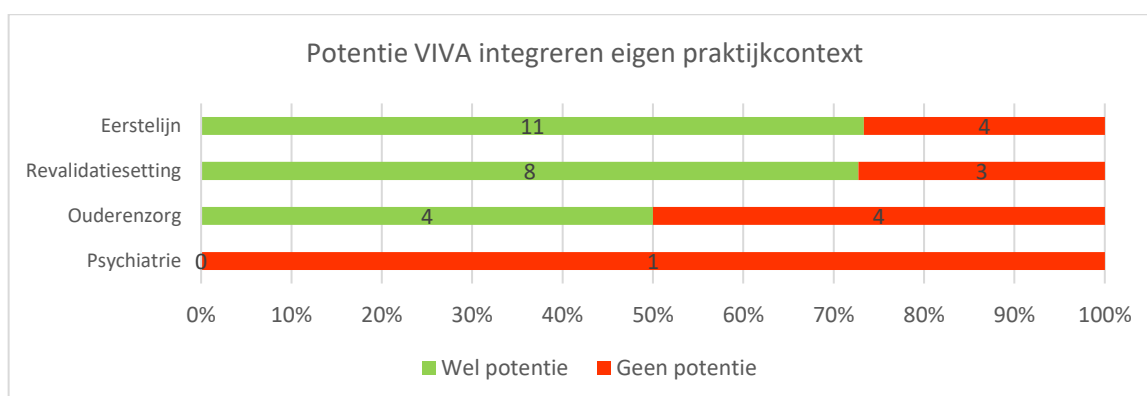
Het feit dat **meetfouten** gemaakt kunnen worden, omdat de ergotherapeut niet zelf kan meten, wordt door de helft van de ergotherapeuten beschreven als een nadeel van ViVA (n=14). Verder bestempelen ergotherapeuten als nadeel dat de **doelgroep** niet in staat is om ViVA te gebruiken (n=13). Dit kan komen door het cognitief functioneren van de cliënt, maar ook de fysieke gesteldheid is hierbij van belang. De ergotherapeuten geven aan dat je erg afhankelijk bent van de cliënt wanneer je de woning in kaart brengt, omdat deze de telefoon bestuurt. De netwerkverbinding (n=12) en de **technische aspecten** (n=6) worden ook genoemd als nadeel bij het gebruik van ViVA. Het feit dat de ergotherapeut geen beeld krijgt van het functioneren van de cliënt in de woning is een ander nadeel dat beschreven wordt (n=8). Wanneer dit handelen wel mogelijk is vinden ergotherapeuten het een nadeel dat de **veiligheid** niet gewaarborgd kan worden (n=3). Ook geven de ergotherapeuten aan dat ze denken dat ViVA een nadelige invloed heeft op de **relatie tussen therapeut en cliënt** (n=9).

“Het contact is anders, minder persoonlijk. Cliënten vertellen minder. Daardoor krijg je ook wellicht minder hulpvragen vanuit cliënt” [14].

Enkele ergotherapeuten denken dat ViVA een grotere **tijdsinvestering** vergt dan een fysiek huisbezoek (n=2), en zien dit als een nadeel. Het **privacy** aspect van ViVA wordt door enkele ergotherapeuten aangehaald als een nadeel (n=2) en ook het feit dat ze zelf fysiek niks voor kunnen doen is een nadeel voor enkele ergotherapeuten (n=3).

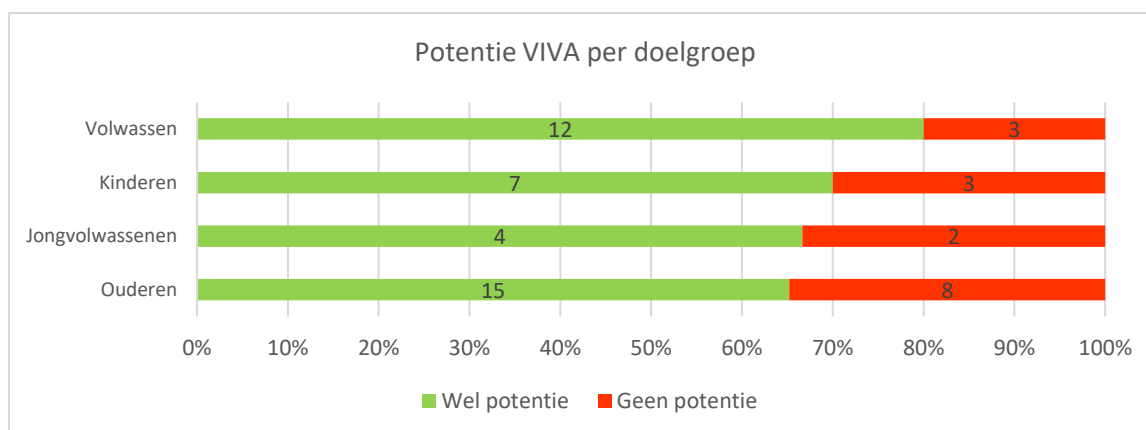
De nadelen die éénmaal genoemd worden zijn dat je afhankelijk bent van de motivatie van de cliënt, dat de communicatie lastiger verloopt, dat andere gelijksoortige programma's op de markt zijn, dat men tijdens een huisbezoek met ViVA minder flexibel kan zijn, dat men kleine veranderingen/oplossingsrichtingen niet kan uitproberen en dat men een huisbezoek dat gedaan wordt middels ViVA minder goed zal onthouden. Een belemmerende factor voor de implementatie van ViVA is het mogelijk niet krijgen van financiering (n=4). Daarnaast kan weerstand vanuit het team of het management de implementatie van ViVA beperken (n=5).

67,9% (n=19) van de ergotherapeuten ziet **potentie** om ViVA te integreren in de eigen praktijkcontext(en).



Figuur 17. Potentie integreren van ViVA binnen eigen praktijkcontext

In de eerste lijn ligt de grootste potentie om ViVA in te zetten gevolgd door de revalidatiesetting en de ouderenzorg. In de psychiatrie wordt geen potentie gezien om ViVA in te zetten.



Figuur 18. Potentie integreren van ViVA binnen doelgroep

Ergotherapeuten zien de meeste potentie van ViVA in de **doelgroep** volwassenen, gevolgd door kinderen, jongvolwassenen en ouderen.

De ergotherapeuten onderbouwen de **potentie** van ViVA voornamelijk in de mogelijkheid van ViVA als aanvulling van een fysiek huisbezoek en niet als vervanging hiervan. De ergotherapeuten geven aan dat het bij enkelvoudige adviesvraagstukken een meerwaarde kan hebben, hetgeen dan wel nog onderzocht moet worden (n=5). Tevens zijn ergotherapeuten benieuwd naar het gebruik van ViVA (N=5). Wegens de maatregelen rondom covid-19 werken veel ergotherapeuten met beeldbelprogramma's, waar ook potentie voor ViVA gezien wordt. Echter vragen de ergotherapeuten zich hierbij wel af wat de meerwaarde van ViVA is ten opzichte van de gratis beeldbelprogramma's die ze nu gebruiken (n=3). De ergotherapeuten die geen potentie zien hebben als reden dat ze het handelen van cliënten in de thuisituatie niet fysiek kunnen bijwonen en hierbij dus de veiligheid niet kunnen waarborgen (n=4). Daarnaast kunnen factoren over het hoofd gezien worden en is het de vraag of de metingen kloppen (n=2). Tevens wordt geen potentie gezien bij de doelgroep ouderen en bij cliënten die niet digitaal vaardig zijn (n=2).

Een deel van de ergotherapeuten geeft aan dat ViVA ook voor andere **doeleinden** gebruikt kunnen worden (n=21). Het doeleinde dat het vaakst beschreven wordt is het contact met stakeholders, hierbij kan gedacht worden aan familie, artsen en andere disciplines (n=7). Verder wordt het gebruik van ViVA voor therapie een aantal keer genoemd (n=8) en zien ergotherapeuten een kans in het gebruik van ViVA voor het in kaart brengen van de hulpvraag van de cliënt (n=4). Tevens wordt een kans gezien om ViVA in te zetten bij evaluatie van therapie of geleverde hulpmiddelen (n=4) en het verhelderen van de context van de thuissituatie (n=2). Andere doeleinden die één keer genoemd zijn, zijn het gebruik van ViVA voor het afnemen van de COPM⁴¹, dagbesteding, een werkplekonderzoek en een proefverlof.

4. Discussie

In dit hoofdstuk worden de resultaten van dit afstudeeronderzoek geïntegreerd en vergeleken met de bestudeerde literatuur. Vervolgens wordt dit afstudeeronderzoek vergeleken met twee andere onderzoeken naar ViVA en worden de sterktes en zwaktes van dit afstudeeronderzoek beschreven. Als laatste worden aanbevelingen gegeven voor vervolgonderzoek en de praktijk.

Integratie van resultaten

Uit de resultaten blijkt dat de kwalitatieve en kwantitatieve data elkaar versterken en aanvullen. De discussie wordt gevolgd uit resultaten uit beiden benaderingswijzen, tenzij dit anders vermeld is.

De **huidige fysieke huisbezoeken** vormen het startpunt en de randvoorwaarden voor de positionering van ViVA. De belangrijkste motieven om een huisbezoek uit te voeren zijn het identificeren van mogelijke woningaanpassingen en voorzieningen/hulpmiddelen. Als derde volgt het inventariseren van het handelen. Uit alle interviews blijkt dat het handelen van de cliënt in de thuissituatie en het inventariseren van mogelijke handelingsproblemen hierbij, het belangrijkste motief is om een huisbezoek uit te voeren. Dit is een belangrijk onderscheid met de huisbezoeken waarvoor ViVA initieel ontworpen is. Hierbij ligt de focus op de toe- en doorgankelijkheid. Bij het inventariseren van het handelen noemen alle ergotherapeuten de veiligheid, welke door de ergotherapeut gewaarborgd moet worden.

De geïnterviewde ergotherapeuten geven aan gemiddeld twee tot vier keer per maand op huisbezoek te gaan, bij de ergotherapeuten uit het kwantitatieve design is dit gemiddeld elf keer per maand. De duur van een huisbezoek is cliëntafhankelijk en duurt gemiddeld zestig minuten. De gemiddelde reistijd is dertig minuten heen en terug. Dit is evenredig aan de gemiddelde reistijd die Lockwood et al. (2015) beschrijven. Iedere ergotherapeut heeft zodoende een spreidingsgebied van ongeveer tien kilometer. In vergelijking met het spreidingsgebied van een ergotherapeut in het Verenigd Koninkrijk is dit klein. De ergotherapeuten die een schatting maken van de gemiddelde kosten van een huisbezoek, schatten deze op tachtig euro per keer, variërend van 15 tot 450 euro. Deze variatie is mogelijk te verklaren vanuit het feit dat niet alle ergotherapeuten voldoende op de hoogte zijn van de kosten die bepaalde behandelingen met zich mee brengen. Om een valide kostenplaatje te schetsen is het zaak iemand te betrekken die zich bezig houdt met de financiën rondom behandelingen. Het vervoer van en naar de woning van de cliënt wordt door de ergotherapeuten als een complicerende factor voor het uitvoeren van een huisbezoek genoemd. Dit sluit aan bij de bevindingen van Atwall et al. (2014), Lannin et al. (2011) en Ninnis et al. (2019), die noemen dat vervoer één van de organisatorische factoren is, welke invloed heeft op het door kunnen gaan en de planning van een huisbezoek. De andere organisatorische factoren die van invloed zijn op het door kunnen gaan van een huisbezoek zijn de betrokkenheid van stakeholders, planning en de caseload van de ergotherapeut die zowel in de resultaten als in de literatuur terugkomen. Uit de data komt naar voren dat het wel of niet uitvoeren van een huisbezoek afhankelijk is van de signalering en hulpvraag met betrekking tot het functioneren van de cliënt in de thuissituatie, niet van organisatorische factoren hetgeen Godfrey et al. (2019) betogen.

In het algemeen kan gesteld worden dat het programma gemakkelijk in **gebruik** is en een aantal functionaliteiten bevat dat het onderscheidend maakt van andere beeldbelprogramma's. Hierbij moet in gedachte gehouden worden dat ViVA niet ontwikkeld is als beeldbelprogramma, maar door de ergotherapeuten wel zo benaderd wordt.

In ViVA zijn een aantal functionaliteiten die gemist worden, denk hierbij aan de mogelijkheid tot het toevoegen van standaardformulieren (zie bijlage 9).

Hetgeen opvalt in de resultaten is dat de ergotherapeuten die het programma niet getest hebben dezelfde motieven en bevorderende en belemmerende factoren benoemen als de ergotherapeuten die het programma daadwerkelijk hebben getest.

In algemene zin wordt getwijfeld over het krijgen van een totaalbeeld en vervolgens het kunnen geven van een gegrond advies. Dit komt voornamelijk omdat men de cliënt niet kan zien handelen in de thuissituatie. Dit handelen is niet mogelijk omdat, de veiligheid niet gewaarborgd kan worden. Dit is de voornaamste reden waarom ergotherapeuten ViVA niet zien als een vervanging van het fysiek huisbezoek. Verder wordt getwijfeld aan de betrouwbaarheid van de gegevens, die middels ViVA verkregen worden. De angst voor meetfouten of het missen van informatie is groot.

Geconcludeerd wordt dat ViVA een mogelijke oplossing kan bieden voor specifieke **organisatorische belemmeringen** zoals vervoer, reistijd en kosten. Verder is een huisbezoek middels ViVA makkelijker te plannen. Echter, zijn ook twijfels over de effectiviteit van ViVA met betrekking tot de organisatorische factoren. Zo kan geconcludeerd worden dat ergotherapeuten twijfelen of ViVA überhaupt tijdswinst oplevert, omdat de cliënten meer instructie nodig hebben. Wanneer ViVA wel tijdswinst oplevert, weegt deze niet op tegen de informatie die men middels ViVA verkrijgt.

Uit de kwantitatieve data is af te leiden dat de organisatorische factoren niet veel invloed hebben op de ervaren potentie van ViVA. Hier wordt namelijk alleen in de extreem negatieve gevallen gekozen voor ViVA boven een fysiek huisbezoek. Hierbij kan gedacht worden aan het helemaal niet kunnen plannen van een fysiek huisbezoek of een lange reistijd. Wanneer echter naar de potentie gevraagd wordt geeft toch meer dan de helft van de ergotherapeuten aan potentie te zien in het programma. Veel therapeuten geven aan ViVA in te zetten in onvoorziene situaties, wanneer een fysiek huisbezoek niet mogelijk is. Verder vinden ze het een geschikt instrument om de door- en toegankelijkheid van een woning te inventariseren.

Ergotherapeuten vinden het een nadeel dat voor het gebruik van ViVA eigenlijk altijd een derde persoon aanwezig moet zijn. Enige nuance hierbij is dat ergotherapeuten het ook prettig vinden als bij een fysiek huisbezoek iemand uit het cliëntsysteem aanwezig is.

Ergotherapeuten benoemen ondersteuning vanuit het sociale netwerk, financiering, gebruiksvriendelijkheid en een ruime implementatietijd als ondersteunende factor bij de implementatie van ViVA. Deze factoren komen ook terug in de onderzoeken van Swinkels et al. (2018) en Gagnon et al. (2016).

Gesteld kan worden dat het gebruik van ViVA per **cliënt en hulpvraag** afgewogen moet worden. De ergotherapeuten zien de meeste potentie van ViVA bij de doelgroep volwassenen, gevolgd door kinderen, jongvolwassenen en vervolgens de ouderen. Over het algemeen wordt benadrukt dat ViVA niet geschikt is voor de ouderen doelgroep. Dit vanwege fysieke en cognitieve vaardigheden, maar ook vanwege het feit dat de ouderen niet opgegroeid zijn met ICT. Om deze reden wordt dan ook de meeste potentie gezien bij de generaties die wél opgegroeid zijn met technologie. De veronderstelling dat ouderen minder digitaal vaardig zijn, kan echter ook een vooroordeel zijn. Ten opzichte van de informatie uit de interviews, scoren de ergotherapeuten van de vragenlijst de bereidheid onder de oudere doelgroep relatief hoog, namelijk een 6.2. Ergotherapeuten geven aan dat de zorgrelatie met de cliënt veranderd door het gebruik van ViVA.

Een aantal ergotherapeuten ervaren ViVA als minder persoonlijk, wat hen weerhoudt van de inzet. Volgens Varsi et al. (2019) is de urgentie om de cliënten vroegtijdig te betrekken bij het ontwikkelen en implementeren van eHealth services hoog. Echter is bij de ontwikkeling van ViVA de cliëntenpopulatie niet betrokken. Voor implementatie dient dit in acht te worden genomen.

De meningen van ergotherapeuten verschillen over het al dan niet **implementeren** van ViVA binnen hun praktijkcontext. Uit de resultaten van dit afstudeeronderzoek, kan opgemaakt worden dat het merendeel van de ergotherapeuten ViVA niet als vervanging van een fysiek huisbezoek ziet binnen de organisatie.

Binnen de eerste lijn wordt, door het merendeel van de ergotherapeuten, de meeste potentie gezien om ViVA te implementeren. De eerste lijn wordt gevolgd door de revalidatiesetting en de ouderenzorg. Binnen de psychiatrie wordt de kans dat ViVA van meerwaarde kan zijn, het laagst geacht. Als nuancering kan hierbij genoemd worden dat maar één ergotherapeut vanuit de psychiatrie heeft deelgenomen aan het afstudeeronderzoek. De ergotherapeuten belichten hiernaast nog een tweetal praktijkcontexten, waarin ViVA mogelijk geïmplementeerd kan worden. Hierbij gaat het om de arbeid gerelateerde context, in het kader van werkplekergonomie en binnen de context omtrent het adviseren. Binnen het adviseren, bijvoorbeeld in de WMO, zou ViVA kunnen dienen om kleinschalige aanvragen en indicaties voor woningaanpassingen te beoordelen.

Naast de factoren omtrent de doelgroep, worden ook belemmerende factoren op organisatorisch gebied voor implementatie aangehaald. Vanuit de kwantitatieve gegevens kan afgeleid worden dat een gedeelte van de ergotherapeuten belemmerende factoren op het gebied van financiering ziet. Binnen de onderzoeken van Gagnon et al. (2016) en Kayyali et al. (2017) komt dit ook naar voren, de financiële factor wordt gezien als belemmerende factor. Tevens worden zorgen geuit omtrent de weerstand die de implementatie van ViVA zou kunnen opwekken vanuit het team of het management. Wanneer ViVA echter aansluit bij de missie en visie van de organisatie, verkiest het grootste deel van de ergotherapeuten van de vragenlijst ViVA boven een fysiek huisbezoek.

In Nederland is de tendens om eHealth een steeds belangrijkere rol te laten spelen binnen de gezondheidszorg, waardoor de implementatie van technologie binnen zorgorganisaties aangemoedigd wordt.

Voordat implementatie gerealiseerd kan worden, worden een aantal **voorwaarden** gesteld waaraan ViVA op den duur moet voldoen. De meest voorkomende voorwaarde is het oplossen van de technische mankementen. Deze zijn geprioriteerd op belangrijkheid voor de implementatie: veiligheid van cliëntgegevens, functionaliteiten die niet (voldoende) werken en het feit dat ViVA momenteel uitsluitend gebruikt kan worden op Android-apparaten. Daarnaast geven de ergotherapeuten die ViVA daadwerkelijk getest hebben aan, dat de beveiliging van de software op de werkplek, ViVA niet toestaat. Studies die nieuwe eHealth toepassingen voor huisbezoeken evalueerden, geven weer dat verfijning van dergelijke toepassingen nodig is, alvorens deze geschikt leken (Ninnis et al., 2019).

Naast de technische mankementen, zien de ergotherapeuten nog een aantal pragmatische voorwaarden die waargemaakt dienen te worden alvorens ViVA geïmplementeerd kan worden. Een aantal ergotherapeuten stelt ondersteuning vanuit het management en collega's als voorwaarde om ViVA te gebruiken. Ook de beschikbaarheid van een ruimte, die afgesloten kan worden, van waaruit de therapeut kan bellen wordt belangrijk geacht.

ViVA in de context

Door middel van huisbezoeken, al dan niet met ViVA, kan de omgeving, waarin het handelen plaatsvindt, weergegeven worden. Het handelen is altijd een relatie tussen de persoon en de omgeving waarin deze handelt (Satink & Van de Velde, 2012). ViVA is een goed middel om de omgeving in kaart te brengen, maar hoe de persoon handelt binnen deze omgeving is lastig te achterhalen. Dit maakt het dan ook niet mogelijk om hetzelfde doel te bereiken als bij een standaard huisbezoek, dat door Atwall et al. (2014) wordt aangeduid als het beoordelen of de cliënt in staat is om te handelen in de (woon)omgeving. Hierdoor kan dus geen volledig beeld geschetst worden van de occupational-fit (PEO). Verder is de inzet van ViVA afhankelijk van de intrinsieke factoren van de cliënt.

Zoals in het theoretisch kader is beschreven zou ViVA mogelijk kunnen passen binnen het ergotherapeutisch adviesmodel. Hierbij werd suggestief gesteld dat door de ontwikkeling van ViVA en/of de gebruikerservaringen van de ergotherapeuten, het programma nog voor andere doeleinden ingezet zou kunnen worden. Volgens het onderzoek van Ariens et al. (2017) is het bijvoorbeeld mogelijk om online consulten te organiseren. Gesteld kan worden dat ViVA bij alle fasen van het ergotherapeutisch adviesmodel ingezet kan worden. De inzet van ViVA is afhankelijk per cliënt met diens hulpvraag, dit is maatwerk. Ook moet opgemerkt worden dat het niet enkel in het ergotherapeutisch adviesmodel geplaatst kan worden, wanneer ViVA op een andere manier gebruikt wordt. Hierbij zal gekeken moeten worden naar de integratie van ViVA in andere ergotherapeutische inhoud- en procesmodellen.

Middels de resultaten van dit afstudeeronderzoek kan antwoord gegeven worden op de suggestieve toepassingsmogelijkheden van ViVA, zoals eerder benoemd. Uit de resultaten komt naar voren dat ViVA, vooral tijdens de maatregelen omtrent covid-19, geschikt kan zijn als behandelprogramma. Wel wordt hierbij de vraag gesteld wat de meerwaarde van ViVA is ten opzichte van andere beeldbelprogramma's. Verder zien ergotherapeuten een mogelijkheid om ViVA in te zetten bij het evalueren van therapie of geleverde hulpmiddelen. Het contact met stakeholders zoals familie, artsen en andere disciplines zou middels ViVA vorm kunnen krijgen. Naast bovenstaande doeleinden worden het afnemen van de COPM, dagbesteding, proefverlof of een werkplekonderzoek genoemd.

