



Zorgtechnologie in de ergotherapeutische dienstverlening

Een kwalitatief onderzoek naar de inzet van ondersteunende
zorgtechnologie.

Afstudeeropdracht voor de HBO Ergotherapie, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Instituut Paramedische Studies
Faculteit Gedrag, Gezondheid & Management

Naam opdrachtgever:

Ergotherapie Nederland, 'commissie zorgtechnologie', Karin Murk

Namen aspirant-onderzoekers:

Kristel Crins	599320
Romy Penedo Cumplido	576725
Elisa Sander	503557
Rosa Straatman	595610
Quinta Zandvliet	608843

Naam senior onderzoeker:

Alex de Veld

Naam onderwijsseenheid:

OWE Praktijkgericht Onderzoek, semester 2 2021

Datum:

21 Juni 2021

Samenvatting

Introductie:

De wereld is al lange tijd aan het digitaliseren en technologische ontwikkelingen vinden in rap tempo plaats, zo ook op het gebied van zorgtechnologie. De inzet van zorgtechnologie kan direct invloed hebben op het dagelijks handelen van mensen, wat hét expertisegebied van de ergotherapeut is. Het is daarom van belang dat zorgtechnologie geïntegreerd wordt in de ergotherapeutische dienstverlening, om zo de cliënt gerichte zorg te kunnen bieden die aansluit bij de maatschappelijke en technologische ontwikkelingen.

Vraagstelling:

In onderstaand onderzoek is antwoord gegeven op de volgende onderzoeksvraag:

“Welke achterliggende redenen spelen er onder de ergotherapeuten in Nederland, die werkzaam zijn met de doelgroep volwassenen, bij het overwegen en inzetten van ondersteunende zorgtechnologie in het mogelijk maken van het betekenisvol dagelijks handelen van de cliënt?”

Methode:

Voor het beantwoorden van bovenstaande onderzoeksvraag is gebruik gemaakt van een kwalitatieve methode. Tien ergotherapeuten uit diverse settings zijn geïnterviewd. Middels interviews is het mogelijk om dóór te vragen en de normen en waarden, overtuigingen en achterliggende redenen van de ergotherapeuten in kaart te brengen. De analyse is vormgegeven middels een inhoudelijke analyse. Uit deze inhoudelijke analyse zijn zes thema's ontstaan, waarmee de onderzoeksvraag beantwoord kan worden.

Resultaten:

De resultaten zijn uitgeschreven aan de hand van zes thema's. De volgende thema's zijn uit de interviews naar voren gekomen: *'Overwegingen van de ergotherapeut'*, *'De cliënt is van invloed op de inzet van zorgtechnologie'*, *'De effectiviteit van zorgtechnologie is van invloed'*, *'Het aanvraagproces'*, *'Beïnvloedende factoren bij de implementatie'* en *'Behoeftes die (verder) vervuld kunnen worden'*. Ieder thema is gericht op achterliggende redenen die onder de ergotherapeuten spelen bij het wel of juist niet inzetten en overwegen van ondersteunende zorgtechnologie.

Conclusie:

De ergotherapeuten ervaren de inzet van ondersteunende zorgtechnologie over het algemeen positief. Hierin ervaren de ergotherapeuten echter wel diverse belemmeringen die hen beperken bij de inzet van zorgtechnologie. Dit zijn ook belemmeringen die nog niet eerder in de literatuur naar voren zijn gekomen, zoals weerstand bij de implementatie, moeilijkheden met financiering en beperkte mogelijkheden tot uitproberen. Uit voorliggend onderzoek valt te concluderen dat niet alleen de ergotherapeuten behoefte hebben aan ondersteuning bij de inzet van zorgtechnologie, maar dat er in de gehele gezondheidszorg meer aandacht en acceptatie moet komen om zorgtechnologie te implementeren en te laten slagen.