Om het gebruikersgedrag van de ergotherapeuten over ViVA te verklaren, kan gebruik worden gemaakt van de UTAUT. Vanuit de UTAUT zijn vier sleutelconstructies weergegeven; de verwachtingen van de performance, de verwachtingen van de kosten en moeite, de sociale invloed en de condities die faciliteren. Deze worden gezien als directe determinanten die invloed hebben op de gebruikersintentie en het gebruikersgemak (Venkatesh et al., 2003). De bovengenoemde constructies zijn meegenomen tijdens het opstellen van de interviewguide. Zo vormen de constructies omtrent performance en effort een hoofdthema dat wordt bevraagd tijdens de interviews. Ook de invloed van de sociale omgeving is opgenomen binnen de interviewguide. De vragen die hierop gebaseerd zijn hebben met name te maken met de verwachtingen die de participant heeft omtrent de mening van diens collega's. Verder komt ook de laatste constructie omtrent faciliterende condities herhaalde malen aan bod. Zo wordt ingegaan op de belemmerende en faciliterende factoren vanuit de organisatie, maar ook vanuit de Nederlandse wet- en regelgeving bijvoorbeeld.

De resultaten van dit afstudeeronderzoek kunnen ingevuld worden binnen de vier sleutelconstructies van de UTAUT. De ergotherapeuten kaarten binnen de sleutelconstructies verschillende twijfels aan, welke van invloed zijn op hun uiteindelijke visie en keuzes omtrent ViVA. Denk hierbij aan het bereiken van hetzelfde doel als bij een fysiek huisbezoek, de toegankelijkheid voor de oudere doelgroep, het passen van ViVA binnen de organisatie en de technische mankementen.

Een visuele weergave van het UTAUT-model, dat is ingevuld met data uit dit afstudeeronderzoek, geeft aan wat de invloed van verschillende determinanten is op het gebruik van ViVA (zie bijlage 8).

ViVA staat in lijn met de ontwikkeling van technologie rondom huisbezoeken zoals applicaties voor interieur design om plattegronden en de inrichting van ruimtes te vormen (Sweet Home 3D program, 3D-MAP) of een applicatie om een virtuele ruimte te creëren om barrières voor het handelen op te sporen (HabiTest). Net als bij ViVA rapporteerde de studies die deze middelen evalueerde dat ergotherapeuten potentieel voor de producten zagen maar dat hiervoor verdere verfijning noodzakelijk was (Ninnis et al., 2019). ViVA is uniek in deze technologische ondersteuningsmiddelen omdat het als enige de mogelijkheid biedt om met de cliënt in de thuissituatie te communiceren, zonder dat deze situatie eerst gevormd dient te worden. Dit heeft als voordeel dat het direct een betrouwbaar beeld schets van handelingscontext met al zijn bevorderende en belemmerende factoren.

Het onderzoek en de ontwikkeling van ViVA aan de universiteit van Sheffield is gefocust op de access visits van ergotherapeuten, welke in Nederland relatief weinig voorkomen. Daarnaast is dit afstudeeronderzoek gericht op de ontwikkeling van ViVA als programma. Hierdoor zijn de resultaten van beiden onderzoeken niet een op een te vergelijken. In het onderzoeken van Mazumdar et al. (2017) en Read (2020) werden de problemen van ViVA opgedeeld in technisch- en procesgerichte problemen. Technische problemen bestonden uit het wegvallen van de netwerkverbinding en de beveiliging en vertrouwelijkheid van de privacygevoelige gegevens. In het huidige afstudeeronderzoek worden de problemen in de netwerkverbinding niet genoemd. Wel dat op het technisch vlak nog veel kinderziektes in ViVA zitten, die voor implementatie aangepast moeten worden. In dit afstudeeronderzoek wordt de beveiliging en vertrouwelijkheid ook meermaals genoemd, hetgeen in vergelijking staat met de bevindingen van Mazumdar et al. (2017) en Read (2020). De procesgerichte problemen die in Sheffield genoemd werden, zijn voornamelijk gericht op de instructie en de betrouwbaarheid van het meten. Dit noemen de ergotherapeuten in dit afstudeeronderzoek ook, maar komt minder sterk naar voren omdat de beperkingen van het niet kunnen zien van het handelen op de voorgrond staan. In het brononderzoek wordt genoemd dat rekening gehouden moet worden met de cognitieve en fysieke vaardigheden van de mantelzorger. Hetgeen in de Nederlandse context nog sterker benadrukt wordt.

Bij de onderzoeken van Mazumdar et al. (2017) en Read (2020) vonden de ergotherapeuten het systeem gemakkelijk te leren en te gebruiken. Dit resultaat komt ook in dit afstudeeronderzoek terug. De Engelse ergotherapeuten misten echter ondersteuning wanneer problemen optraden. In dit afstudeeronderzoek is dit beperkt door het aanbieden van de ondersteuningsmiddelen in de vorm van een handleiding en instructievideo en de mogelijkheid om de onderzoekers ten alle tijden te benaderen. Het ontbreken van ondersteuning is dan ook niet aan de orde in dit afstudeeronderzoek. Uit de onderzoeken van Mazumdar et al. (2017) en Read (2020) komt terug dat ViVA de klinische opnameduur kan verkorten en het gevolglijk een kosteneffectieve manier is om huisbezoeken uit te voeren. De mogelijke verkorting van de behandelduur wordt door dit afstudeeronderzoek niet bevestigd.

De technische hoofdtoon uit het onderzoek van Mazumdar et al. (2017) is in het onderzoek in de Nederlandse ergotherapeutische beroepspraktijk niet terug te leiden. In het huidige afstudeeronderzoek gaat het voornamelijk over de doelstelling van ViVA en de verwachte effectiviteit en mogelijke bereidheid en potentie tot inzet van ViVA, hetgeen in het onderzoek van Mazumdar et al. (2017) op de achtergrond staat ten opzichte van de technische vereisten van ViVA.

In het onderzoek van Read et al. (2020) verschuift de technische focus naar een meer handelingsgerichte benadering. In dit onderzoek wordt dan ook gerefereerd naar een cliëntgerichte benadering, waarbij de eigen regie van de cliënt en het vergroten hiervan een belangrijk uitgangspunt is. Het empoweren van de cliënt in het nemen van eigen regie, door middel van ViVA, wordt in dit afstudeeronderzoek niet bevestigd. In het onderzoek van Read et al. (2020) wordt meermaals belicht dat ergotherapeuten bang zijn voor een rolsverandering als gevolg van ViVA. Deze ervaren verandering van rol van de ergotherapeut komt in dit afstudeeronderzoek echter niet naar voren waardoor dit door de Nederlandse ergotherapeuten niet als bedreigend wordt ervaren.

Aan de Hogeschool van Amsterdam is een onderzoek met als titel 'Video linked Visits for Assessment (ViVA); Ver weg maar toch dichtbij: hoe een online huisbezoek een uitkomst kan bieden' uitgevoerd. Dit onderzoek had een soortgelijke onderzoeksvraag omtrent ViVA. Uit dit onderzoek komt een aantal overeenkomende resultaten naar voren. De geïnccludeerde ergotherapeuten vinden ViVA makkelijk in gebruik, maar wegens de technische mankementen die de huidige versie bevat, wordt ViVA niet geschikt geacht binnen complexe vraagstukken. Het tijd- en kostenbesparende aspect, maakt dat de ergotherapeuten wel toekomstperspectief zien. Daarnaast ontstaan twijfels omtrent het waarborgen van de veiligheid op afstand en het verkrijgen van een totaalbeeld van de woning.

Naast overeenkomende resultaten, komen uit het onderzoek van de Hogeschool van Amsterdam ook tegensprekende resultaten voort. Zo geven de ergotherapeuten aan dat het programma gebruiksvriendelijk en bestuurbaar is voor toekomstige gebruikers, binnen verschillende leeftijdscategorieën. Terwijl de resultaten van dit afstudeeronderzoek juist weergeven dat het programma niet toegankelijk is voor alle leeftijdsgroepen, de oudere doelgroep wordt hierbij benadrukt. De toegankelijkheid van het programma hangt af van de kennis en vaardigheden van de cliënt.

Verder wijken de resultaten af op het gebied van effectiviteit en de functionaliteiten. De conclusie die het onderzoeksteam van de Hogeschool van Amsterdam trekt omtrent het doel, is dat middels ViVA hetzelfde doel bereikt kan worden als met een fysiek huisbezoek. Daarentegen geven de ergotherapeuten die deelnamen aan dit afstudeeronderzoek aan dat twijfel bestaat omtrent het behalen van dezelfde doelstelling.

Ook de voordelen omtrent de tijdsduur die het onderzoek van de Hogeschool van Amsterdam beschrijven verschillen. De tijdsduur van het online huisbezoek zou volgens deze ergotherapeuten namelijk korter zijn dan een fysiek huisbezoek. Daar staat tegenover dat de tijdsduur volgens de geïnccludeerde ergotherapeuten van dit afstudeeronderzoek juist even lang of langer is dan een fysiek huisbezoek, aangezien meer en duidelijkere instructies vereist zijn. Daarnaast is de tijdsduur afhankelijk van de vaardigheden van de cliënt en/of zijn systeem, omtrent technologie en diens mogelijkheden op het gebied van informatieverwerking.

Ten slotte worden de ervaringen omtrent de functies van het programma binnen beide onderzoeken meegenomen in de resultaten. Enerzijds geven de onderzoekers van de Hogeschool van Amsterdam aan dat de functies voldoende uitgebreid en ondersteunend zijn, anderzijds geven de ergotherapeuten van dit afstudeeronderzoek aan dat deze functies niet voldoende zijn doorontwikkeld.

Waar eHealth voorheen moeilijk van de grond kwam, is het door het covid-19 virus in een stroomversnelling gekomen (Frijlink, z.d.). Uit dit afstudeeronderzoek komt eveneens naar voren dat ViVA een goede oplossing kan bieden in tijden van een dergelijke pandemie.

Vanuit de overheid, de Nederlandse zorgautoriteit en Ergotherapie Nederland worden handvaten aangereikt aan de zorgverleners en cliënten om fysiek contact te verminderen (Ergotherapie Nederland, 2020; Frijlink, z.d.).

Uit de vragenlijst is gebleken dat onduidelijkheid heerst rondom de vergoedingen voor het gebruik van eHealth. Het scheppen van verduidelijking rondom vergoedingen is een hoofdonderwerp in de handreiking voor ergotherapeuten tijdens coronacrisis van Ergotherapie Nederland (2020). Tijdens de pandemie heeft de Nederlandse Zorgautoriteit de regels verruimt en alle belemmerende voorwaarden voor zorg op afstand weggenomen. Dit betekent dat zorg op afstand gewoon in rekening gebracht kan worden zonder dat hiervoor een speciale prestatie is vastgesteld, wanneer niet exact voldaan wordt aan de voorwaarden.

Ook heeft de Nederlandse Zorgautoriteit extra digitale vaardigheidstrainingen aangeboden voor specifieke doelgroepen en minder vaardige zorgverleners (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.-a). In dit afstudeeronderzoek worden zorgen geuit over de toegankelijkheid voor specifieke doelgroepen en oudere zorgverleners.

Wanneer men ViVA in de toekomst in Nederland structureel in wil zetten zal het programma moeten voldoen aan de eisen van de Nederlandse wet- en regelgeving. Vanuit de regelgeving zal de CE-norm aan de software gegeven dienen te worden, aangezien het gaat om een medisch hulpmiddel (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2020). De andere eis is om te voldoen aan het toetsingskader van de Inspectie Gezondheid en Jeugd. Deze heeft een toetsingskader opgesteld, hierin zijn vijf thema's opgesteld waarin gekeken wordt naar de randvoorwaarden die belangrijk zijn voor het leveren van goede en veilige zorg met de inzet van eHealth (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, z.d.-b).

Technische problemen ViVA

De onderzoeken omtrent ViVA en de technische ontwikkelingen zijn nog niet afgerond. Tijdens het afstudeeronderzoek zijn hierdoor meermaals technische problemen opgetreden (zie bijlage 10). Deze varieerden van eenvoudig tot complex. Men kan hierbij denken aan: problemen omtrent het inloggen, het aanmaken van nieuwe 'accounts' en het invullen van de verloopdatum van de link voor een afspraak. Daarnaast is herhaalde malen sprake geweest van cross-calling, waarbij ergotherapeuten met de verkeerde simulatiecliënt in verbinding werden gebracht.

Het onderzoeksteam heeft hierop ingespeeld door alles direct terug te koppelen aan de betrokkenen in Sheffield. Hierbij was het onderzoeksteam volledig afhankelijk van de experts in Sheffield. Het onderzoeksteam zag dit als inbreuk op de kwaliteit van het afstudeeronderzoek en de band met de ergotherapeuten die deelnamen aan het afstudeeronderzoek.

Het is niet onwaarschijnlijk dat deze gebeurtenissen van invloed zijn geweest op de ervaringen van de ergotherapeuten.

Maatregelen omtrent Covid-19

Wegens de covid-19 crisis, welke gedurende het proces van het afstudeeronderzoek opspeelde, zijn een aantal aanpassingen doorgevoerd. Deze aanpassingen hadden overwegend invloed op het kwalitatieve gedeelte van dit afstudeeronderzoek. In eerste instantie werd gestreefd naar het geven van een 'fysieke' training, in de vorm van een workshop voor de ergotherapeuten, om kennis te maken met ViVA. Aangezien de gelegenheid om een dergelijke workshop te realiseren niet toegelaten werd door de crisis, heeft het onderzoeksteam instructiemateriaal gemaakt.

Daarnaast waren de geïnccludeerde ergotherapeuten niet in de gelegenheid om ViVA uit te testen bij cliënten uit de praktijk. Dit hangt voornamelijk samen met het feit dat deze minder cliënten in behandeling hadden en dat de ergotherapeuten andere zorgtaken kregen. Om toch ervaring op te doen met ViVA hebben de therapeuten ervoor gekozen om het programma onderling uit te testen, middels door de onderzoekers opgestelde casussen.

De ervaringen die de therapeuten op hebben gedaan, zouden gedeeld worden middels semi-gestructureerde interviews. De hedendaagse technologie heeft het mogelijk gemaakt dat deze interviews toch afgenomen hebben kunnen worden. Middels Microsoft Teams zijn de interviews namelijk op afstand opgenomen. Hierbij moet men rekening houden met het feit dat dit uiteraard een andere ervaring is dan een face-to-face interview. In de literatuur wordt gesproken over onzekerheid en ongemakkelijkheid die hier wellicht bij kan komen kijken (Donaghy et al., 2019).

Dit kan wellicht genuanceerd worden, doordat niemand in deze periode de mogelijkheid heeft om fysiek contact te hebben met elkaar.

Concluderend kan men stellen dat het ontbreken van het fysieke contact tussen het onderzoeksteam en de ergotherapeuten de grootste aanpassing is geweest gedurende dit afstudeeronderzoek. Volgens Donaghy et al. (2019) is face-to-face contact echter wel een belangrijke factor om de participant een gevoel van vertrouwen te geven.

Naast het online verspreiden van de vragenlijst wilden de onderzoekers tevens ergotherapeuten fysiek benaderen. Dit om de grootte en de diversiteit van de steekproef te vergroten. Het plan was om dit op de REN-bijeenkomst in Limburg en de Supportbeurs in Utrecht te doen. Doordat beide evenementen afgelast zijn door covid-19 is de fysieke werving van respondenten weggefallen. Wellicht zou zonder de covid-19 maatregelen het aantal ergotherapeuten hoger zijn.

Beschouwing kwaliteitsborging

In de methode worden een aantal strategieën benoemd om de kwaliteit van het afstudeeronderzoek te waarborgen. In deze beschouwing wordt teruggeblikt op deze strategieën en wordt het gebruik hiervan geëvalueerd.

Om een zo volledig mogelijk antwoord te kunnen formuleren op de onderzoeksvraag zijn onderzoeksmethoden gecombineerd. Het afstudeeronderzoek was grotendeels kwalitatief, maar met de kwantitatieve data is deze informatie versterkt en verrijkt. Hiermee is methodische en data triangulatie gewaarborgd.

De resultaten van het afstudeeronderzoek zijn vergeleken met bestaande literatuur en eerder onderzoek. Hiermee is theorie triangulatie gewaarborgd.

Om onderzoekers triangulatie te waarborgen zijn alle stappen van het afstudeeronderzoek door het hele onderzoeksteam doorlopen, waardoor gevolglijk alle stappen en uitkomsten in gezamenlijkheid opgezet en geëvalueerd zijn. Deze stappen zijn in detail beschreven (thick discription), zodat het afstudeeronderzoek gereproduceerd kan worden. In de bijlagen zijn bestanden opgenomen die deze stappen verhelderen of verrijken.

Vóór de afname van de interviews zijn twee proefinterviews afgenomen met vierdejaars studenten ergotherapie, die stage-ervaring hadden in het uitvoeren van huisbezoeken. Deze studenten hebben de handleiding en instructievideo van ViVA ontvangen, om zich goed in te kunnen leven in de ergotherapeuten. De feedback uit deze proefinterviews is verwerkt en heeft ervoor gezorgd dat de opbouw en inhoud van de interviews geoptimaliseerd werd.

Tijdens het afstudeeronderzoek is een membercheck uitgevoerd. De ergotherapeuten die deel hebben genomen aan de interviews hebben een samenvatting ontvangen van het transcript, om te controleren of de kern van het gesprek naar voren kwam.

Een van de ergotherapeuten heeft feedback gegeven op de samenvatting, waaruit nieuwe informatie naar voren kwam. Deze informatie is vervolgens verwerkt in de resultaten.

De interviews zijn afgenomen in aanwezigheid van twee of meer onderzoekers om te voorkomen dat de interviewer niet diep genoeg op bepaalde thema's inging. Verder werd dit gedaan om te voorkomen dat technische problemen ervoor zorgde dat de interviewer het interview niet af kon maken. Verder zijn de interviews opgenomen en opgeslagen, zodat de resultaten te controleren zijn. Tijdens het analyseren van de data is zowel gebruik gemaakt van de conventional als de directed content analyses om het best aan te kunnen sluiten op de onderzoeksvraag. De onderzoekers hebben zich flexibel en open opgesteld ten opzichte van dit proces en deze thema's, dit wordt flexibel emergent research design genoemd.

Middels de informatiebrief en de toestemmingsverklaring is altijd gewaarborgd dat de deelnemers op de hoogte waren van het doel van het afstudeeronderzoek en ze vrijwillig deelgenomen hebben. Om conformationbias te voorkomen voert men met een open en onbevooroordeelde blik een onderzoek uit (Glick, 2017). Omdat de onderzoekers op eenzelfde manier dit afstudeeronderzoek in zijn gegaan is conformationbias dus voorkomen. Tijdens het afstudeeronderzoek heeft peer debriefing plaatsgevonden. Het proces en de bevindingen zijn teruggekoppeld naar de opdrachtgever en de docentbegeleider. De interne validiteit van het kwantitatieve stuk is gewaarborgd doordat ViVA nauwkeurig beschreven is en dat voor alle ergotherapeuten de randvoorwaarden gelijk waarden.

In de vragenlijst is geen heldere begripsomschrijving gegeven van het begrip huisbezoek, wat ertoe kan leiden dat het begrip verkeerd geïnterpreteerd is. Dit is af te leiden uit het feit dat deelnemers aan hebben gegeven dertig keer per maand een huisbezoek uit te voeren. De onderzoekers maken hieruit op dat geredeneerd is vanuit een behandeling in de thuissituatie in tegenstelling tot een huisbezoek in de adviserende context. Dit heeft invloed op de validiteit van het afstudeeronderzoek. Echter kan deze limitatie genuanceerd worden aangezien de motieven voor een fysiek huisbezoek, waar de deelnemers uit konden kiezen, insinueren dat het om een huisbezoek in de adviserende context gaat.

In de vragenlijst zijn voorbeelden, afkomstig uit de literatuur, genoemd om de vraagstelling te verhelderen. Het is te herleiden dat veel ergotherapeuten deze voorbeelden als basis gebruiken voor hun antwoorden. De onderzoekers concluderen vervolgens dat de ergotherapeuten de factoren, die uit de literatuur naar voren komen, daadwerkelijk belangrijk vinden. Echter is het niet bekend of de ergotherapeut dit antwoord ook had gegeven, wanneer dit voorbeeld niet vermeld stond. Om deze reden heeft in het afstudeeronderzoek informatiebias plaatsgevonden. Groenwold (2013) omschrijft informatiebias als een vertekening door het onjuist gebruiken van informatie over een uitkomst.

De steekproef is over het algemeen klein, waardoor de resultaten moeilijk te generaliseren zijn. In het afstudeeronderzoek heeft een selectiebias plaatsgevonden. Voor het kwalitatieve deel van het afstudeeronderzoek waren de zorgorganisaties vooraf al geselecteerd. De onderzoekers werden niet in staat gesteld om nog andere organisaties te benaderen. Verder is onder de deelnemers binnen deze organisaties geen willekeurige steekproef uitgevoerd. De deelnemers hebben vooraf interesse in het afstudeeronderzoek geuit en deze zijn vervolgens geïnccludeerd. Het aantal deelnemers per zorgorganisatie is niet evenredig verdeeld. Zo zijn binnen Zuyderland vier deelnemers en binnen Cicero één deelnemer. Vanwege ziekte zijn twee deelnemers uitgevallen.

Deze hebben ViVA niet getest en zijn dan ook niet geïnterviewd. De praktijkcontexten die uit de vragenlijst naar voren kwamen zijn niet evenredig vertegenwoordigd.

De resultaten die gevormd worden per praktijkcontext zijn dan ook niet een op een met elkaar te vergelijken en kunnen een vertekend beeld geven. De onderzoekspopulatie voor het kwalitatieve deel van het afstudeeronderzoek bestaat louter uit ergotherapeuten werkzaam in de ouderenzorg. De resultaten hiervan worden dan ook alleen maar vanuit dit oogpunt geformuleerd. Dit kan een vertekening geven van de potentie van ViVA.

5. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen beschreven voor vervolgonderzoek. Ook worden aanbevelingen voor de praktijk gedaan, waarmee de opdrachtgever en het onderzoeksteam van Sheffield University aan de slag kunnen.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Voor vervolgonderzoek, is het aan te bevelen dat een soortgelijk onderzoek wordt uitgevoerd, waarbij ‘echte’ cliënten participeren. De deelnemers van dit afstudeeronderzoek bevestigen dit, deze geven aan dat het testen met simulatiecliënten niet voldoende is om een compleet beeld te krijgen van ViVA.

Binnen het eerder verrichte onderzoek aan de Universiteit van Sheffield, zijn tevens geen echte cliënten geïnccludeerd. Waardoor bij beide onderzoeken, geen data zijn verzameld omtrent het daadwerkelijke cliëntenperspectief. Het is van belang dat aanvullend onderzoek wordt verricht naar de perspectieven van daadwerkelijke cliënten.

Verder is het belangrijk om in kaart te brengen of er draagvlak is om ViVA te implementeren. Hierbij is een onderzoek gericht op de cliëntenpopulatie die daadwerkelijk gebruik kan maken van ViVA, aan te bevelen. Gevolglijk kan een conclusie worden getrokken omtrent het draagvlak.

Eveneens is het van belang dat de meerwaarde van ViVA ten opzichte van reeds bestaande beeldbelprogramma's in kaart wordt gebracht. Vervolgens kan een inschatting worden gemaakt van de bereidheid van belanghebbenden om voor deze meerwaarde te betalen.

Als laatste kan worden aanbevolen dat het programma in het Noordoosten van Nederland wordt getest. Omdat het aantal ergotherapeuten per inwoner hier lager is en de reistijd voor een huisbezoek meer tijd in beslag zal nemen (Van Hassel & Kenens, 2015).

Aanbevelingen voor praktijk

Aanbeveling 1: Doorontwikkeling

Alvorens ViVA geïmplementeerd kan worden, dient het programma verder doorontwikkeld te worden. Vooral op technisch vlak is nog winst te behalen. Aanbevolen wordt om de volgende functionaliteiten binnen het programma door te ontwikkelen: de huidige functies zo aanpassen dat deze optimaal werken (het geluid voortzetten wanneer de ergotherapeut de camera van de cliënt roteert), problemen omtrent cross-calling en het terugkijken van het gemaakte foto- en videomateriaal tijdens het huisbezoek.

Aanbeveling 2: Voorwaarden

De ergotherapeuten geven aan dat een aantal voorwaarden zijn voordat ViVA geïmplementeerd kan worden. Indien men overweegt om ViVA te implementeren, is het van belang dat deze voorwaarden onder handen worden genomen. In onderstaande tabel zijn deze voorwaarden beschreven.

Voorwaarden waaraan ViVA moet voldoen

1. De technische mankementen dienen verholpen te worden.
2. De veiligheid tijdens het handelen op afstand dient gewaarborgd te kunnen worden.
3. De privacyaspecten en gegevensbeveiliging dienen geoptimaliseerd te worden.
4. De mogelijkheid dat ViVA door elk besturingssysteem wordt ondersteund, waardoor een grotere groep mensen gebruik kan maken van het programma.

Voorwaarden waaraan een organisatie moet voldoen

1. Het programma dient getest te worden in samenwerking met 'echte' cliënten.
2. De ICT binnen de organisaties dient het gebruik van ViVA mogelijk te maken, bijvoorbeeld het toestaan van ViVA door de softwarebeveiliging.
3. Binnen de organisatie dient een afgesloten ruimte beschikbaar te zijn, waar de therapeut ongestoord een online huisbezoek uit kan voeren.
4. Het gebruik van ViVA dient ondersteund te worden vanuit het management van de organisatie.

Aanbeveling 3: Use cases

Initieel is ViVA bedoeld om de thuisomgeving in kaart te brengen, niet om de cliënt thuis te zien handelen. Wanneer de ergotherapeut de thuisomgeving in kaart wil brengen, wordt ViVA als een geschikte tool ervaren. Aan de hand van de resultaten zijn een aantal use cases van ViVA opgesteld. Deze use cases beschrijven de manieren waarop ViVA, op dit moment, toegepast kan worden.

Use case 1: ViVA kan gebruikt worden door professionals met een adviserende rol. Hierbij kunnen kleinschalige aanpassingen en indicaties voor woningaanpassingen worden beoordeeld. Denk hierbij bijvoorbeeld aan advisering rondom de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Verder kan worden gedacht aan advisering in het kader van arbeidscontext of kamerinrichting binnen de gehandicaptenzorg.

Use case 2: Aan het begin van het behandelproces, kan ViVA ingezet worden om de thuissituatie vroegtijdig in kaart te brengen, waardoor de betrouwbaarheid van de informatie wordt vergroot tijdens de intakefase. Daarnaast kan de behandeling dusdanig vorm worden gegeven, dat deze het beste aansluit bij de cliënt.

Use case 3: Verder biedt ViVA de mogelijkheid tot behandelen en gespreksvoering via beeldbellen. Dit beeldbellen kan zowel plaatsvinden tussen ergotherapeut en cliënt, als tussen professionals.

6. Conclusie

Middels dit afstudeeronderzoek is een antwoord gevormd op de onderzoeksvraag:

“Hoe ervaren ergotherapeuten een online platform (ViVA), waar huisbezoeken mee worden uitgevoerd, als interventie binnen de context waarin de ergotherapeuten werkzaam zijn?”

Over het algemeen kan gesteld worden dat ViVA makkelijk in gebruik is en het oplossingen biedt voor bepaalde organisatorische belemmeringen zoals vervoer, reistijd en kosten. Ergotherapeuten zien kansen voor ViVA bij het adviseren van standaardvoorzieningen en als inventarisatiemethode van de woning gedurende de intakefase. De ergotherapeuten noemen als grootste belemmerende factor van ViVA dat men bij het handelen van de cliënt in de thuissituatie de veiligheid niet kan waarborgen en het handelen zodoende niet geïnventariseerd kan worden. Daarnaast wordt betwijfeld of het mogelijk is een totaalbeeld van de woning te schetsen. De ergotherapeuten vragen zich af hoe betrouwbaar de gegevens zijn die met ViVA verkregen worden, de angst voor meetfouten of het missen van informatie is groot. Om deze redenen zijn ergotherapeuten eerder geneigd om voor een fysiek huisbezoek te kiezen. Ergotherapeuten zouden ViVA inzetten wanneer een fysiek huisbezoek niet mogelijk is of om de toe- en doorgankelijkheid van de woning te inventariseren.

Het gebruik van ViVA is cliëntafhankelijk. Vooral bij de oudere doelgroep bestaan twijfels over de toegankelijkheid van het programma. Wanneer de technische mankementen van ViVA opgelost worden zien de ergotherapeuten ViVA als een aanvulling op de huidige fysieke huisbezoeken, maar niet als vervanging hiervan.

7. Referenties

- Abdel Wahab, M., Katsh, E., & Rainey, D. (2011). *A Treatise on Technology and Dispute Resolution*. Eleven International Publishing.
- Alles Over Marktonderzoek. (2019, 3 december). *Onderzoeksmethoden*. Geraadpleegd op 6 april 2020, van <https://www.allesovermarktonderzoek.nl/onderzoeksmethoden/online-onderzoek/>
- Ariens, L. F. M., Schussler-Raymakers, F. M. L., Frima, C., Flinterman, A., Hamminga, E., Arents, B. W. M., ... Van Os-Medendorp, H. (2017). Barriers and Facilitators to eHealth Use in Daily Practice: Perspectives of Patients and Professionals in Dermatology. *Journal of Medical Internet Research*, 19(9), 300.
- Atwall, A., Spiliotopoulou, G., Stradden, J., Fellows, V., Anako, E., Robinson, L., & McIntyre, A. (2014). Factors influencing occupational therapy home visit practice; A qualitative study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2014(21), 40–47.
- Baarda, B., Bakker, E., Van der Velden, T., Julsing, M., Peters, V., Fischer, T., & De Goede, M. (2018). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (4e druk). Groningen: Noordhoff.
- Beuving, J. & De Vries, G. (2015). *Doing qualitative research: The craft of naturalistic inquiry*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Bleijenbergh, I. (2013). *Kwalitatief onderzoek in organisaties*. Den Haag: Boom.
- Bleyel, C., Hoffmann, M., Wensing, M., Hartmann, M., Friederich, H. C., & Haun, M. W. (2019). The patients' perspective on mental health specialist video consultations in primary care: A qualitative pre-implementation study of anticipated benefits, barriers, and therapeutic relationship (Preprint). *Journal of Medical Internet Research*.
- Boeije, H., 't Hart, H., & Hox, J. (2009). *Onderzoeksmethoden* (8e druk). Den Haag: Boom.
- Bureau of Labor Statistics. (z.d.). *Item Nonresponse & Interview Timings*. Geraadpleegd op 15 april 2020, van <https://www.nlsinfo.org/content/cohorts/nlsy97/using-and-understanding-the-data/item-nonresponse-interview-timings>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2020, 15 mei). *Vergrijzing*. Geraadpleegd op 19 mei 2020, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisatie/2016/6/vergrijzing>
- Creswell, J. W. (1998) *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Ergotherapie Nederland. (2020, 19 maart). *Handreiking voor ergotherapeuten tijdens coronacrisis*. Geraadpleegd op 28 mei 2020, van <https://ergotherapie.nl/handreiking-ergotherapeuten-tijdens-coronacrisis/>
- Etiquette Bureau. (z.d.). *Wat is etiquette?*. Geraadpleegd op 2 juni 2020, van <https://etiquettebureau.com/wat-is-etiquette/>

- Dassen, T., Keuning, F., Jansen, G., & Jansen, W. (2016). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties* (7e druk). Hilversum: ThiemeMeulenhoff.
- De Boer, C., & Van Groningen, B. (2012). *Beschrijvende statistiek: Het berekenen en interpreteren van tabellen en statistieken* (3e druk). Den Haag: Boom.
- De Boer, F., & Smaling, A. (2011). *Benaderingen in kwalitatief onderzoek, een inleiding*. Amsterdam: Boom.
- De Veld, A., Lemette, M., & Heijnsman, A. (2016). *Adviseren door ergotherapeuten* (1e druk). Amsterdam: Boom.
- Donaghy, E., Atherton, H., Hammersley, V., McNeilly, H., Bikker, A., Robbins, L., ... McKinstry, B. (2019). Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice*, 69(686), 586-594.
- Frambach, J. M., Van der Vleuten, C. P. M., & Durning, S. J. (2013). AM Last Page: Quality Criteria in Qualitative and Quantitative Research. *Academic Medicine*, 88(4), 552.
- Frijlink, B. (z.d.). *De snelle groei van digitale oplossingen in de zorg tijdens de coronacrisis*. Geraadpleegd op 19 mei 2020, van <https://profleaze.nl/kennisbank/groei-digitale-oplossingen-in-de-zorg-tijdens-coronacrisis/#e-health-voor-coronacrisis>
- Gagnon, M. P., Ngangue, P., Payne-Gagnon, J., & Desmartis, M. (2016). M-Health Adoption by Healthcare Professionals: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 23(1), 212-220.
- Gardner, M. R., Jenkins, S. M., O'Neil, D. A., Wood, D. L., Spurrier, B. R., & Pruthi, S. (2015). Perceptions of Video-Based Appointments from the Patient's Home: A Patient Survey. *Telemedicine and e-Health*, 21(4), 281-285.
- Glick, M. (2017). Believing is seeing Confirmation bias. *American Dental Association*, 143(3), 131-132.
- Godfrey, M., Cornwell, P., Eames, S., Hodson, T., Thomas, T., & Gillen, A. (2019). Pre-discharge home visits: A qualitative exploration of the experience of occupational therapists and multidisciplinary stakeholders. *Australian Occupational Therapy Journal*, 66(3), 249-257.
- Groenwold R. H. H. (2013). *3 Vormen van bias: Vertekening van onderzoeksresultaten en hoe dat te voorkomen*. Geraadpleegd op 15 mei 2020, van <https://www.ntvg.nl/system/files/publications/a6497.pdf>
- Hammell, K. W. (2008). Reflections on...well-being and occupational rights. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75, 61-64.
- Harris, S., James, E., & Snow, P. (2008). Predischage occupational therapy home assessment visits: Towards an evidence based. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55, 85-95.
- Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Red.), *Grondslagen van de ergotherapie* (3e herziene druk, p. 412). Amsterdam: Reed Business Education.
- Heldens, J. J. H. M., & Reysoo, F. (2005). De kunst van het interviewen: Reflecties op het interview met een guide. *Tijdschrift voor Kwalitatief Onderzoek in Nederland*, 10(3), 106-121.

- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health research*, 15(9), 1277-1288.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2020, 26 maart). *Coronavirus: meer ruimte voor e-health*. Geraadpleegd op 19 mei 2020, van <https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2020/03/26/coronavirus-meer-ruimte-voor-e-health>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (z.d.-a). *eHealth*. Geraadpleegd op 1 maart 2020, van <https://www.igj.nl/onderwerpen/ehealth>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (z.d.-b). *Toetsingskader 'Inzet van e-health door zorgaanbieders'*. Geraadpleegd op 19 mei 2020, van <https://www.igj.nl/documenten/toetsingskaders/2019/10/18/toetsingskader-inzet-van-e-health-door-zorgaanbieders>
- ISO. (z.d.). *Ergonomics of human-system interaction — Part 11: Usability: Definitions and concepts*. Geraadpleegd op 12 maart 2020, van <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9241:-11:ed-2:v1:en>
- Kanis, A. & Ammeraal, M. (2013) De dynamiek van samenwerken. In M. Le Granse, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Red.), *Grondslagen van de ergotherapie* (3e druk, pp. 113-125). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kayyali, R., Hesso, I., Mahdi, A., Hamzat, O., Adu, A., & Nabhani Gebara, S. (2017). Telehealth: misconceptions and experiences of healthcare professionals in England. *International Journal of Pharmacy Practice*, 25(3), 203–209.
- Lannin, N. A., Clemson, L., & McCluskey, A. (2011). Survey of current pre-discharge home visiting practices of occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(3), 172–177.
- Le Granse, M., Hartingsveldt, M., & Kinébanian, A. (2012). *Grondslagen van de ergotherapie* (3^e druk). Amsterdam: Reed Business Education.
- Le Granse, M. & Kuiper, C. (2012). Cliënt. In Le Granse, M., Van Hartingsveldt, M. & Kinébanian, A (Red.), *Grondslagen van de ergotherapie* (3e druk, pp. 211-230). Amsterdam: Reed Business.
- Le Granse, M., Logister-Proost, I., & Op de Beeck, B. (2012). Een aantal occupation-based ergotherapiemodellen. In M. Le Granse, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Red.), *Grondslagen van de ergotherapie* (3e druk, pp. 479–496). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Le Granse, M., Van Hartingsveldt, M., & Kinébanian, A. (Reds.). (2012). *Grondslagen van de ergotherapie* (3e druk). Amsterdam: Reed Business.
- Lockwood, K., Taylor, N., & Harding, K. (2015). Pre-discharge home assessment visits in assisting patients' return to community living: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 47(4), 289–299.
- Logister-Proost, I., Steensels, M., Le Granse, M., Van Hartingsveldt, M., & Kinébanian, A. (2012). Methodisch handelen. In *Grondslagen van de ergotherapie* (3e druk, pp. 504–528). Amsterdam: Reed Business.

- Mazumdar, S., Ciravegna, F., Ireson, N., Read, J., Simpson, E., & Cudd, P. (2017) Access Visits using Video Communication. *Studies in health technology and informatics*, 242, 102-110.
- Meetinstrumenten in de zorg (2018, februari). *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)* Geraadpleegd op 2 juni 2020, van <https://meetinstrumentenzorg.nl/wpcontent/uploads/instrumenten/COPM-form.pdf>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). *Programma Langer Thuis*. Geraadpleegd op 25 maart 2020, van <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2018/06/15/programma-langer-thuis/programma-langer-thuis.pdf>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.-a). *Digitale ondersteuning bij COVID-19 (Coronavirus)*. Geraadpleegd op 19 mei 2020, van <https://www.zorgvannu.nl/themas/digitale-ondersteuning-bij-covid-19-coronavirus>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.-b). *Wat is bij AWBZ/Wlz-uitgaven en Volume het verschil tussen intramurale zorg en extramurale zorg?* Geraadpleegd op 15 mei 2020, van <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/veelgestelde-vragen/alle-vragen/wat-is-bij-awbz-wlz-uitgaven-en-volume-het-verschil-tussen-intramurale-zorg-en-extramurale-zorg>
- Ninnis, K., Van den Berg, M., Lannin, N. A., George, S., & Laver, K. (2019). Information and communication technology use within occupational therapy home assessments: A scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*, 82(3), 141–152.
- Onderzoekstool. (z.d.). *Zelf online onderzoek doen*. Geraadpleegd op 6 april 2020, van <https://onderzoekstool.nl/zelf-online-onderzoek-doen>
- Orlando, J. F., Beard, M., & Kumar, S. (2019). Systematic review of patient and caregivers' satisfaction with telehealth videoconferencing as a mode of service delivery in managing patients' health. *PLOS ONE*, 14(8).
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing reserach, generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lipincott.
- Powell, R. E., Henstenburg, J. M., Cooper, G., Hollander, J. E., & Rising, K. L. (2017). Patient Perceptions of Telehealth Primary Care Video Visits. *The Annals of Family Medicine*, 15(3), 225-229.
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., ... Hensley, M. (2010). Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65–76.
- Read, J., Jones, N., Fegan, C., Cudd, P., Simpson, E., Mazumdar, S., & Ciravegna, F. (2020). Remote Home Visit: Exploring the feasibility, acceptability and potential benefits of using digital technology to undertake occupational therapy home assessments. *British Journal of Occupational Therapy*, 0(0), 1–11.
- Saigi-Rubió, F., Jiménez-Zarco, A., & Torrent-Sellens, J. (2016). Determinants of the intention to use telemedicine: evidence from primary care physicians. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 32(1–2), 29–36.

- Satink, T., & Van de Velde, D. (2012). Kerndomein van de ergotherapie . In M. Le Granse, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Red.), *Grondslagen van de ergotherapie* (3e druk, pp. 73–94). Amsterdam: Reed Business.
- Scheepers, P., Tobi, H., & Boeije, H. (2016). *Onderzoeksmethoden* (9e druk). Den Haag: Boom.
- Steultjens, E. & Graff, M. (2013). Ergotherapie en wetenschappelijk onderzoek. In M. Le Granse, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Red.), *Grondslagen van de ergotherapie* (3e herziene druk, pp. 621-639). Amsterdam: Reed Business Education.
- Swinkels, I. C. S., Huygens, M. W. J., Schoenmakers, T. M., Oude Nijeweme-D'Hollosy, W., van Velsen, L., Vermeulen, J., ... de Witte, L. (2018). Lessons Learned From a Living Lab on the Broad Adoption of eHealth in Primary Health Care. *Journal of Medical Internet Research*, 20(3).
- Van den Heuvel, H. (2009). *Hoe schrijf ik een scriptie of these?* (5e druk). Den Haag: Boom.
- Van Hassel, D.T.P. & Kenens, R.J. (2015). Groei aantal ergotherapeuten in Nederland zet door. *Ergotherapie Magazine*, 6, 46-51.
- Van Nes, F., & Heijnsman, A. (2012). De fysieke omgeving. In M. Le Granse, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Red.), *Grondslagen van de ergotherapie* (3e druk, pp. 274–276). Amsterdam, Nederland: Reed Business.
- Van Overveld, M., Van Graaf, P. J., Van der Eggink-Eilander, S., & Berghuis, M. (2011). *Praktijkboek bouwbesluit 2012*. Den Haag: Sdu.
- Van Pelt, E. (2019). Als je niet de zorg kunt bieden die je wilt. *Nurse vakliteratuur verpleegkundigen*, 25(4), 18-22.
- Varsi, C., Solberg Nes, L., Kristjansdottir, O. B., Kelders, S. M., Stenberg, U., Zangi, H. A., ... Eide, H. (2019). Implementation Strategies to Enhance the Implementation of eHealth Programs for Patients With Chronic Illnesses: Realist Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 21(9).
- Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B. & Davis, F. D. (2003). User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified Vies, *MIS Quarterly*, 27, 425-478
- Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-Van Doorn, C., & Rosendal, H. (2015). *ZorgBasics: Praktijkgericht onderzoek* (2e druk). Den Haag: Boom.
- Verhoeven, N. (2011). *Doing Research*. Zaltbommel: Van Haren.
- Verhoeven, N. (2013). *Onderzoeken doe je zo!* (2e druk). Den Haag: Boom.
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken* (5e druk). Den Haag: Boom.
- Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek?* (6e druk). Den Haag: Boom.
- Wouters, E., Van Zaalen, Y., & Bruijning, J. (2016). *Praktijkgericht onderzoek in de (para)medische zorg* (2e druk). Bussum: Coutinho.

8. Bijlagen

Bijlage 1: Informatiebrieven en toestemmingsverklaringen

Informatiebrief onderzoek ViVA

Betreft: Onderzoek waarin de ervaringen van ergotherapeuten worden opgehaald bij het gebruik van een online platform, waarmee huisbezoeken worden uitgevoerd (ViVA)

Geachte deelnemer,

Wij vragen u om deel te nemen aan een medisch- wetenschappelijk onderzoek, met de titel 'ViVA'. De onderzoeksvraag luidt als volgt: 'Hoe ervaren ergotherapeuten een online platform, waar huisbezoeken mee worden uitgevoerd, als interventie binnen de context waarin de ergotherapeuten werkzaam zijn?' Dit onderzoek wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van het lectoraat voor Ondersteunende Technologie in de Zorg van Zuyd Hogeschool, te Heerlen.

De beslissing of u wilt deelnemen aan dit onderzoek, ligt geheel in uw handen. Voordat deze beslissing genomen wordt, is het van belang dat u meer te weten komt over het onderzoek. Middels deze informatiebrief wordt informatie verstrekt omtrent het onderzoek. Lees deze brief rustig door, indien er na het lezen van deze brief nog vragen rusten, schroom dan niet om contact op te nemen met de onderzoekers. De gegevens staan vermeld onder aan deze brief.

Doel van het onderzoek

Middels het onderzoek wordt een inventarisatie gerealiseerd omtrent de gebruikerservaringen van ergotherapeuten die deelnemen aan het onderzoek, rondom een online platform om huisbezoeken uit te voeren (ViVA). Dit onderzoek wordt uitgevoerd om erachter te komen of er potentie is voor het gebruik van ViVA, om in de toekomst geïmplementeerd te worden in de ergotherapeutische beroepspraktijk.

Wat houdt het onderzoek in voor u?

Deelname aan dit onderzoek gebeurt, door het huidige corona-virus, middels een aangeleverde handleiding en een instructievideo omtrent het gebruik van ViVA. Na ViVA geïnstalleerd te hebben volgt een semigestructureerd interview middels een online communicatiedienst. Tijdens dit interview staan uw ervaringen met het gebruik van het online platform centraal. Het cliëntperspectief wordt, vanuit het oogpunt van de therapeut, meegenomen. Hoe verwachten ergotherapeuten dat cliënten ViVA ervaren. Het onderzoek wordt uitgevoerd met simulatiecliënten al dan niet in hun thuissituatie, dit kan een collega of een familielid zijn. Er is een aparte informatiebrief voor de simulatiecliënten. Bij toepassing van de resultaten wordt toegelicht wat er met de verkregen data gebeurt en hoe deze verwerkt wordt.