Aanbevelingen:

De op basis van dit onderzoek geformuleerde aanbevelingen richten zich op vervolgonderzoek, zorgtechnologische ontwikkelingen en aan de commissie zorgtechnologie en het onderwijs. Voor vervolgonderzoek zijn de aanbevelingen gericht op onderzoek naar andere vormen van zorgtechnologie en onderzoek naar de verschillen tussen werksettingen of doelgroepen. De aanbevelingen voor de productontwikkelaars richten zich op de verbetering van technologische producten en het aanbieden van de mogelijkheid tot uitproberen. De aanbevelingen aan de commissie zorgtechnologie zijn gericht op het laten aansluiten van het aanbod bij de onderzochte behoeftes van de ergotherapeuten. Tenslotte zijn de aanbevelingen aan het onderwijs gericht op het integreren van zorgtechnologie in het onderwijs.

Voorwoord

Geachte lezer,

Voor u ligt het onderzoeksrapport 'Zorgtechnologie in de ergotherapeutische dienstverlening'. In dit onderzoek is in kaart gebracht wat de achterliggende redenen zijn van de ergotherapeuten in Nederland bij het overwegen en inzetten van ondersteunende zorgtechnologie. Voorliggend onderzoek is uitgevoerd door vijf ergotherapiestudenten van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, te Nijmegen. Dit onderzoek is in februari 2021 gestart in opdracht van Karin Murk, voorzitter van de 'commissie zorgtechnologie' van Ergotherapie Nederland.

Door dit onderzoek uit te voeren hebben wij eraan bij kunnen dragen dat Ergotherapie Nederland een beter beeld heeft van de achterliggende redenen van ergotherapeuten om zorgtechnologie wel of juist niet te overwegen en in te zetten. Door dit in kaart te brengen kan Ergotherapie Nederland inspelen op de behoeftes van de ergotherapeuten in Nederland, met als doel dat ondersteunende zorgtechnologie meer geïntegreerd gaat worden in de ergotherapeutische dienstverlening.

Wij willen graag iedereen bedanken die ons heeft begeleid, ondersteund of geadviseerd gedurende dit onderzoeksproces. Allereerst willen wij de respondenten bedanken voor de deelname aan het onderzoek en de interessante gesprekken, zonder jullie waren wij niet tot de huidige waardevolle resultaten gekomen.

Ook willen wij de commissie zorgtechnologie bedanken voor het meedenken en ondersteunen bij het werven van deze respondenten. In het bijzonder willen wij de voorzitter van de commissie en tevens de opdrachtgever, Karin Murk, bedanken voor de waardevolle inbreng, de betrokkenheid en het meedenken in ons onderzoek.

Daarnaast gaat onze dank uit naar de andere professionals en deskundigen die hebben meegedacht in het gehele proces. Met hen hebben wij waardevolle en inspirerende gesprekken mogen voeren. En tenslotte willen wij onze docentbegeleider, Alex de Veld, nog in het bijzonder bedanken voor de waardevolle en kritische feedback, de kennis en tips gericht op onderzoek en de begeleiding gedurende het gehele proces.

Dankzij hen hebben wij met veel enthousiasme dit onderzoek kunnen uitvoeren.

Wij wensen u veel plezier bij het lezen van dit onderzoeksrapport.

Nijmegen, 21 juni 2021

Kristel Crins
Romy Penedo Cumplido
Elisa Sander
Rosa Straatman
Quinta Zandvliet

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Voorwoord	4
Inhoudsopgave	5
1 Inleiding	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Theoretisch kader	10
1.3 Doelstelling	10
1.4 Vraagstelling.....	10
2 Methode	11
2.1 Onderzoeksdesign.....	11
2.2 Dataverzameling	11
2.3 Respondenten.....	12
2.3.1 In- en exclusiecriteria	12
2.3.2 Werving.....	12
2.3.3 Ethische waarborging.....	13
2.4 Data-analyse	13
2.4.1 Transcriberen	13
2.4.2 Analyseproces	13
2.4.3 Geldigheid controleren.....	14
2.4.4 Plausibiliteit en transparantie.....	14
3 Resultaten	15
3.1 Onderzoeksgroep.....	15
3.2 De resultaten uitgewerkt in thema's	15
3.2.1 Thema 1: Overwegingen van de ergotherapeut.....	15
3.2.2 Thema 2: De cliënt is van invloed op de inzet van zorgtechnologie	16
3.2.3 Thema 3: De effectiviteit van zorgtechnologie is van invloed	17
3.2.4 Thema 4: Het aanvraagproces	17
3.2.5 Thema 5: Beïnvloedende factoren bij de implementatie	18
3.2.6 Thema 6: Behoeftes die (verder) vervuld kunnen worden	19
4 Discussie, conclusie en aanbevelingen	21
4.1 Discussie	21
4.1.1 Inhoudelijke discussie.....	21
4.1.2 Methodische discussie	23
4.2 Conclusie	24