Als u wenst niet mee te doen aan het onderzoek

U beslist zelf of u al dan niet meedoet aan het onderzoek. Deelname is geheel vrijwillig. Indien u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niks te ondernemen. U hoeft geen verantwoording te geven omtrent deze beslissing. Echter, wenst u deel te nemen aan het onderzoek, is het ten alle tijden mogelijk om uw deelname te stoppen.

Toepassing van de resultaten

Het onderzoek is volledig vertrouwelijk conform de wet- en regelgeving, de gegevens worden anoniem (gepseudonimiseerd) verwerkt. Individuele personen zijn niet te herleiden middels de gegevens. Notities, foto's en video's die mogelijk genomen zijn in ViVA kunnen alleen door de therapeut bekeken worden en in uitzonderlijk geval door de serverbeheerder/onderzoeker van het programma uit Sheffield. Dit zou alleen kunnen gebeuren mocht er onverhoopt een technisch mankement ontstaan aan ViVA. De serverbeheerder/onderzoeker doet dan niks met de opgeslagen data en de gegevens zijn geheel anoniem (gepseudonimiseerd) opgeslagen.

Hierbij wordt uitsluitend verwezen naar de leden binnen het onderzoeksteam, welke onder aan deze brief staan vermeld. Na afloop van het onderzoek zullen de onderzoeksdata tien jaar bewaard blijven op een beveiligde schijf van Hogeschool Zuyd, deze data worden versleuteld middels een sleuteldocument. In dit sleuteldocument staan de deelnemers en de bijbehorende pseudoniemen, hetgeen enkel toegankelijk is voor de onderzoekers en op een veilige plek bewaard wordt.

Vragen en bereikbaarheid

Het onderzoek staat onder supervisie van mevr. U. Roentgen, onderzoeker aan lectoraat van Ondersteunende Technologie in de zorg. Daarnaast is dhr. R. Daniëls betrokken als opdrachtgever, tevens is dhr. R. Daniëls lector bij het lectoraat Ondersteunende Technologie in de Zorg. Voor vragen kunt u contact opnemen met de onderzoekers via afstudeeronderzoekVIVA@gmail.com. Uw vraag wordt zo spoedig mogelijk in behandeling genomen.

Onderzoeksteam:

Evie van Aarsen, Femke Crommentuijn, Roxan Habets en Randy Hukkelhoven, ergotherapeuten in opleiding.

Emailadres: afstudeeronderzoekVIVA@gmail.com

Docentbegeleider: Uta Roentgen

Opdrachtgever: Ramon Daniëls, Lectoraat Ondersteunende Technologie in de Zorg

Toestemmingsverklaring onderzoek ViVA

Betreft: Onderzoek waarin de ervaringen van ergotherapeuten worden opgehaald bij het gebruik van een online platform, waarmee huisbezoeken worden uitgevoerd (ViVA)

Hiermee bevestigt:

..... (Achternaam, Voorletters)

..... (Datum van ondertekening)

..... (Handtekening)

WEL / GEEN toestemming voor medewerking aan dit onderzoek.

EN

Dat de deelnemer de volledige bijgevoegde informatiebrief* heeft gelezen en hiermee akkoord is.

*Ik verklaar hierbij op voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van dit onderzoek. De schriftelijke informatie, behorend bij deze verklaring, is mij overhandigd. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud daarbij het recht deze instemming weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden behoeft op te geven. Indien mijn onderzoeksresultaten zullen worden gebruikt in wetenschappelijke publicaties, dan wel op een andere manier openbaar worden gemaakt, zal dit volledig geanonimiseerd gebeuren. Mijn persoonsgegevens zullen niet door derden ingezien worden zonder mijn toestemming.

Onderzoeksteam:

Evie van Aarsen, Femke Crommentuijn, Roxan Habets en Randy Hukkelhoven, ergotherapeuten in opleiding te Zuyd Hogeschool Heerlen.

Emailadres: afstudeeronderzoekVIVA@gmail.com

Docentbegeleider: Uta Roentgen

Opdrachtgever: Ramon Daniëls

Lectoraat Ondersteunende Technologie in de Zorg
Zuyd Hogeschool Heerlen

Hiermee bevestigt

..... Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger)

..... (Datum van ondertekening)

..... (Handtekening)

Dat hij/zij de deelnemer volledig geïnformeerd heeft over het genoemde onderzoek.

EN

Dat wanneer er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, hij/zij de deelnemer daarvan tijdig op de hoogte brengt.

Informatiebrief simulatiecliënt onderzoek ViVA

Betreft: Onderzoek waarin de ervaringen van ergotherapeuten worden opgehaald bij het gebruik van een online platform, waarmee huisbezoeken worden uitgevoerd (ViVA)

Geachte deelnemer,

Wij vragen u om deel te nemen aan een medisch- wetenschappelijk onderzoek, met de titel 'ViVA'. De onderzoeksvraag luidt als volgt: 'Hoe ervaren ergotherapeuten een online platform, waar huisbezoeken mee worden uitgevoerd, als interventie binnen de context waarin de ergotherapeuten werkzaam zijn?' Dit onderzoek wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van het lectoraat voor Ondersteunende Technologie in de Zorg van Zuyd Hogeschool, te Heerlen.

De beslissing of u wilt deelnemen aan dit onderzoek, ligt geheel in uw handen. Voordat deze beslissing genomen wordt, is het van belang dat u meer te weten komt over het onderzoek. Middels deze informatiebrief wordt informatie verstrekt omtrent het onderzoek. Lees deze brief rustig door, indien er na het lezen van deze brief nog vragen rusten, schroom dan niet om contact op te nemen met de onderzoekers. De gegevens staan vermeld onder aan deze brief.

Doel van het onderzoek

Middels het onderzoek wordt een inventarisatie gerealiseerd omtrent de gebruikerservaringen van ergotherapeuten die deelnemen aan het onderzoek, rondom een online platform om huisbezoeken uit te voeren (ViVA). Dit onderzoek wordt uitgevoerd om erachter te komen of er potentie is voor het gebruik van ViVA, om in de toekomst geïmplementeerd te worden in de ergotherapeutische beroepspraktijk.

Wat houdt het onderzoek in voor u?

Als simulatiecliënt wordt het huisbezoek uitgevoerd in uw thuissituatie. Middels het programma vindt er een videogesprek plaats, waarmee de therapeut uw thuis situatie kan inzien. Het programma bevat verschillende mogelijkheden. Hierdoor wordt het mogelijk dat de therapeut foto- en video-opnames kan maken van uw thuissituatie. Dit kan gedaan worden om later terug te kunnen zien hoe het huis eruit ziet, of hoe een bepaalde activiteit uitgevoerd werd.

Als u wenst niet mee te doen aan het onderzoek

U beslist zelf of u al dan niet meedoet aan het onderzoek. Deelname is geheel vrijwillig. Indien u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niks te ondernemen. U hoeft geen verantwoording te geven omtrent deze beslissing. Echter, wenst u deel te nemen aan het onderzoek, is het ten alle tijden mogelijk om uw deelname te stoppen.

Toepassing van de resultaten

Het onderzoek is volledig vertrouwelijk conform de wet- en regelgeving, de gegevens worden anoniem (gepseudonimiseerd) verwerkt. Individuele personen zijn niet te herleiden middels de gegevens. Notities, foto's en video's die mogelijk genomen zijn in ViVA kunnen alleen door de therapeut bekeken worden en in uitzonderlijk geval door de serverbeheerder/onderzoeker van het programma uit Sheffield. Dit zou alleen kunnen gebeuren mocht er onverhoopt een technisch mankement ontstaan aan ViVA. De serverbeheerder/onderzoeker doet dan niks met de opgeslagen data en de gegevens zijn geheel anoniem (gepseudonimiseerd) opgeslagen. Hierbij wordt uitsluitend verwezen naar de leden binnen het onderzoeksteam, welke onder aan deze brief staan vermeld. Na afloop van het onderzoek zullen de onderzoeksdata tien jaar bewaard blijven op een beveiligde schijf van Hogeschool Zuyd, deze data worden versleuteld middels een sleuteldocument. In dit sleuteldocument staan de deelnemers en de bijbehorende pseudoniemen, hetgeen enkel toegankelijk is voor de onderzoekers en op een veilige plek bewaard wordt.

Vragen en bereikbaarheid

Het onderzoek staat onder supervisie van mevr. U. Roentgen, onderzoeker aan lectoraat van Ondersteunende Technologie in de zorg. Daarnaast is dhr. R. Daniëls betrokken als opdrachtgever, tevens is dhr. R. Daniëls lector bij het lectoraat Ondersteunende Technologie in de Zorg. Voor vragen kunt u contact opnemen met de onderzoekers via afstudeeronderzoekVIVA@gmail.com. Uw vraag wordt zo spoedig mogelijk in behandeling genomen.

Onderzoeksteam:

Evie van Aarsen, Femke Crommentuijn, Roxan Habets en Randy Hukkelhoven, ergotherapeuten in opleiding.

Emailadres: afstudeeronderzoekVIVA@gmail.com

Docentbegeleider: Uta Roentgen

Opdrachtgever: Ramon Daniëls, Lectoraat Ondersteunende Technologie in de Zorg

Toestemmingsverklaring simulatiecliënt onderzoek ViVA

Betreft: Onderzoek waarin de ervaringen van ergotherapeuten worden opgehaald bij het gebruik van een online platform, waarmee huisbezoeken worden uitgevoerd (ViVA)

Hiermee bevestigt:

..... (Achternaam, Voorletters)

..... (Datum van ondertekening)

..... (Handtekening)

WEL / GEEN toestemming voor medewerking aan dit onderzoek.

EN

Dat de deelnemer de volledige bijgevoegde informatiebrief* heeft gelezen en hiermee akkoord is.

*Ik verklaar hierbij op voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van dit onderzoek. De schriftelijke informatie, behorend bij deze verklaring, is mij overhandigd. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud daarbij het recht deze instemming weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden behoeft op te geven. Indien mijn onderzoeksresultaten zullen worden gebruikt in wetenschappelijke publicaties, dan wel op een andere manier openbaar worden gemaakt, zal dit volledig geanonimiseerd gebeuren. Mijn persoonsgegevens zullen niet door derden ingezien worden zonder mijn toestemming.

Verder verklaard de bovengenoemde persoon en het onderzoeksteam te zijn overeengekomen als volgt:

1. De simulatiecliënt (en indien van toepassing zijn/haar mantelzorgers en/of familieleden) verklaart op de hoogte te zijn dat, in het kader van het onderzoek ViVA, eventueel foto- en video-opnames gemaakt worden van de thuissituatie en gaat daarmee onvoorwaardelijk akkoord.
2. De simulatiecliënt (en indien van toepassing zijn/haar mantelzorgers en/of familieleden) verklaart dat hij/zij op de hoogte is van het doel van het maken van eventueel foto- en video-opnames in het kader van het onderzoek ViVA en is goed en toereikend voorgelicht.
3. De simulatiecliënt (en indien van toepassing zijn/haar mantelzorger en/of familieleden) gaat onvoorwaardelijk akkoord met het feit dat alle beslissingen omtrent het gedeeltelijk of geheel (niet) gebruiken van de gemaakte opnamen berusten bij het onderzoeksteam van Zuyd.
4. Het onderzoeksteam van Zuyd zal op uiterst zorgvuldige wijze omgaan met het beschikbaar stellen van de opnamen waarop de simulatiecliënt en/of zijn/haar thuissituatie voorkomt.

Onderzoeksteam:

Evie van Aarsen, Femke Crommentuijn, Roxan Habets en Randy Hukkelhoven, ergotherapeuten in opleiding te Zuyd Hogeschool Heerlen.

Emailadres: afstudeeronderzoekVIVA@gmail.com

Docentbegeleider: Uta Roentgen

Opdrachtgever: Ramon Daniëls
Lectoraat Ondersteunende Technologie in de Zorg
Zuyd Hogeschool Heerlen

Hiermee bevestigt

..... Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger)

..... (Datum van ondertekening)

..... (Handtekening)

Dat hij/zij de deelnemer volledig geïnformeerd heeft over het genoemde onderzoek.

EN

Dat wanneer er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, hij/zij de deelnemer daarvan tijdig op de hoogte brengt.

Bijlage 2: Handleiding



Handleiding voor ergotherapeuten om gebruikt te maken van het online platform om ergotherapeutische huisbezoeken uit te voeren

Evie van Aarsen, Femke Crommentuijn, Roxan Habets en Randy Hukkelhoven

Inleiding

U staat op het punt om de handleiding te lezen voor het gebruik van ViVA (Virtual Visit Application), het platform om online huisbezoeken uit te voeren. Dit is een stapsgewijze handleiding, opgebouwd uit verschillende onderdelen die nodig zijn om gebruik te maken van het platform. De schriftelijke uitleg wordt vergezeld door ondersteunende afbeeldingen, ter verduidelijking.

Indien er na het lezen van dit document nog vragen resten, gelieve contact op te nemen met de onderzoekers via onderstaand emailadres.

afstudeeronderzoekVIVA@gmail.com

Inhoudsopgave

<u>Inleiding</u>	76
<u>Website</u>	78
<u>Account maken ergotherapeut</u>	79
<u>Aanmaken cliënt</u>	82
<u>Verbinding maken</u>	85
<u>Bediening systeem</u>	86
<u>Notities maken</u>	88
<u>Cliëntinstructie</u>	89
<u>Tips</u>	90

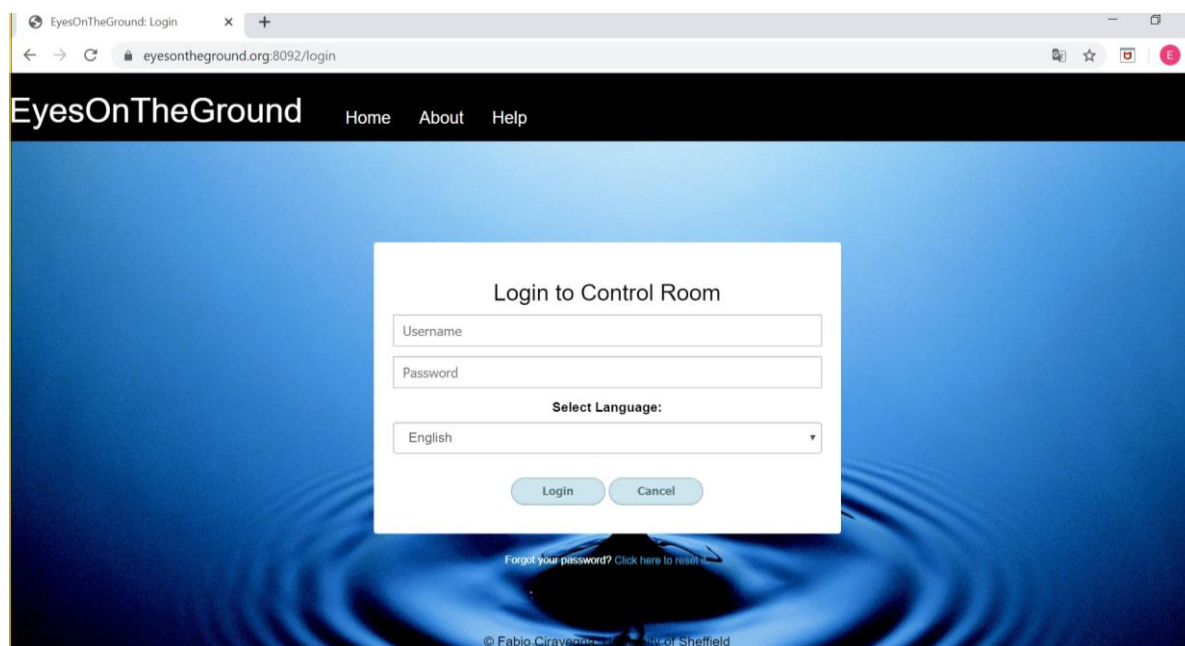
Website

Om op de website te komen heb je een Google CHROME-verbinding nodig, een andere browser werkt niet.

Typ in de adresbalk: <https://eyesontheground.org:8092/>

Let op dat je het gehele adres typt, dus ook de cijfers.

Je ziet vervolgens deze webpagina.



Account maken ergotherapeut

Eerst log je in met het organisatieaccount.

Gebruikersnaam: ----

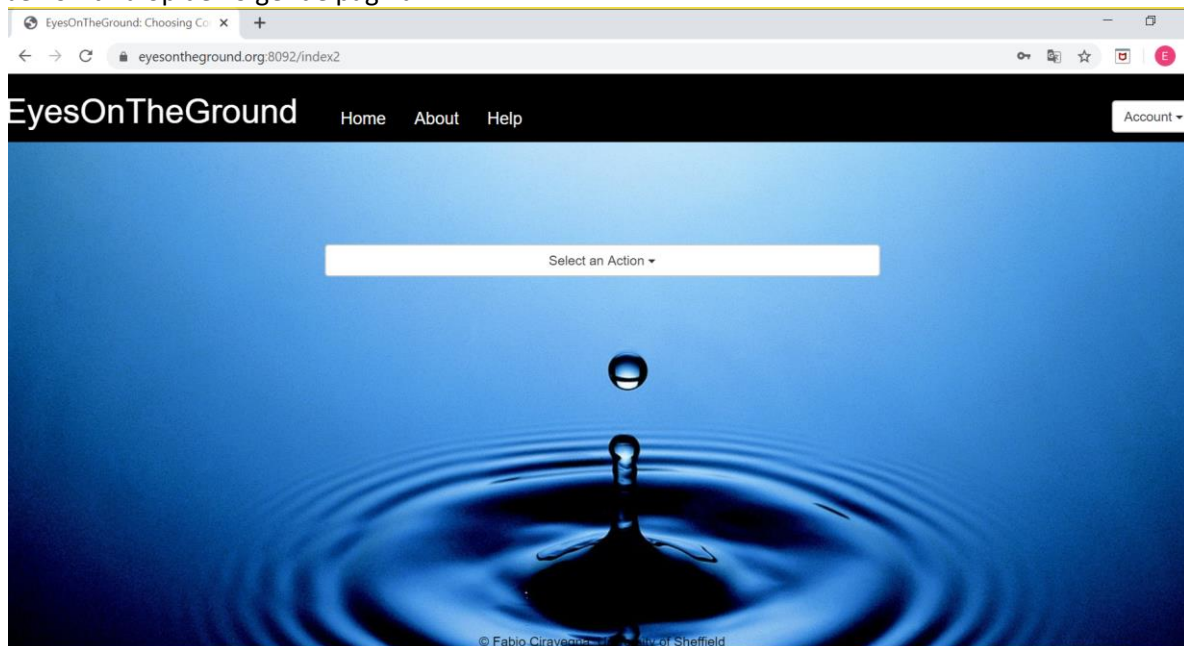
Wachtwoord: ----

! Let op: Dit is hoofdlettergevoelig

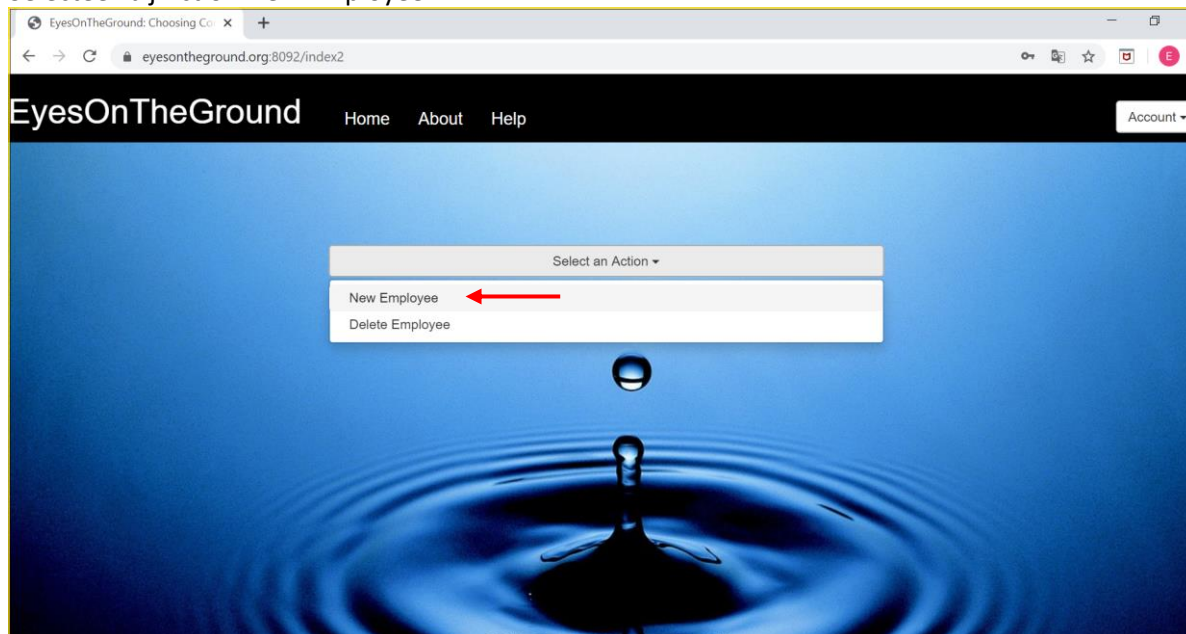
Bij Select Language is enkel English beschikbaar

Klik vervolgens op Login

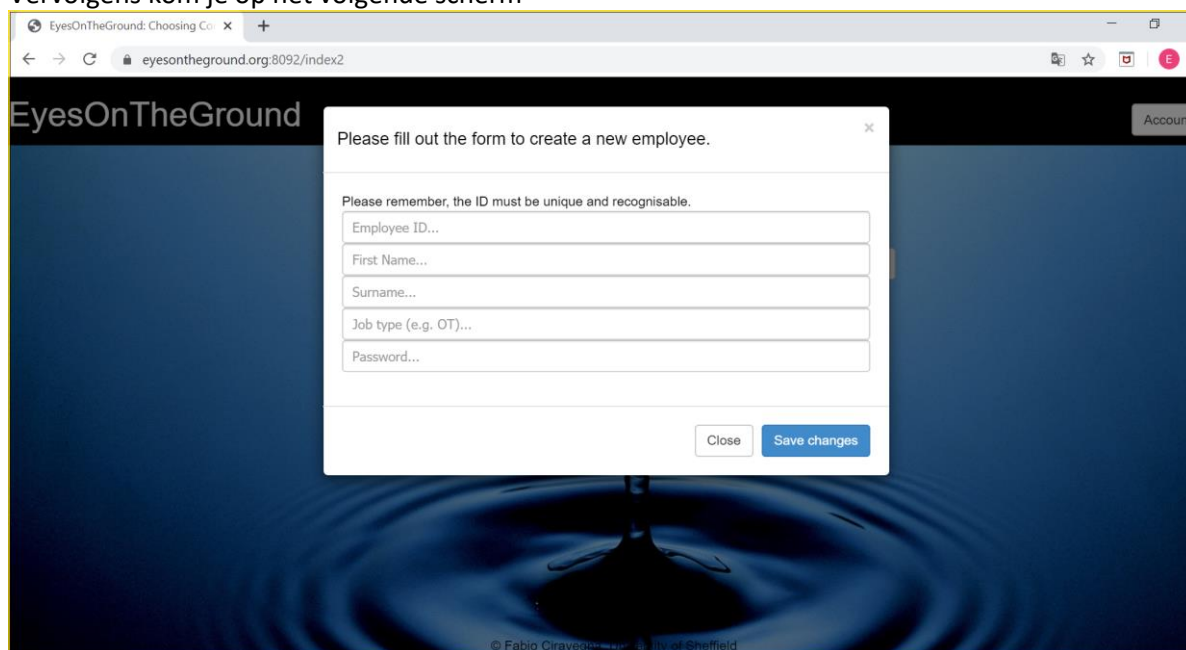
Je komt nu op de volgende pagina.



Selecteer bij Action New Employee



Vervolgens kom je op het volgende scherm



Bij Employee ID vul je een zelfgekozen nummer in.

! Let op: Dit nummer is bij het inloggen je gebruikersnaam dus bewaar dit nummer goed.

First name: Je voornaam

Surname: De eerste letter van de achternaam

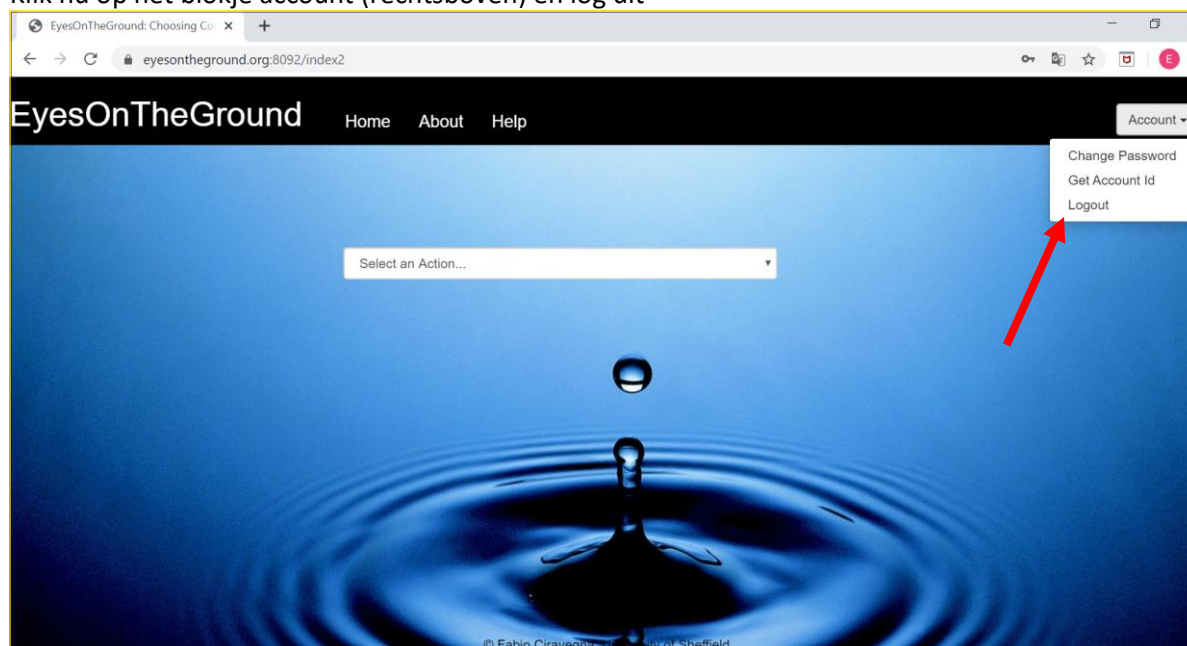
! Let op: Je mag ook je volledige achternaam invullen, maar je gegevens zijn niet volledig beschermd in deze fase van de ontwikkeling van het platform.

Job type: Ergotherapeut of OT

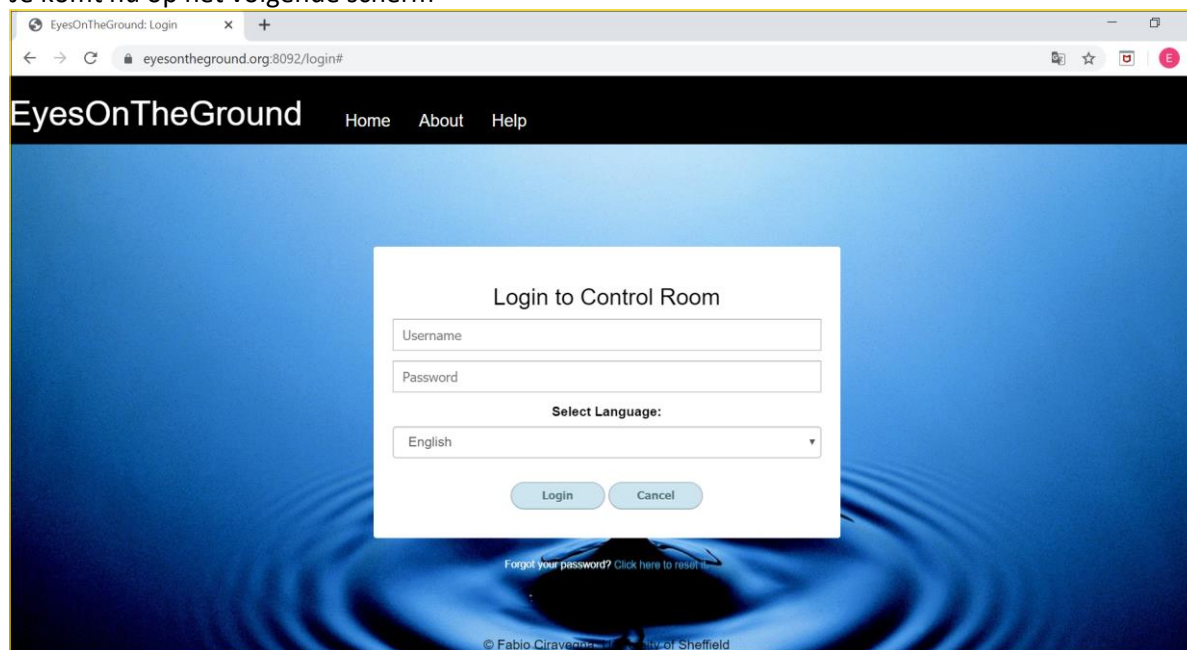
Password: Zelfgekozen wachtwoord

Klik nu op save changes.

Klik nu op het blokje account (rechtsboven) en log uit



Je komt nu op het volgende scherm

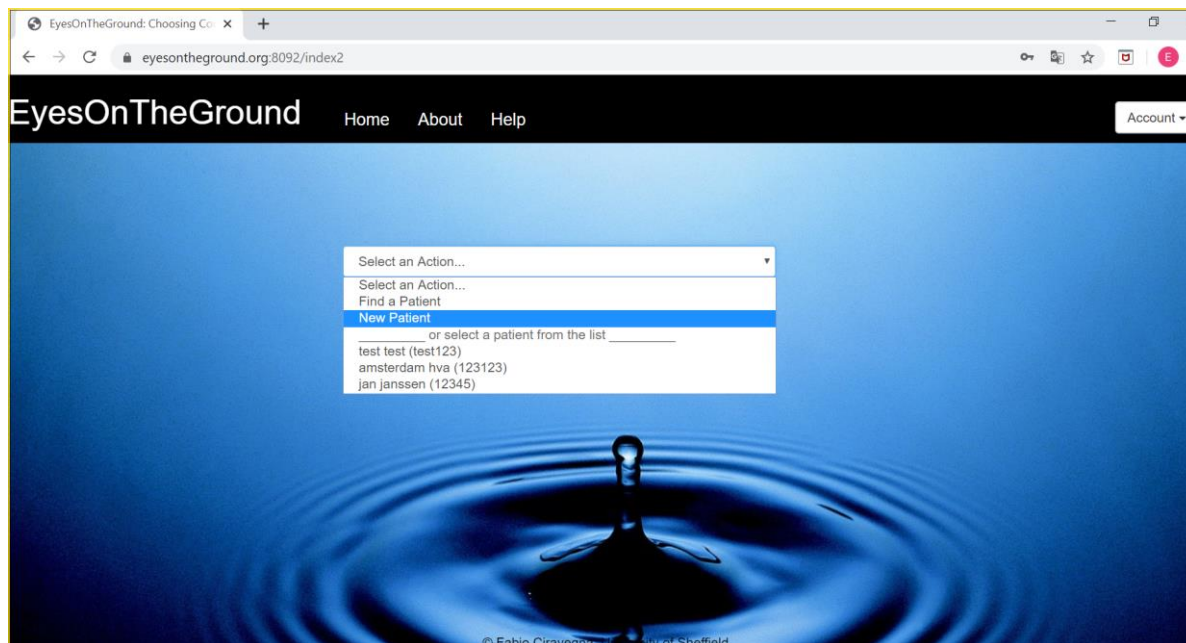


Log op dit scherm in met je gebruikerscode (het nummer dat je zojuist ingevuld hebt) en vul je wachtwoord in.

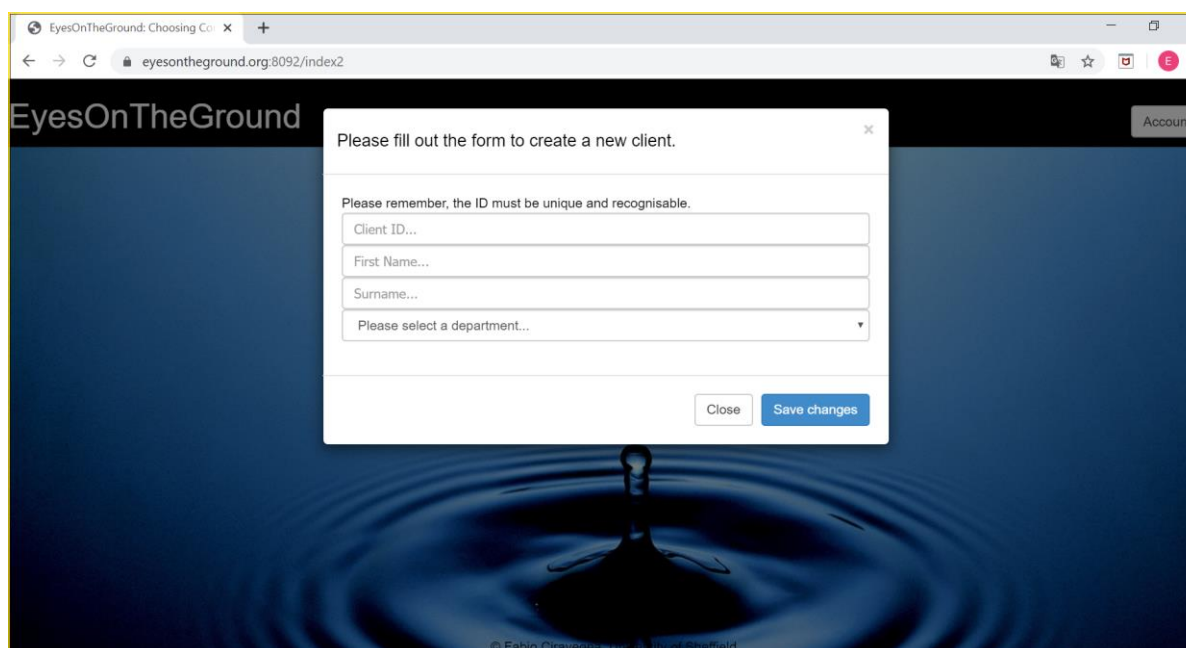
Klik vervolgens op login

Je bent nu ingelogd als ergotherapeut.

Aanmaken cliënt



Selecteer bij “Select an Action” een “New Patient” (nieuwe cliënt)



In dit formulier kun je een nieuwe cliënt aanmaken. Je moet een cliënt ID aanmaken, hier kun je wederom een nummer verzinnen.

! Let op: Het platform is nog in ontwikkeling waardoor de gegevens nog niet volledig beschermd zijn. Zorg ervoor dat er fictieve namen ingevuld worden. Je kunt een apart document maken met de link tussen fictieve naam en werkelijke cliënt, waardoor je wel weet welke fictieve cliënt wie is, maar dit niet op dit programma staat.

Selecteer bij “Please select a department..” ZuydTwo

EyesOnTheGround: Choosing Co... x +

eyesontheground.org:8092/index2

EyesOnTheGround Account

Please fill out the form to create a new client.

Please remember, the ID must be unique and recognisable.

Client ID...

First Name...

Surname...

Please select a department...

Please select a department...

- department
- dep-test
- astronomia
- departmentx
- cognospeak
- speciality
- pollo
- dutchservice
- hvaamsterdamone
- hvaamsterdamtwo
- zuydone**
- zuydtwo

© Fabio Ciravegna, University of Sheffield

EyesOnTheGround: Choosing Co... x +

eyesontheground.org:8092/index2

EyesOnTheGround Account

Please fill out the form to create a new client.

Please remember, the ID must be unique and recognisable.

101010

Zuyder

Land

zuydone

Close Save changes

© Fabio Ciravegna, University of Sheffield

Klik nu op save changes

De cliënt staat nu in je lijst met patients

Nu moet je een vervaldatum maken. De vervaldatum is de datum waarop de link naar het huisbezoek niet meer beschikbaar is. Deze datum is de dag van het geplande huisbezoek. De link zorgt ervoor dat de cliënt je op de dag van het huisbezoek kan bereiken, maar niet meer na deze datum. Als het huisbezoek wordt uitgesteld, of een tweede bezoek nodig is, kun je de vervaldatum aanpassen.

The screenshot shows the 'EyesOnTheGround' website interface. At the top, there's a navigation bar with 'Home', 'About', and 'Help' links, and an 'Account' dropdown. Below the navigation bar, there's a search bar containing 'zuyder land (101010)'. The main content area features a 'Links' form. The form has a title 'Links' and a label 'Enter an expiry date:'. Below this is a date input field with a placeholder 'dd-mm-yyyy'. A 'Generate Links' button is positioned below the input field. The background of the website is a blue gradient with a water ripple effect.

Vul de datum in en klik op Generate Links

Je komt nu op de volgende pagina.

The screenshot shows the 'EyesOnTheGround' website interface after generating links. The search bar still contains 'zuyder land (101010)'. The 'Links' form now displays the generated links and options. The form is divided into two sections. The top section contains the following information:

Links	
Control Room :	link
Client:	https://eyesontheground.org:8092/shrt0ij1izptW
Expires on:	18.03.2020

Below the table, there is an 'Update Expiry Date' button. The bottom section of the form contains two buttons: 'Message to Mobile' and 'QR Code (C)'. The background of the website is a blue gradient with a water ripple effect.

Bij cliënt staat een link. Deze link is de link die de cliënt krijgt. Kopieer de link en zet dit in een e-mail naar de cliënt. Je kunt ook gebruik maken van een QR Code.

Je kunt het volgende e-mailbericht sturen:

Beste,

Bedankt voor de deelname. Om het huisbezoek te kunnen starten wil ik u vragen om plaats te nemen voor uw telefoon of tablet. Ook uw naaste kan hier plaatsnemen. Wanneer u (en uw naaste) er klaar voor bent kunt u op de onderstaande link klikken:

Link

Wanneer u dit gedaan heeft komt u uit op een webpagina. U dient hier op de “call” knop te duwen. U wordt dan verbonden met uw behandelend ergotherapeut, deze zal op het scherm verschijnen en contact met u leggen.

De ergotherapeut zal u af en toe toestemming vragen om een foto te nemen of een korte video te maken. Wanneer de ergotherapeut vraagt om het programma te refreshen dient u omlaag te vegen over het scherm.

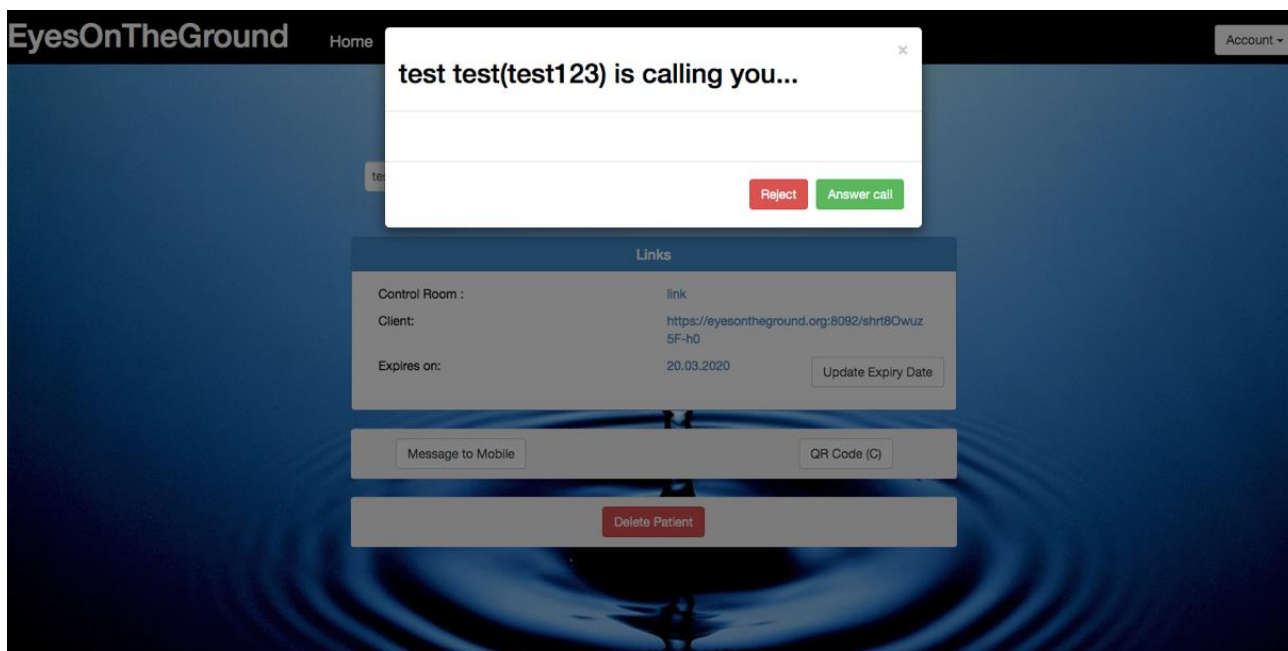
Wanneer er dingen onduidelijk zijn of u bepaalde knoppen niet kunt vinden, stel dan gerust uw vragen.

Met vriendelijke groet,

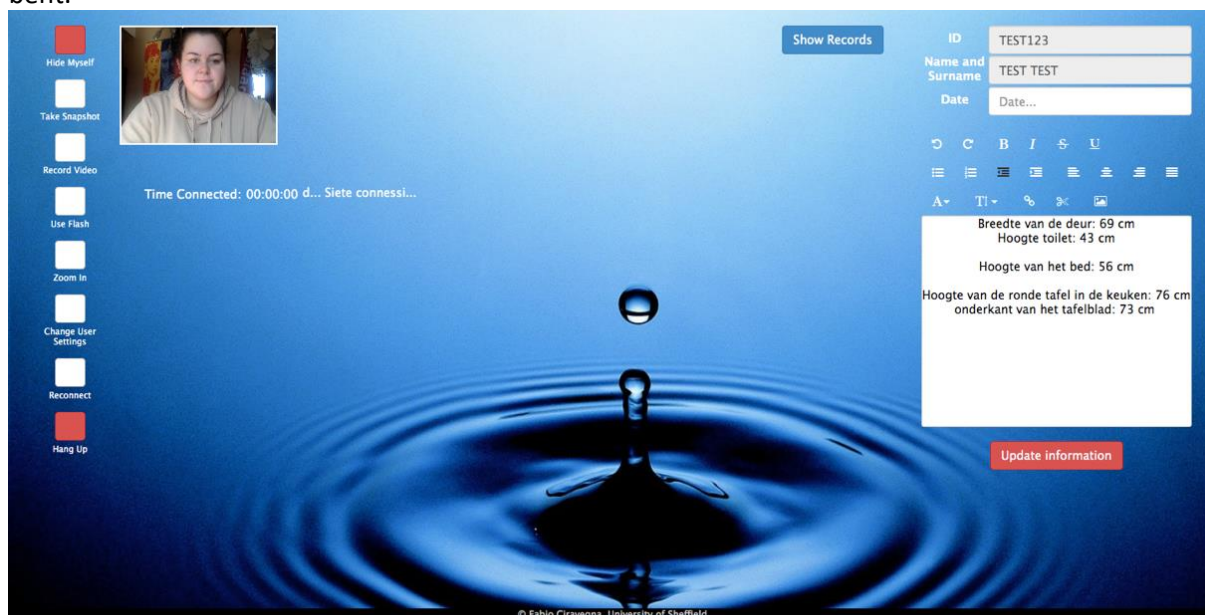
...

Verbinding maken

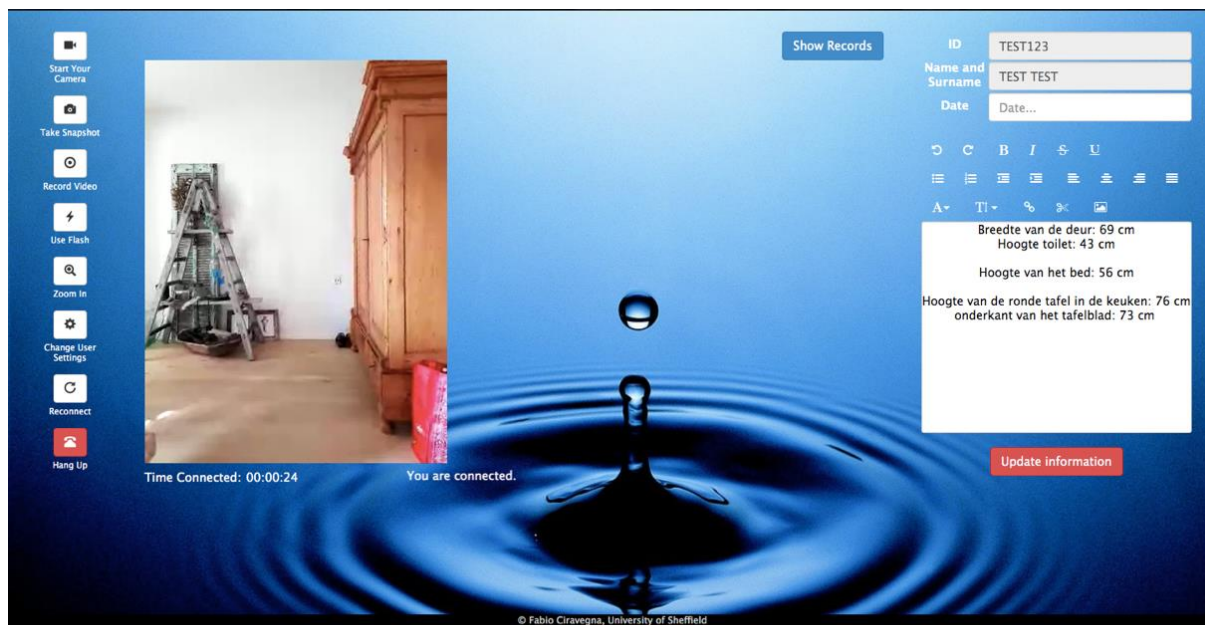
Wanneer de cliënt jou belt komt er een notificatie van het inkomende gesprek in beeld. Druk op de groene knop ‘Answer call’ en de virtuele connectie zal gestart worden.