4.3	Aanbevelingen	26
4.3.1	Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	26
4.3.2	Aanbevelingen gericht aan de commissie zorgtechnologie	26
4.3.3	Aanbevelingen gericht op zorgtechnologische ontwikkelingen	27
4.3.4	Aanbevelingen gericht op het onderwijs	27
5	Literatuurlijst	28
6	Bijlagen	33
6.1	Bijlage 1: Begrippenlijst	33
6.2	Bijlage 2: Informatiebrief	36
6.3	Bijlage 3: Toestemmingsverklaring	37
6.4	Bijlage 4: Interviewgide	39
6.5	Bijlage 5: Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo	43
6.6	Bijlage 6: Transcriptie-afspraken	44
6.7	Bijlage 7: Thema's met bijbehorende categorieën	45

1 Inleiding

1.1 Aanleiding¹

De invloed van zorgtechnologie wereldwijd

Door de wereldwijde uitbraak van Covid-19 in 2020, werden mensen genoodzaakt meer gebruik te maken van digitale middelen (Field, Read, Jones, Fegan, & Lanfranchi, 2020). De wereld is echter al langer aan het digitaliseren, waardoor meer populariteit rondom health-apps is ontstaan (Mikulic, in Alexopoulos, Hudson, & Otenigbagbe, 2020). Wereldwijd zijn ruim 160.000 mobiele 'health-Apps' te downloaden (Zonneveld, Patomella, Asaba, & Guidetti, 2019).

Health apps vallen onder de definitie van ondersteunende zorgtechnologie. Onder ondersteunende zorgtechnologie worden technologische hulpmiddelen, robotica, domotica en smartphone-applicaties verstaan, welke bijdragen aan het mogelijk maken van het dagelijks handelen (Hagedoren-Meuwissen, Heijkers, & Roentgen, 2017). In dit onderzoek wordt naar ondersteunende zorgtechnologie² gekeken vanuit het perspectief van toekomstbestendige en efficiënte zorg (Hagedoren-Meuwissen et al., 2017; Kaljouw & Vliet, 2015).

Ergotherapeuten in de praktijk kunnen bij ondersteunende zorgtechnologie denken aan het inzetten van dwaalspoordetectie om cliënten meer vrijheid te bieden, maar toch toezicht te kunnen houden. Ook komt men steeds vaker sociale robots tegen, welke ingezet kunnen worden om cliënten te ondersteunen bij de dagelijkse structuur. Een ander voorbeeld is dat er steeds meer vormen van omgevingsbesturing op de markt zijn, zoals automatische deuropeners en slimme lampen.

Hagedoren-Meuwissen et al. (2017) geven aan dat het inzetten van ondersteunende zorgtechnologie bijdraagt aan het efficiënter maken van de zorg. Efficiënte zorg is ook van meerwaarde aangezien door de vergrijzing de zorgkosten stijgen en een tekort aan zorgpersoneel ontstaat (Caley & Sidhu, 2011; Van Dijke, z.d.). In zowel het laten dalen van de zorgkosten als het verbeteren van de zorgkwaliteit, kan de inzet van ondersteunende zorgtechnologie een bijdrage leveren (Maguire et al., in Field et al., 2020; Zordich & Menichetti, 2017).

Er is onderzoek gedaan naar de inzet, effectiviteit en meerwaarde van ondersteunende zorgtechnologie. Zo blijkt uit onderzoek van Brims en Oliver (2018) dat het inzetten van ondersteunende zorgtechnologie bijdraagt aan het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen met dementie, waarbij hierdoor het valgevaar met 50% is afgenomen. Onderzoek wijst ook uit dat de inzet van robotica bij algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL) de onafhankelijkheid van patiënten kan vergroten (Bilyea, Seth, Nesathurai, & Abdullah, 2017). Ook Hagedoren-Meuwissen et al. (2017) geven aan dat technologische hulpmiddelen kunnen bijdragen aan het mogelijk maken, of vergroten van de mobiliteit, communicatie en zelfstandigheid in dagelijkse activiteiten.