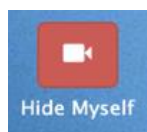
Totdat de verbinding met de cliënt goed is, krijg je een scherm te zien waarop jij alleen zichtbaar bent.



Als de cliënt is verbonden, zie je het volgende scherm.



Bediening systeem



Hide Myself; Wanneer je het huisbezoek met de cliënt start is het sterk aan te bevelen dat de cliënt jou kan zien. Wanneer de cliënt start met het lopen door de woning, verberg je jezelf zodat de cliënt op het scherm ziet, wat hij/zij filmt. Vertel altijd dat je jezelf verbergt en vertel waarom.

Belangrijk: Voordat je jezelf verwijderd ziet de cliënt weinig van hetgeen dat hij filmt. Daarom is het aan te bevelen dat je jezelf aan het begin laat zien, wanneer er vragen zijn en aan het eind van het bezoek. Tussendoor verberg je jezelf, zodat de cliënt groot kan zien wat hij aan jou laat zien.



Take Snapshot: Met deze knop maak je een foto van de omgeving.

Belangrijk: Zeg altijd wanneer je een foto gaat maken. Zorg ervoor dat de cliënt de telefoon stilhoudt wanneer je de foto neemt. Dit duurt langer dan wanneer je regulier een foto zou maken. De cliënt hoort via zijn telefoon wanneer de foto gemaakt wordt. Wanneer je foto's of video's terug wilt kijken, klik je op: show records (dit kan ook nog achteraf).



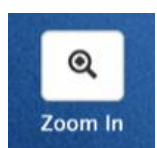
Record Video: Met deze knop kun je een video maken van de omgeving of van een handeling. Vraag altijd toestemming om dit te doen.

Belangrijk: Maak korte video's. Lange video's zijn grote bestanden die opgeslagen moeten worden, wat het lastiger maakt om deze later terug te kijken. We bevelen aan om de video maximaal drie minuten te laten duren. Wanneer je foto's of video's terug wilt kijken, klik je op: show records (dit kan ook nog achteraf).

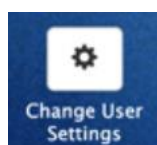


Use Flash: Met deze knop kun je op afstand de flitser van de telefoon aanzetten, bv. wanneer het een erg donkere ruimte is. Vraag altijd toestemming om dit te doen en geef duidelijk aan wanneer je het doet.

Belangrijk: Het aanzetten van flitser op afstand verbruikt veel batterij van de telefoon van de cliënt. Daarnaast kan de telefoon en de flitser warm worden. Waarschuw de cliënt hiervoor. Gebruik de flitser kort en enkel wanneer het nodig is. De flitser werkt niet op alle telefoons.



Zoom In; Met deze knop je kun je inzoomen. Wanneer je er een tweede keer op klikt, zoom je weer uit. Vraag altijd toestemming om in te zoomen.



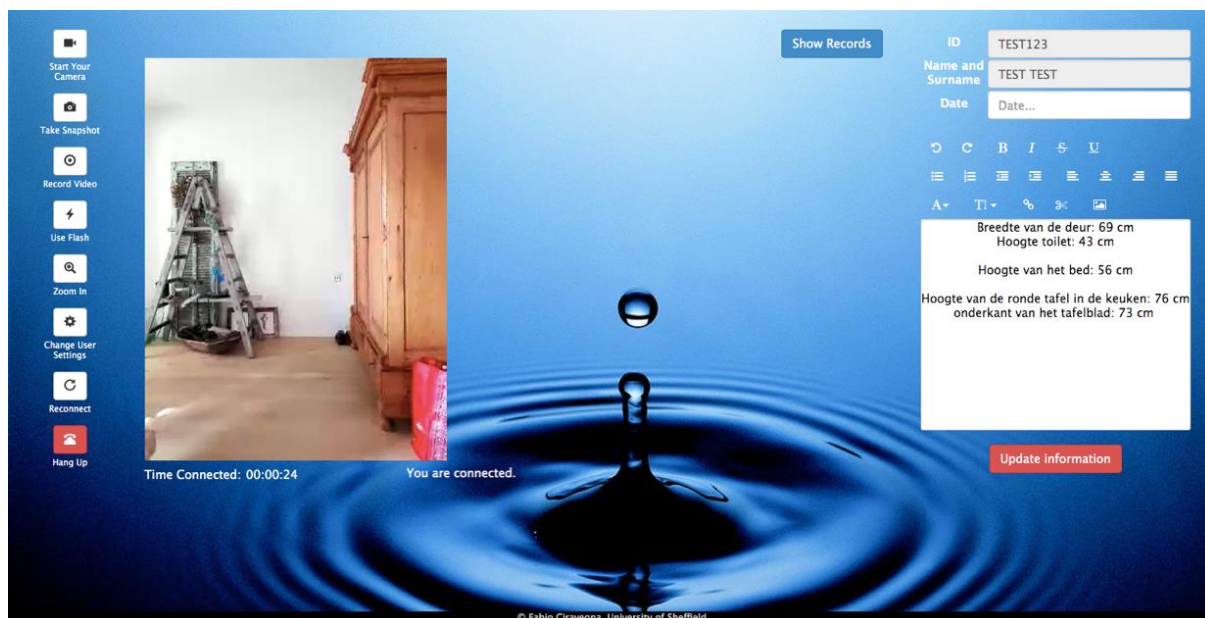
Change user setting: Deze knop zorgt ervoor dat je de camera van de cliënt kunt draaien bv richting het gezicht van de cliënt of richting de ruimte. Vraag hier altijd toestemming voor.

Belangrijk: Het draaien van de camera leidt ertoe dat het geluid weg valt. Hierdoor is het gebruik van deze knop niet aan te bevelen. Wanneer je toch de cliënt wilt zien, zou deze zijn hele telefoon moeten draaien.

Notities maken

Aan de rechterkant van het scherm kunnen notities worden gemaakt. Dit kan zowel tijdens als na het virtuele contact met de cliënt.

! Let op: De notities worden bewaard in het systeem van ViVA. De notities komen niet automatisch in het elektronisch patiëntendossier te staan. Indien dit wel gewenst is, dienen de notities geknipt/gekopieerd en geplakt te worden op de juiste locatie.



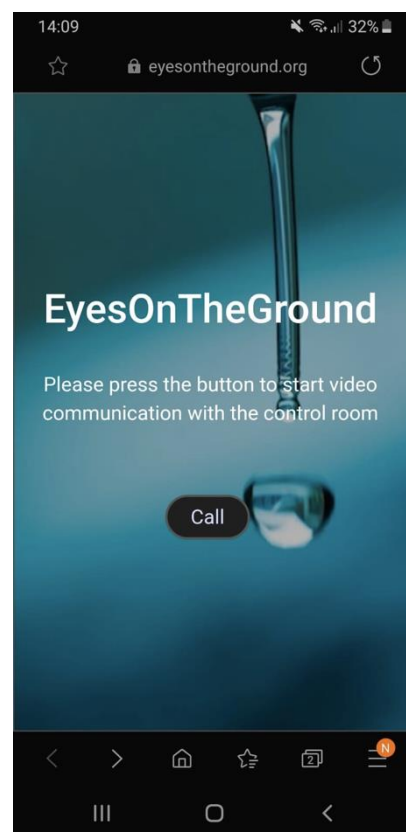
Cliëntinstructie

Cliënt instructie

De cliënt krijgt via de mail een link toegestuurd. Wanneer hierop geklikt wordt, krijgt de cliënt dikwijls de vraag welke browser hij wenst te gebruiken.

! Let op: Het is van belang dat de cliënt altijd voor GoogleChrome kiest.

Wanneer de link opent, ziet de cliënt het volgende scherm te zien:

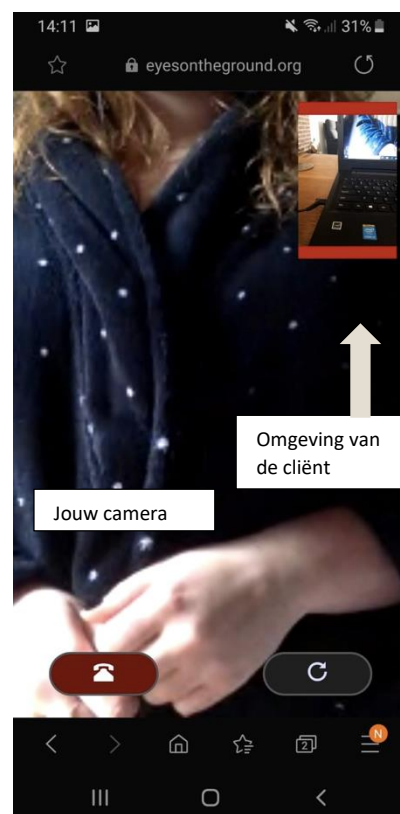


! Let op: De cliënt start altijd het gesprek.

Het gesprek wordt gestart door op de 'call' knop te drukken, de cliënt krijgt dan het volgende te zien:

! Let op: in het begin van het gesprek, is het belangrijk dat je zelf ook in beeld bent, om de cliënt op zijn gemak te stellen. Naar mate het gesprek vordert, kan jouw camera uitgezet worden en aangeschakeld worden wanneer je de cliënt aanspreekt bijvoorbeeld.

! Let op: wanneer jouw camera aan staat, ziet de cliënt zijn omgeving maar heel klein in beeld. Zoals op de afbeelding hiernaast te zien is.

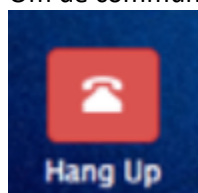


Hieronder is een afbeelding te zien van het scherm van de cliënt, wanneer jouw camera uitstaat.



! Let op: het is van belang dat de cliënt geïnstrueerd wordt omtrent het niet gebruiken van de 'draai camera knop' – die hiernaast te zien is. Dit zorgt ervoor dat de camera van de cliënt gedraaid wordt en resulteert in het feit dat de audio van de cliënt wegvalt.

Om de communicatie te verbreken kan je als therapeut op de 'hang up' knop drukken.



Tips

- Bij het opstarten van het gesprek, is het van belang dat je jezelf laat zien. Dit zorgt ervoor dat de cliënt zich mogelijk eerder op zijn gemak voelt.
- Na de introductie, kun je het beste jouw camera uitschakelen. Op deze manier ziet de cliënt hetgeen dat hij filmt groot op het scherm.
- Het is van belang dat de cliënt probeert om de telefoon zo stil mogelijk te houden en zo langzaam mogelijk te bewegen, om de kwaliteit van het beeld te waarborgen. Indien er sprake is van tremors, zal er gekeken moeten worden naar eventuele ondersteuning van een naaste, die de camera vasthoudt.
- Als problemen optreden, is het vaak genoeg om de cliënt de pagina te laten refreshen (pagina omlaag vegen). Wanneer dit niet lukt, kan jij als therapeut dit ook doen.

Bedankt voor het lezen van deze handleiding. Mochten er na het lezen nog vragen resten, voel je vrij om contact met ons op te nemen op onderstaand e-mailadres:

afstudeeronderzoekVIVA@gmail.com

Bijlage 3: Casussen voor testfase

Onderstaand is een drietal casussen te lezen, we hebben ervoor gekozen om de thuissituatie in de casus niet te vermelden, aangezien de huisbezoeken plaatsvinden in jullie thuissituatie. Dit is dan ook de woonsituatie van de beschreven cliënten.

Casus 1

- 72-jarige mevrouw Peters
- Samenwonend met echtgenoot en hond
- Twee dochters en vier kleinkinderen (goed contact)
- Zowel echtgenoot als dochters zijn in staat om aanwezig te zijn bereid het huisbezoek (indien nodig)
- Met pensioen, voert vrijwilligerswerk uit
- Hobby's: legpuzzels maken, kleding naaien en spelletjes spelen op de I-pad.
- Mevrouw beschikt over een Android telefoon
- Mevrouw heeft eind 2019 een CVA (herseneninfarct) doorgemaakt
- Klachten: Uitvalsverschijnselen rechterzijde
- Beweegt zich voort door middel van een rollator
- Mevrouw heeft moeite met de acceptatie van haar huidige situatie

Casus 2

- 74-jarige meneer Janssen
- Alleenwonend
- Twee zonen, wonen ver weg
- Meneer beschikt over een Android telefoon
- Contact met buurvrouw
- Collumfractuur rechterzijde, door val binnenshuis (afgelopen maand opgelopen)
- Operatie heeft plaatsgevonden, revalidatie loopt
- Beweegt zich voort door middel van een kruk
- Hobby's: schilderen, voetbal kijken en koken
- Klachten: mobiliteitsproblemen
- Meneer leert steeds beter om te gaan met zijn beperkingen en is erg gemotiveerd om te revalideren.

Casus 3

- 85-jarige mevrouw Katzenbauer
- Samenwonend met echtgenoot
- Een dochter, een zoon
- Hobby's zijn op dit moment moeilijk om uit te voeren. Ze vindt het moeilijk om te starten met een activiteit.
- Aankleden gaat moeizaam, echtgenoot kan hierbij ondersteunen maar dit vergt veel energie.
- Ze heeft moeite met het indelen van haar dag en kan moeilijk op gang komen.
- Last van tremors en geheugenproblematiek
- Verplaatst zich middels een Parkinson rollator (starten en stoppen gaat lastig)
- Tijdens het lopen schuiven de voeten over de grond.

Bijlage 4: Interviewguide

Interviewguide ViVA

Inleiding

Introductie	U heeft afgelopen weken ViVA uitgeprobeerd en getest. We zijn erg benieuwd naar uw ervaringen. Fijn dat we u hierover mogen interviewen.	Informed consent moet zijn ondertekend
Thema's aangeven	In dit gesprek willen we samen met u drie <u>thema's</u> bespreken namelijk: Ervaring met fysieke huisbezoeken, gebruikerservaring ViVA, verwachting van de performance en effort (bereidheid). Deze thema's bespreken we ook met de andere ergotherapeuten.	
Uitleg over het doel van het onderzoek	Door middel van dit interview wordt uw gebruikerservaring van ViVA achterhaald. Door het achterhalen van de gebruikerservaringen van ergotherapeuten kan een beeld geschetst worden over de implementatie van ViVA in de Nederlandse context.	
Uitleg over de werkwijze	In het interview zijn uw ervaringen met ViVA het belangrijkste. Daarnaast vragen we u, uw verwachtingen uit te spreken over het toekomstperspectief van het programma. Het gesprek duurt ongeveer één uur.	
Aangeven dat de gegevens anoniem en vertrouwelijk worden verwerkt.	Bij het uitwerken van dit interview worden namen geanonimiseerd. Wat tijdens dit gesprek aan de orde komt wordt alleen voor het onderzoek naar de gebruikerservaring van ViVA gebruikt. De informatie wordt vertrouwelijk verwerkt en opgeslagen. Tijdens het interview kunt u ten alle tijden stoppen. Heeft u tot nu toe vragen? Is het doel en de gang van zaken van het gesprek duidelijk?	

Vertellen dat het gesprek opgenomen wordt.	Het interview wordt opgenomen en letterlijk uitgetypt. Vanuit de wet is voorgeschreven dat we u om toestemming vragen als we gebruik maken van een audio-opname. Wilt u, zodra deze opname start aangeven dat u toestemming geeft voor opname van het gesprek? Geeft u als interview ... toestemming met de opname van dit interview?	
Start van het gesprek Persoonlijke introductievragen	Kunt u kort iets over uzelf als professional vertellen? (leeftijd)	- In welke setting bent u werkzaam? - Hoe lang? - Welke verdere werkervaring heeft u? - Welke ervaring heeft u in het adviseren? - Heeft u na- of bijscholing gehad m.b.t. het adviseren? - Hoeveel ervaring heeft u bij het doen bij het huisbezoek?
Vragen over de thema's Thema 1: Ervaring fysieke huisbezoeken	Hoe ervaart u het doen van fysieke huisbezoeken?	- Wat zijn uw motieven om een huisbezoek uit te voeren? - Wie doet de indicatie voor een huisbezoek? - Hoe vaak doet u gemiddeld een huisbezoek per maand?

	Kunt u een inschatting maken van de gemiddelde kosten van een huisbezoek?	- Hoe hebben organisatorische factoren invloed op het uitvoeren van een huisbezoek? ○ Reistijd ○ Beschikbaarheid van vervoer ○ Betrokkenheid van andere stakeholders ○ Caseload van de ergotherapeut ○ Opname duur van cliënten ○ Duur van het huisbezoek ○ Beperkte middelen - Maakt u gebruik van hulpmiddelen tijdens het uitvoeren van een huisbezoek? - Ervaart u facilitators en belemmeringen bij een huisbezoek? En welke zijn dit? ○ Bij het uitvoeren van een huisbezoek met de cliënt? ○ Binnen de organisatie? - Ervaart u landelijke bevorderende en/of belemmerende factoren bij het uitvoeren van een huisbezoek? - DUUR HUISBEZOEK
Thema 2: Gebruikerservaring over ViVA	Op welke manier heeft u ViVA getest? Heeft u het idee dat u ViVA onder de knie heeft? Kent u alle functionaliteiten? Heeft u het gevoel dat u deze beheerst?	- Hoe vaak heeft u ViVA getest? - Met wie heeft u ViVA getest? - Was u al op de hoogte van de thuisomgeving van de simulatiecliënt met wie u het getest heeft?

Hoe ervaart u ViVA?	
ViVA wordt in de huidige vorm gebruikt als alternatief voor het fysieke huisbezoek. De doelstelling van het uitvoeren van een huisbezoek blijft hierbij gelijk. In welke mate ervaart u dat middels ViVA deze doelstelling bereikt kan worden? (Bruikbaarheid)	
Hoe ervaart u het programma in gebruik?	- Kon u het programma makkelijk in gebruik nemen? - Kon u het programma makkelijk bedienen? (evt. met handleiding) - Kunt u met ViVA alles doen, wat u bij een fysiek huisbezoek ook doet? - o Wordt er iets gemist? - Zijn er technische aspecten die u lastig vindt? - Welke ondersteuning heeft u nodig bij het gebruik van ViVA?
Hoe ervaart u de toegankelijkheid van ViVA?	- Kan iedere therapeut gebruik maken van het programma? Waarom wel/niet? - Kan iedere cliënt, die jullie behandelen, gebruik maken van ViVA, waarom wel/niet? - Hoe ervaart u het dat ViVA enkel op android toestellen gebruikt kan worden? - Hoe ervaart u het inspelen op problemen de netwerkverbinding?
Hoe ervaart u de efficiëntie van het gebruik?	- Hoe staat uw tijdsinvestering in vergelijking met een fysiek huisbezoek? - Weegt de voorbereidende investering op tegen de resultaten van het programma? - Heeft ViVA invloed op uw ervaren werklast? - Doorvragen op tevredenheid

	Bent u tevreden met het programma?	- Welke functionaliteiten zijn handig? - Zijn er functionaliteiten die in de huidige versie gemist worden? Wat zou u een toevoeging vinden?
	Wat zijn motieven om ViVA te gebruiken? Wat zijn motieven om ViVA niet te gebruiken?	
Thema 3: Verwachtingen van de performance en effort	Hoe kijkt u aan tegen de implementatie van ViVA binnen de organisatie?	- Wat kan hierbij ondersteunend werken? - Waar ziet u beperkingen? - Geeft ViVA antwoord op de huidige knelpunten die bij fysieke huisbezoeken ervaart? - Wat verwacht u van een eventuele implementatie? - Hoe ziet u ViVA binnen uw organisatie? - o Hoe kunnen collega's en management hier tegenaan kijken? - Hoe ziet u de haalbaarheid van ViVA binnen uw organisatie? - Hoe ziet u de haalbaarheid binnen de Nederlandse context?

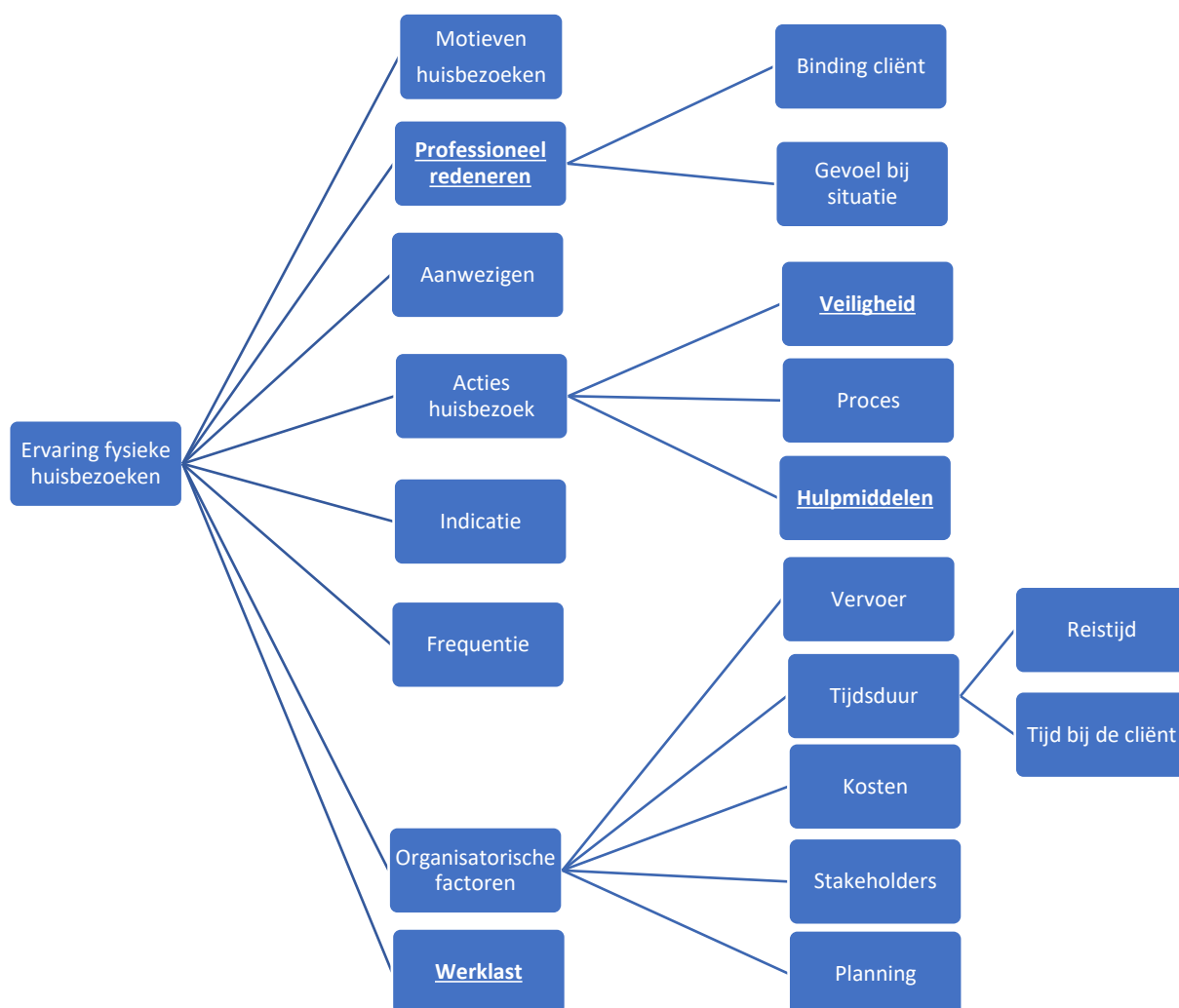
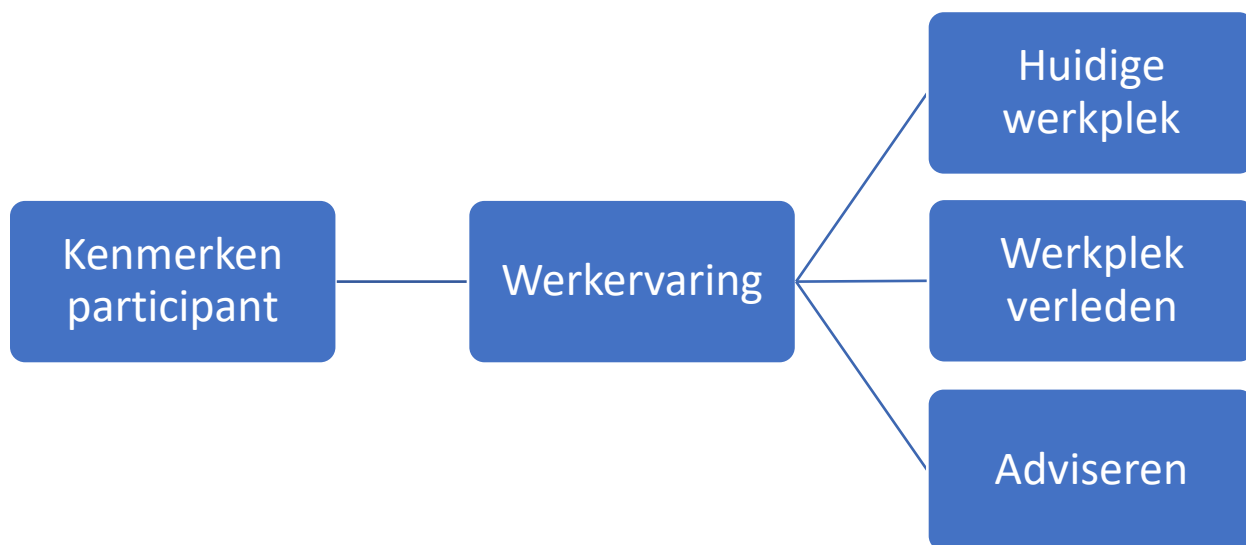
	Welke invloed heeft ViVA op het zorgproces tussen therapeut en cliënt?	- Hoe verwacht u dat de cliënt ViVA ervaart? - o Ervaring als simulatiecliënt en uit werkervaring - Hoe heeft ViVA invloed op de zorgrelatie tussen therapeut en cliënt? - Wat hebben cliënten nodig om gebruik te kunnen maken van ViVA?
Toepassingen	Hoe kan ViVA nog meer toegepast worden binnen de ergotherapie?	- In welke settingen/praktijkcontexten zou de ervaren meerwaarde het grootst kunnen zijn? - Bij welke cliënten zou ViVA de grootste potentie kunnen hebben? (leeftijd, aandoening, omstandigheden) - Op welke manier zou je ViVA nog meer kunnen toepassen, buiten het huisbezoek.
Eindvraag	Hoe ziet u het uitvoeren van een huisbezoek over een aantal jaar en kan ViVA hierin een rol spelen?	
Afsluiting interview	Wilt u nog iets toevoegen aan dit gesprek? Zijn er zaken die nog niet aan bod zijn gekomen, maar die u wel belangrijk vindt over uw ervaring met ViVA?	
Vervolg uitleggen	Dit gesprek zal letterlijk uitgetypt worden. We zouden graag de uitgetypte versie naar u toesturen, zodat u zeker weet dat we uw ervaring juist geïnterpreteerd hebben. U heeft vervolgens de mogelijkheid om data te wijzigen. Wanneer we binnen vijf werkdagen geen reactie ontvangen, gaan we ervan uit dat u akkoord gaat met de toegestuurde versie.	

	Uit alle interviews worden thema's bepaald en een analyse geschreven over de gebruikerservaring en haalbaarheid van ViVA. Uiteindelijk zal een onderzoeksverslag gevormd worden over de toekomst van ViVA in de Nederlandse context. Heeft u nog vragen?	
Bedanken	We willen u graag bedanken voor uw tijd en deelname aan het interview. We hopen dat u het gevoel heeft uw ervaringen te kunnen delen en dat naar uw ervaring is geluisterd. Vanaf dit moment wordt de audio-opname gestopt.	
Ter afsluiting	Voor vragen of andere zaken mag u ons natuurlijk contacteren. afstudeeronderzoekVIVA@gmail.com Evie van Aarsen, Femke Crommentuijn, Roxan Habets en Randy Hukkelhoven Docentbegeleider: Uta Roentgen Opdrachtgever: Ramon Daniëls Lectoraat ondersteunende technologie in de zorg	

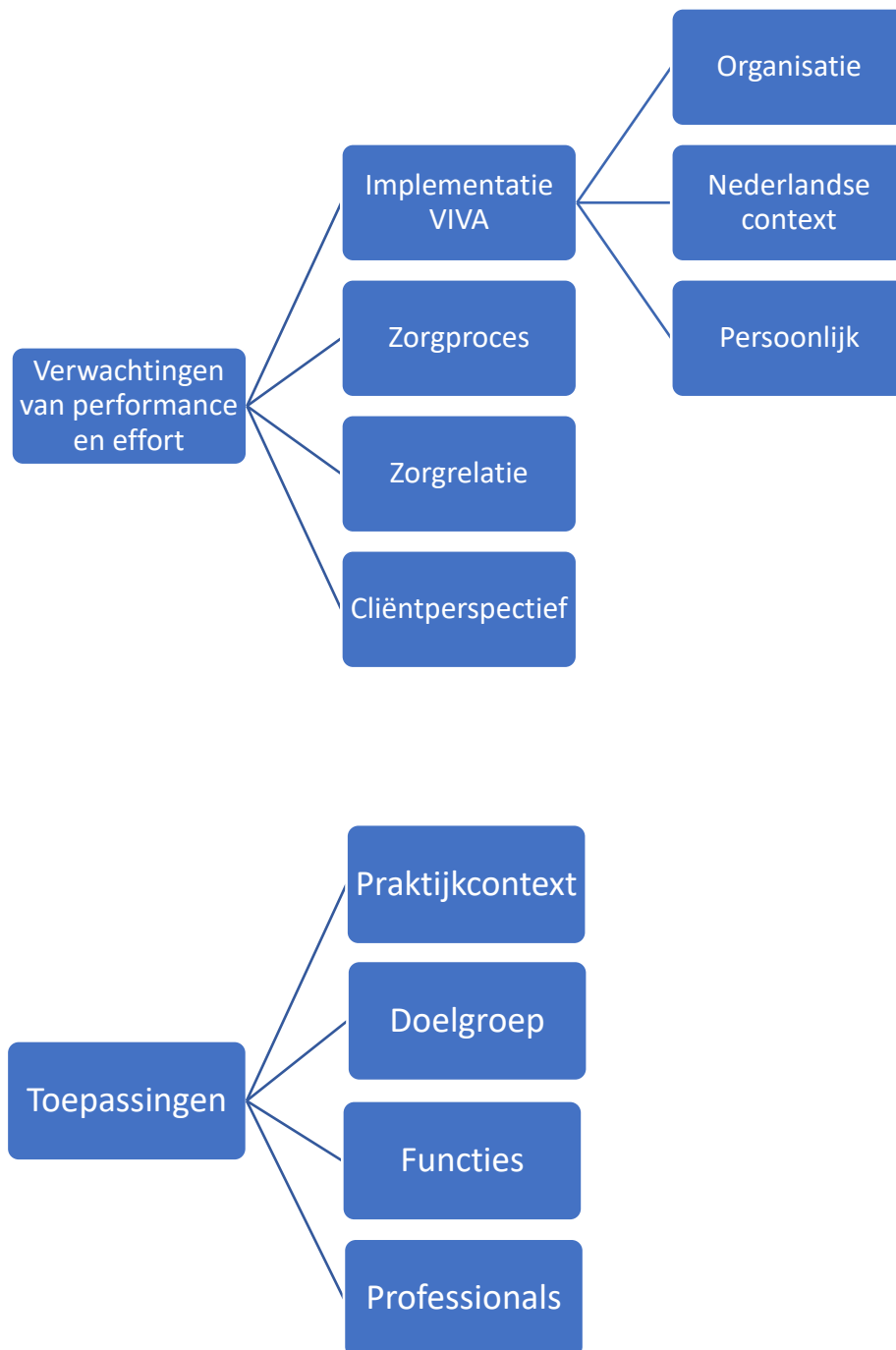
Bijlage 5: Fragment van data-analyse interview

	Transcript	Meaning Value	Code
O	Geef je als interview 2 toestemming om deze opname op te nemen?		
I2	Ja, ik geef toestemming.		
O	Okee dat is fijn. Dan beginnen we met het eerste introductiethema. Zou je in het kort eens iets kunnen vertellen over jezelf als professional?		
I2	Uh ja, ik ben in juli 2016 ben ik afgestudeerd. En toen heb ik een operatie van mijn knie gehad dus ik heb het eerste half jaar helaas niet kunnen werken. Toen ben ik in februari 2017 ben ik gestart hier binnen Zuyderland. Waar ik dus nu ook werk. Daarnaast ben ik ook nog in Grubbenvorst begonnen, een paar uur. Daar heb ik nu nog steeds een oproepcontract. Dus dat heb ik naast de 32u die ik hier nu werk, werk ik nog als oproeper daar op m'n vrije dag. Toen heb ik in het jaar 2017 van februari tot september hier bij Zuyderland gewerkt, met name intermurale werkzaamheden eigenlijk gedaan. En toen helaas gingen ze reorganiseren, een ander pad, dus kon ik helaas niet meer hier blijven. Toen heb ik nog een zwangerschapsvervangende gedaan binnen Veldhoven. Ook een zorgcentra. Daar heb ik ook revalidatie gedaan en toen mocht ik in 2018 weer terugkomen hier. En sindsdien ben ik hier nu ja eigenlijk twee jaar weer werkzaam en werk ik op de PG afdeling en ELV. Eerstelijns verblijf heet dat. Ik weet niet of jullie hier bekend mee zijn?	Afgestudeerd in 2016 Februari 2017 tot september 2017 gewerkt binnen Zuyderland. Intramurale werkzaamheden. Door reorganisatie weg gemoeten bij Zuyderland en zwangerschapsvervangende gedaan binnen Veldhoven, binnen een Zorgcentrum op de revalidatieafdeling. Vanaf 2018 tot nu 32 uur werkzaam binnen Zuyderland, PG afdeling en ELV. Op dit moment oproepkracht in Grubbenvorst op haar vrije dag.	Werkervaring Werkplek verleden Werkplek verleden Werkplek heden Werkplek heden
O	Ik niet nee.		

Bijlage 6: Boomdiagrammen codering







Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

Beste deelnemer,

Allereerst willen wij, Evie van Aarsen, Femke Crommentuijn, Roxan Habets en Randy Hukkelhoven u bedanken voor uw interesse en het nemen van de tijd om deze vragenlijst in te vullen.

Wij zijn vier studenten ergotherapie aan Zuyd Hogeschool te Heerlen. Momenteel zijn we bezig met ons afstudeeronderzoek over een online programma (VIVA) om op afstand een huisbezoek uit te voeren. Middels deze vragenlijst kan antwoord worden gegeven op enkele deelvragen van het onderzoek. Het doel is om te achterhalen of er potentie en bereidheid is voor het gebruik van VIVA, om in de toekomst mogelijk geïmplementeerd te worden in de ergotherapeutische beroepspraktijk.

We vragen u deel te nemen wanneer u vijf of meer huisbezoeken hebt uitgevoerd in uw carrière als ergotherapeut.

Deelname aan deze vragenlijst is geheel vrijwillig en anoniem. Indien u besluit om deel te nemen is het ten alle tijden mogelijk om uw deelname te stoppen en gaat u akkoord met de volgende punten:

- Alle onderzoeksdata worden tien jaar bewaard op een beveiligde schijf van Zuyd Hogeschool
- Het onderzoeksteam wordt in de mogelijkheid gesteld om alle onderzoeksdata, verkregen middels deze vragenlijst, in te zien en uitsluitend te gebruiken ten behoeve van het onderzoek.

Uw mening en opvattingen spelen de grootste rol, er zijn dus geen goede of foute antwoorden. We zijn geïnteresseerd in uw motivatie en redenering. Het invullen van de vragenlijst zal tussen de 10 en 15 minuten in beslag nemen. De eerste vragen gaan algemene informatie en zijn gericht op traditionele huisbezoeken, hierna wordt VIVA toegelicht en de daarop volgende vragen zijn gericht op het gebruik van VIVA.

Indien u de vragenlijst invult en verstuurd, neemt u deel aan het onderzoek en gaat u akkoord met bovengenoemde punten.

Indien u niet wenst deel te nemen aan de vragenlijst, kunt u deze pagina sluiten, u hoeft verder niets te doen.

Alvast bedankt voor uw deelname en de bijdrage aan ons afstudeeronderzoek VIVA.

Uw identiteit zal verborgen blijven.

Wanneer verborgen identiteit in enquêtes worden gebruikt, worden er geen identificeerbare gegevens, zoals browsertype en -versie, internet-IP-adres, besturingssysteem of e-mailadres opgeslagen bij het antwoord. Dit is om de identiteit van de respondent te beschermen.

[Volgende >>](#)

3 % voltooid

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

* Wat is uw leeftijd in jaren bij het invullen van deze vragenlijst?

Selecteren...

Volgende >>

6 % voltooid

© Copyright www.questionback.com. All Rights Reserved.

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

* Wat is uw geslacht?

☐ Man

☐ Vrouw

☐ Geen antwoord

☐ Anders:

Volgende >>

9 % voltooid

© Copyright www.questionback.com. All Rights Reserved.

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

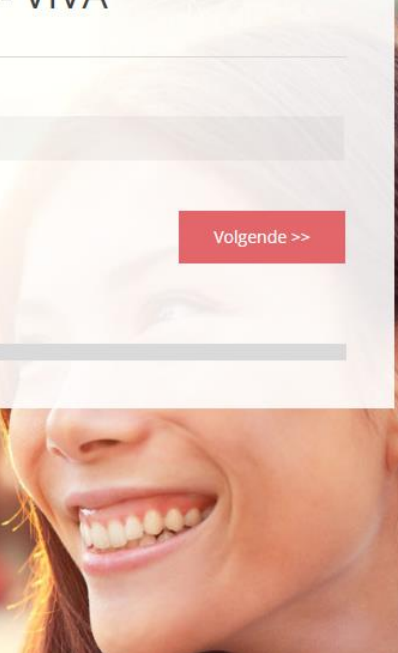
* Hoeveel jaar bent u al werkzaam als ergotherapeut?

Selecteren...

Volgende >>

12 % voltooid

© Copyright www.viva.nl. All Rights Reserved.



Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

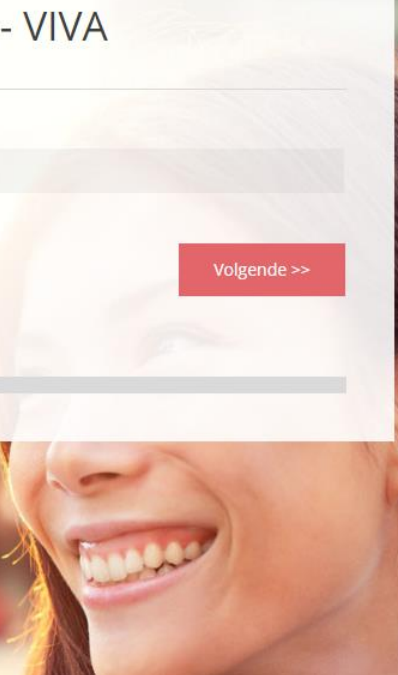
* Hoeveel keer per maand voert u gemiddeld een huisbezoek uit?

Selecteren...

Volgende >>

15 % voltooid

© Copyright www.viva.nl. All Rights Reserved.



Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

Meerdere antwoorden mogelijk

*** In welke praktijkcontext(en) bent u, op dit moment, werkzaam?**

- ☐ Ziekenhuis/medisch centrum
- ☐ Revalidatiesetting
- ☐ Ouderenzorg
- ☐ Gehandicaptenzorg
- ☐ Psychiatrie
- ☐ Ergotherapie in de eerste lijn
- ☐ WMO-Consulent
- ☐ Adviseur hulpmiddelenleverancier
- ☐ Anders: namelijk,

Volgende >>

18 % voltooid

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

Meerdere antwoorden mogelijk

*** Met welke leeftijdsgroep(en) werkt u voornamelijk?**

- ☐ Kinderen
- ☐ Jong volwassen
- ☐ Volwassenen
- ☐ Ouderen
- ☐ Anders: namelijk,

Volgende >>

21 % voltooid

© Copyright www.questbase.com. All Rights Reserved.

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

*** Met welke doelgroep(en) werkt u voornamelijk (denk aan CVA, dwarslaesie, dementie, CP, psychiatrische stoornissen etc.)?**

0/4000

Volgende >>

24 % voltooid

© Copyright www.questbase.com. All Rights Reserved.

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

Meerdere antwoorden mogelijk

*** Wat zijn de motieven voor het uitvoeren van een traditioneel huisbezoek?**

- ☐ Inventariseren van het handelen in de thuissituatie
- ☐ Onderzoeken van ondersteuningsbehoeften in de thuissituatie
- ☐ Identificeren van behoefte en adviseren van mogelijke voorzieningen/hulpmiddelen
- ☐ Identificeren van behoefte en adviseren van mogelijke woningaanpassingen
- ☐ Identificeren en mogelijk geven van educatie aan cliënt(systeem)
- ☐ Anders: namelijk,

Volgende >>

26 % voltooid

© Copyright www.moodle.nl. All Rights Reserved.

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

U dient de reistijd in minuten uit te drukken.

Voorbeeld: 20 minuten is 20, 1 uur en drie kwartier is 105

*** Hoelang is de gemiddelde reistijd voor een huisbezoek, in minuten, van en naar de cliënt (dus de heen en de terugweg)?**

Volgende >>

29 % voltooid

© Copyright www.moodle.nl. All Rights Reserved.

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

U dient de reistijd in minuten uit te drukken.

Voorbeeld: 20 minuten is 20, 1 uur en drie kwartier is 105

*** Wat ziet u als de maximale reistijd voor een huisbezoek, in minuten, van en naar de cliënt in uw huidige setting / praktijkcontext?**

Volgende >>

32 % voltooid

© Copyright 2019 www.viva.nl. All Rights Reserved.

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

U dient de tijd in minuten uit te drukken.

Voorbeeld: 20 minuten is 20, 1 uur en drie kwartier is 105

*** Wat is de gemiddelde duur van een huisbezoek, in minuten? Hierbij gaat het om de daadwerkelijke tijd die u spendeert bij de cliënt thuis.**

Volgende >>

35 % voltooid

© Copyright 2019 www.viva.nl. All Rights Reserved.

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

* Heeft u enig idee welke kosten een huisbezoek gemiddeld met zich mee brengt?

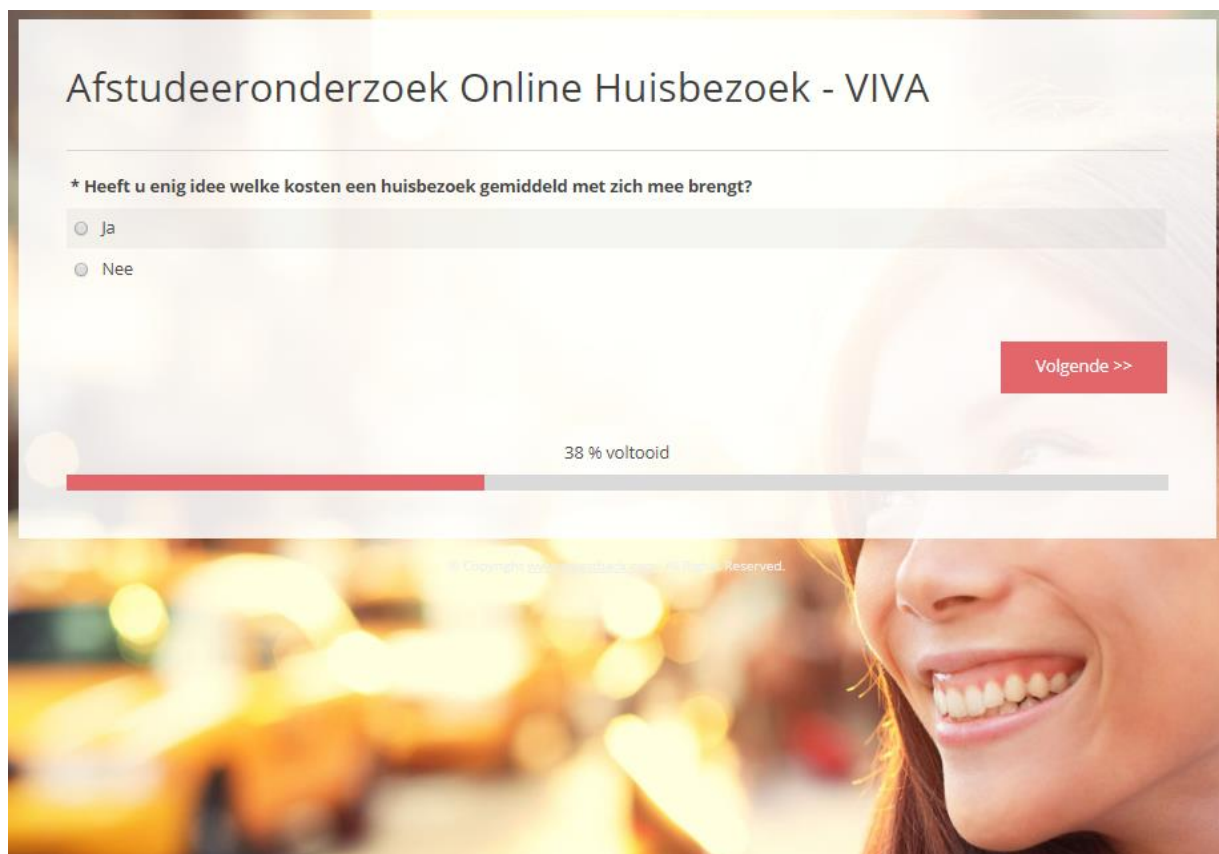
☐ Ja

☐ Nee

Volgende >>

38 % voltooid

© Copyright 2020. All rights reserved. Reserved.



Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

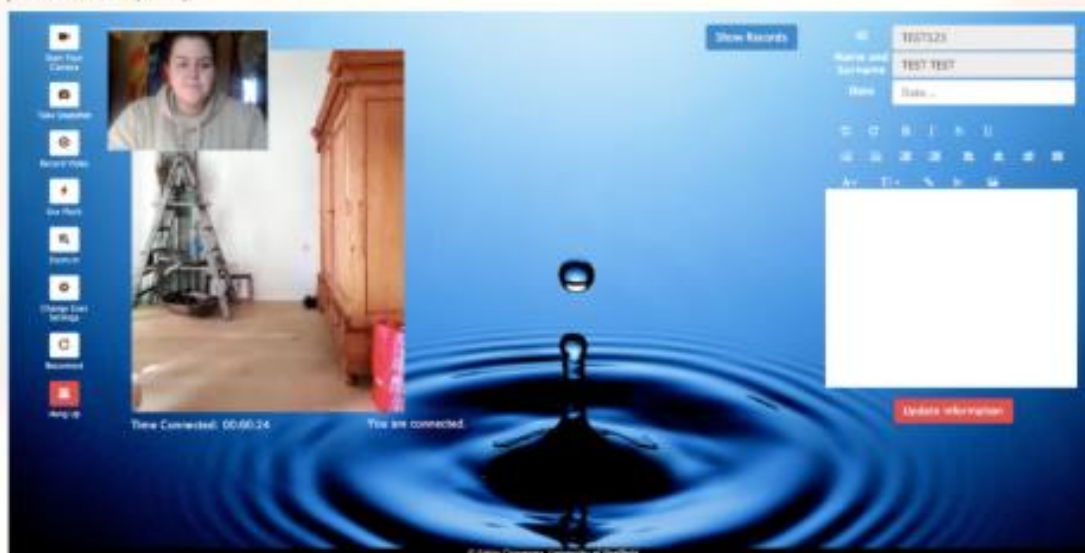
Uitleg Virtual Visit Application (VIVA)

VIVA maakt het mogelijk om op afstand een huisbezoek uit te voeren. Het programma heeft twee componenten: de ergotherapeut met de computer of tablet en de cliënt en/of een naaste met een Android toestel. De interactie tussen de twee partijen, ontstaat via een beveiligde http-verbinding, met ondersteuning van WebRTC (Web Real Time Communication).

Wanneer een huisbezoek nodig is, maakt de therapeut een afspraak met de cliënt. Op de dag van de afspraak ontvangt de cliënt een mail van de ergotherapeut met hierin een unieke url-link. Deze link verleent toegang tot de online interactie met de therapeut. De link vervalt na de, door de therapeut opgegeven, vervaldatum.

Wanneer de verbinding tot stand is gekomen tussen het toestel van de cliënt en de tablet/laptop van de ergotherapeut, kan het huisbezoek beginnen. De ergotherapeut start met een korte introductie. De cliënt geeft nu een beeld van zijn thuissituatie door een korte rondleiding te geven met het toestel, door de ruimte te filmen. Hierna kan de therapeut gerichte vragen stellen en opdrachten geven. Denk aan het opmeten van relevante maten of het voordoen van een handeling (indien er een derde persoon betrokken is).

De software biedt verschillende ondersteunende functies. De ergotherapeut kan een foto maken, videomateriaal opnemen, de flits bedienen en met de camera inzoomen. Alle benoemde functies gelden voor het bedienen van het toestel van de cliënt. Het opgenomen materiaal wordt opgeslagen onder de naam van de cliënt, binnen de software. De ergotherapeut kan, tijdens het huisbezoek, ook notities maken in het programma. Deze rapportage wordt ook opgeslagen in de software en kan eventueel gekopieerd worden naar het patiëntendossier. (Mazumdar et al., 2017).



Afbeelding: scherm dat zichtbaar is als de verbinding tussen therapeut en cliënt is gelogd. Vanuit hier zijn verschillende opties mogelijk om uit te voeren.

Mazumdar, S., Ciravegna, F., Ineson, N., Ward, J., Simpson, E., & Cudd, P. (2017) Access Visits using Video Communications. *Studies in health technology and informatics*, 242:102-110.

[Volgende >>](#)

44 % voltooid

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

Hierbij kunt u 0 interpreteren als geen mate van bereidheid en 10 wanneer u er helemaal voor open staat om VIVA te gebruiken. Graag het cijfer geven en daarna een (korte) toelichting.

*** Hoe bereid bent u zelf tot het gebruik maken van VIVA, na het lezen van de informatie. Welk cijfer zou u hiervoor geven? Geef hierbij een korte toelichting.**

0/4000

Volgende >>

47 % voltooid

© Copyright www.questions.com. All Rights Reserved.

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

*** Welke voordelen zou VIVA u kunnen bieden voor een huisbezoek? (Denk aan: minder kosten, tijdswinst, technische aspecten, doelstelling met de cliënt eerder behalen etc.)**

0/4000

Volgende >>

50 % voltooid

© Copyright www.questions.com. All Rights Reserved.

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

* Welke nadelen zou VIVA met zich mee kunnen brengen bij het uitvoeren van een huisbezoek? (Denk aan: slechte netwerk verbinding, technische aspecten, het over het hoofd zien van ruimtes, meetfouten etc.)

0/4000

Volgende >>

53 % voltooid

© Copyright www.smeetsma.nl. All Rights Reserved.

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

* Welke factoren bevorderen het gebruik van VIVA volgens u? (Denk aan: financiering, ondersteuning vanuit management en sociale omgeving, duidelijk instructiemateriaal, implementatietijd, technische aspecten etc.)

0/4000

Volgende >>

56 % voltooid

© Copyright www.smeetsma.nl. All Rights Reserved.

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

* Welke belemmerende factoren denkt u te ervaren bij het gebruik van VIVA voor een huisbezoek? (Denk aan: ondersteuning vanuit management en sociale omgeving, instructiemateriaal, implementatietijd, geen financiering, technische aspecten etc.)

0/4000

Volgende >>

59 % voltooid

© Copyright www.zuyd.nl. All Rights Reserved.

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

Stel u zou gebruik kunnen maken van VIVA, welke factoren hebben dan invloed op de afweging om VIVA te gebruiken in plaats van een traditioneel huisbezoek uit te voeren?

Aan de linkerkzijde van de onderstaande tabel staan drie mogelijkheden die op de open plek in de stelling passen. Vul deze mogelijkheid in, baseer hierop vervolgens uw antwoord aan de rechterzijde van de tabel.

*** Als ik een ... caseload ervaar, dan zou ik kiezen voor het gebruik van VIVA in plaats van een traditioneel huisbezoek.**

	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
hoge	☐	☐	☐	☐	☐
gemiddelde	☐	☐	☐	☐	☐
lage	☐	☐	☐	☐	☐

Volgende >>

62 % voltooid

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

Stel u zou gebruik kunnen maken van VIVA, welke factoren hebben dan invloed op de afweging om VIVA te gebruiken in plaats van een traditioneel huisbezoek uit te voeren?

Aan de linkerkzijde van de onderstaande tabel staan drie mogelijkheden die op de open plek in de stelling passen. Vul deze mogelijkheid in, baseer hierop vervolgens uw antwoord aan de rechterzijde van de tabel.

*** Als mijn reistijd van en naar de cliënt ... is, dan zou ik kiezen voor het gebruik van VIVA in plaats van een traditioneel huisbezoek.**

	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
lang	☐	☐	☐	☐	☐
gemiddeld	☐	☐	☐	☐	☐
kort	☐	☐	☐	☐	☐

Volgende >>

65 % voltooid

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

Stel u zou gebruik kunnen maken van VIVA, welke factoren hebben dan invloed op de afweging om VIVA te gebruiken in plaats van een traditioneel huisbezoek uit te voeren?

Aan de linkerkant van de onderstaande tabel staan drie mogelijkheden die op de open plek in de stelling passen. Vul deze mogelijkheid in, baseer hierop vervolgens uw antwoord aan de rechterkant van de tabel.

*** Als ik ... met deze manier van behandelen om kan gaan, dan zou ik kiezen voor het gebruik van VIVA in plaats van een traditioneel huisbezoek.**

	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
verwacht dat de cliënt wel	☐	☐	☐	☐	☐
twijfel of de cliënt	☐	☐	☐	☐	☐
verwacht dat de cliënt niet	☐	☐	☐	☐	☐

Volgende >>

68 % voltooid

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

Stel u zou gebruik kunnen maken van VIVA, welke factoren hebben dan invloed op de afweging om VIVA te gebruiken in plaats van een traditioneel huisbezoek uit te voeren?

Aan de linkerkant van de onderstaande tabel staan drie mogelijkheden die op de open plek in de stelling passen. Vul deze mogelijkheid in, baseer hierop vervolgens uw antwoord aan de rechterkant van de tabel.

*** Als het traditioneel huisbezoek ... gepland kan worden, dan zou ik kiezen voor het gebruik van VIVA in plaats van een traditioneel huisbezoek.**

	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
makkelijk	☐	☐	☐	☐	☐
met moeite	☐	☐	☐	☐	☐
niet	☐	☐	☐	☐	☐

Volgende >>

71 % voltooid

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

Stel u zou gebruik kunnen maken van VIVA, welke factoren hebben dan invloed op de afweging om VIVA te gebruiken in plaats van een traditioneel huisbezoek uit te voeren?

Aan de linkerkzijde van de onderstaande tabel staan drie mogelijkheden die op de open plek in de stelling passen. Vul deze mogelijkheid in, baseer hierop vervolgens uw antwoord aan de rechterzijde van de tabel.

*** Wanneer er ... stakeholders betrokken zijn zoals een WMO-consulent of hulpmiddelenleverancier, dan zou ik kiezen voor het gebruik van VIVA in plaats van een traditioneel huisbezoek.**

	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
geen	☐	☐	☐	☐	☐
enkele	☐	☐	☐	☐	☐
veel	☐	☐	☐	☐	☐

Volgende >>

74 % voltooid

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

Stel u zou gebruik kunnen maken van VIVA, welke factoren hebben dan invloed op de afweging om VIVA te gebruiken in plaats van een traditioneel huisbezoek uit te voeren?

Aan de linkerkant van de onderstaande tabel staan drie mogelijkheden die op de open plek in de stelling passen. Vul deze mogelijkheid in, baseer hierop vervolgens uw antwoord aan de rechterkant van de tabel.

*** Wanneer de kosten van een huisbezoek met VIVA ... zijn als een traditioneel huisbezoek, dan zou ik kiezen voor het gebruik van VIVA in plaats van een traditioneel huisbezoek.**

	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
lager	☐	☐	☐	☐	☐
hetzelfde	☐	☐	☐	☐	☐
duurder	☐	☐	☐	☐	☐

Volgende >>

76 % voltooid

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

Stel u zou gebruik kunnen maken van VIVA, welke factoren hebben dan invloed op de afweging om VIVA te gebruiken in plaats van een traditioneel huisbezoek uit te voeren?

Aan de linkerkant van de onderstaande tabel staan drie mogelijkheden die op de open plek in de stelling passen. Vul deze mogelijkheid in, baseer hierop vervolgens uw antwoord aan de rechterkant van de tabel.

*** Wanneer VIVA ... binnen de missie, visie, beleid en de werkprocessen van de organisatie, praktijk of het bedrijf, dan zou ik kiezen voor het gebruik van VIVA in plaats van een traditioneel huisbezoek.**

	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
past	☐	☐	☐	☐	☐
deels past	☐	☐	☐	☐	☐
niet past	☐	☐	☐	☐	☐

Volgende >>

79 % voltooid

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

Zojuist heeft u verschillende stellingen beantwoord. Nu willen we u vragen deze factoren te prioriteren op mate van de invloed die deze heeft op de afweging om VIVA te gebruiken. Hierbij moet de factor die de meeste invloed heeft bovenaan geplaatst worden en de factor met de minste invloed onderaan.

Caseload	+
Reistijd	+
Verwachtingen omtrent hoe de cliënten ertegenaan kijken	+
Het in de planning verwerkt krijgen	+
Het wel of niet aanwezig zijn van één of meerdere stakeholders zoals bijvoorbeeld een WMO-consulent of hulpmiddelenleverancier	+
Gehele kosten behandeling via VIVA t.o.v. een traditioneel huisbezoek	+
De plek van VIVA binnen de missie, de visie, de werkprocessen en het beleid van de organisatie	+

[Volgende >>](#)

82 % voltooid

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

* In de vorige vraag/vragen zijn er factoren aan bod gekomen die van invloed zijn op de afweging om gebruik te maken van VIVA, in plaats van een traditioneel huisbezoek. Zijn er nog andere factoren van belang op deze afweging, die nog niet eerder benoemd zijn?

☐ Ja

☐ Nee

Volgende >>

85 % voltooid

© Copyright 2020 www.questionnaire.nl. All Rights Reserved.

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

* Ziet u potentie om VIVA te integreren in uw eigen praktijkcontext? U kunt uw antwoord na de keuzeoptie toelichten

☐ Ja

☐ Nee

Toelichting op voorgaande vraag:

0/4000

Volgende >>

91 % voltooid

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

* Denkt u dat het haalbaar is om VIVA te integreren in uw eigen praktijkcontext? U kunt uw antwoord na de keuzeoptie toelichten

☐ Ja

☐ Nee

Toelichting op voorgaande vraag:

0/4000

Volgende >>

94 % voltooid

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

Meerdere antwoorden mogelijk

* In welke praktijkcontext buiten uw eigen ziet u potentie om het programma te integreren?

- ☐ Ziekenhuis/medisch centrum
- ☐ Revalidatiesetting
- ☐ Ouderenzorg
- ☐ Psychiatrie
- ☐ Gehandicaptenzorg
- ☐ Ergotherapie in de eerste lijn
- ☐ WMO
- ☐ Hulpmiddelen leverancier
- ☐ Geen andere praktijkcontext
- ☐ Anders: namelijk,

Prioriteer deze middels de open vraag te beantwoorden en hierbij de mogelijke andere praktijkcontexten van voorgaande vraag te verwerken

* Prioriteer de praktijkcontexten waarvoor u potentie ziet; van meeste potentie als eerste tot minste potentie als laatste.

0/4000

Volgende >>

97 % voltooid

© Copyright www.guendebach.com. All Rights Reserved.

Afstudeeronderzoek Online Huisbezoek - VIVA

* Zie u nog andere doeleinden, buiten een huisbezoek, waar VIVA voor kan worden ingezet?

0/4000

Versturen

100 % voltooid

© Copyright www.questionnaire.com. All Rights Reserved.

Zuyd
Hogeschool

**ZU
YD**

Namens de afstudeergroep hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst!

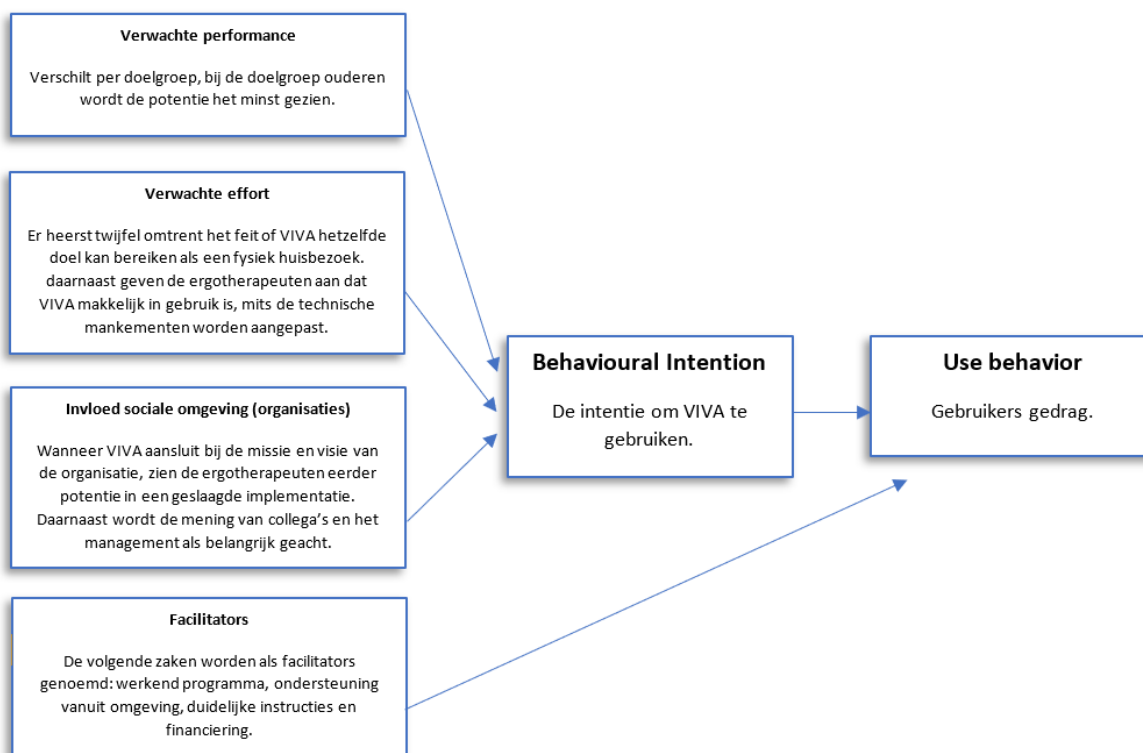
Als u deze vragenlijst wilt doorsturen naar collega's of uw netwerk kan dat uiteraard, hiermee worden wij alleen maar geholpen!

Evie van Aarsen
Femke Crommentuijn
Roxan Habets
Randy Hukkelhoven

Emailadres: afstudeeronderzoekVIVA@gmail.com

© Copyright www.questionnaire.com. All Rights Reserved.

Bijlage 8: Ingevuld UTAUT-model



Bijlage 9: Missende functionaliteiten ViVA

1	De mogelijkheid om een standaardformulier/format te uploaden dat gebruikt wordt tijdens fysieke huisbezoeken. Dit om de informatie die verkregen wordt middels het online huisbezoek zo compleet mogelijk te maken.
2	De mogelijkheid om tijdens het gesprek het beeldmateriaal te bekijken en vervolgens terug te keren naar het gesprek, zonder onderbrekingen.
3	Een overzichtelijk notitievlak, waarvan de grootte aan te passen is naar behoefte van de therapeut. Op deze manier blijven de notities overzichtelijk.
4	De mogelijkheid om op afstand zaken te kunnen meten die van belang zijn voor het vervolg van het proces.

Bijlage 10: Overzicht technische problemen ViVA

Donderdag 26-03-2020	Er blijkt dat ViVA niet werkt op alle laptops vanwege een 'firewall' die de communicatie via ViVA niet toelaat.
Maandag 30-03-2020	Tijdens het testen met studenten van de Hogeschool van Amsterdam komen de onderzoekers erachter dat er sprake is van cross-calling. Dit betekent dat, wanneer er met meerdere personen gebruik gemaakt wordt van ViVA, er problemen ontstaan met het koppelen van een therapeut aan een cliënt. Het kan namelijk zo zijn dat wanneer de cliënt zijn eigen therapeut belt deze een andere therapeut aan de lijn krijgt.
Dinsdag 31-03-2020	Tijdens het testen met studenten van de Hogeschool van Amsterdam bleek dat de camera bij vier onderzoekers niet werkte. De onderzoekers hebben een Skype overleg gehad met Fabio Cirevegna over de technische problemen. Uit het gesprek kwam dat deze problemen niet zomaar opgelost konden worden en dit zeker een week zou duren.
Maandag 06-04-2020	De onderzoekers hebben ViVA wederom getest. Het probleem van cross-calling is nog steeds aanwezig en tevens kan er nu niet uitgelogd worden, waardoor het aanmaken van therapeuten, cliënten en afspraken niet mogelijk is. Tevens hoort de cliënt gedurende de hele afspraak de ringtone van het bellen naar de ergotherapeut. Ook wanneer de ergotherapeut heeft opgenomen blijft de ringtone klinken. De ergotherapeuten van Zuyderland lopen tijdens het testen tegen het probleem aan dat ze geen therapeuten en cliënten aan kunnen maken.
Dinsdag 07-04-2020	De ergotherapeuten van Zuyderland konden geen cliënten aanmaken of bestaande cliënten selecteren.
Woensdag 08-04-2020	Het probleem van cross-calling is nog steeds aanwezig. De ergotherapeuten van Zuyderland hebben het programma getest. Dit maal lopen ze tegen het probleem aan dat ze het onderdeel waar een expiry date ingevuld dient te worden niet kunnen voltooien. De onderzoekers hebben dit gecheckt en ook bij hun werkte deze functie niet.
Donderdag 09-04-2020	De onderzoekers komen erachter dat de call knop niet meer werkt. Dit is nodig om een huisbezoek via ViVA op te starten.
Donderdag 16-04-2020	De server van het programma ligt eruit. Na contact met Fabio Cirevegna werd de volgende verklaring gegeven: <i>"I have identified the issue. It seems quite serious. There is a problem on the database. I will let you know asap".</i>
Vrijdag 17-04-2020	Het probleem van cross-calling is nog steeds aanwezig. Nadat het probleem van de server was opgelost werkte de website weer. Echter was alle data verloren gegaan en moesten er nieuwe accounts gemaakt worden voor iedereen. Toen dit gebeurt was, konden de ergotherapeuten van Zuyderland en Cicero niet inloggen. Dit heeft drie dagen geduurd.