De veranderende samenleving in Nederland

Net als de rest van de wereld, verandert ook de Nederlandse samenleving voortdurend. Zo zijn er meer mensen met chronische ziekten, worden mensen ouder en worden ze geacht langer thuis te blijven wonen. Deze factoren vereisen een verandering in de gezondheidszorg (Hagedoren-Meuwissen et al., 2017; Walg, 2019).

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2010) concludeerde in 2010 al dat er een verschuiving plaats moet vinden van ziekte en zorg, naar gezondheid en gedrag. Dit sluit aan bij de principes van Positieve Gezondheid, welke in de nieuwe definitie uitgaan van het voorkomen van

¹ Ter verduidelijking van de begrippen uit de aanleiding is een begrippenlijst opgesteld, welke te vinden is in [Bijlage 1](#).

² Voorliggend onderzoek is gericht op ondersteunende zorgtechnologie. Wanneer in dit onderzoek gesproken wordt over 'zorgtechnologie', wordt te allen tijde 'ondersteunende zorgtechnologie' bedoeld.

ziekte. Hierbij wordt de eigen regie en kracht teruggelegd bij de burger en nemen professionals een coachende rol aan (Hagedoren-Meuwissen et al., 2017; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2019; Walg, 2019). Technologische toepassingen worden gezien als middel om uitdagingen in de veranderende zorg aan te gaan. Door Kaljouw en Vliet (2015) worden deze toepassingen daarom als oplossingsrichting voor een toekomstbestendige zorg genoemd.

In deze toekomstbestendige zorg richten paramedici zich niet direct op het genezen van een ziekte of aandoening, maar op het op peil houden van de gezondheid van de cliënt (Mulder, 2019). De inzet van ondersteunende zorgtechnologie kan hieraan bijdragen.

Uit onderzoek van Zonneveld et al. (2019), gericht op de paramedische revalidatie, blijkt dat het inzetten van zorgtechnologie een significante verbetering in participatie voor de cliënten opleverde. Ook Hagedoren-Meuwissen et al. (2017) geven aan dat het doelgericht inzetten van technologische toepassingen direct invloed heeft op het dagelijks handelen van de cliënt.

De ergotherapeutische rol binnen zorgtechnologie

Het doelgericht inzetten van zorgtechnologie, om de participatie van cliënten te vergroten, sluit aan bij de expertise van de ergotherapeut. Ergotherapeuten richten zich namelijk op het mogelijk maken van betekenisvol dagelijks handelen, waarbij ze redeneren vanuit de mogelijkheden en behoeftes van de cliënt (Le Granse & Kuiper, 2017).

Om zorgtechnologie te kunnen integreren in de ergotherapeutische dienstverlening, is het van belang dat ergotherapeuten deze zorgtechnologische toepassingen gaan overwegen (Ergotherapie Nederland, z.d.-a; McGrath & Corrado, 2019). Dit is van meerwaarde om de cliënt gerichte zorg te kunnen bieden die aansluit bij de maatschappelijke en technologische ontwikkelingen (Hagedoren-Meuwissen et al., 2017).

Daniëls (2018) en Nygård en Rosenberg (2016) concluderen dat ergotherapeuten een deskundige rol hebben binnen de inzet van zorgtechnologie. Ergotherapie Nederland (z.d.-a) deelt deze mening en heeft daarom de commissie zorgtechnologie opgericht. Zij heeft als missie meer bekendheid te geven aan zorgtechnologie en de rol die ergotherapeuten hierin (kunnen) hebben. Ook willen zij ergotherapeuten ondersteunen bij het vervullen van deze rol (Ergotherapie Nederland, z.d.-b).

De huidige inzet van zorgtechnologie

Daniëls (2018) en Nygård en Rosenberg (2016) benoemen dat ergotherapeuten een belangrijke rol hebben in het inzetten van hulpmiddelen en technologieën ter ondersteuning van het dagelijks handelen. Onderzoek heeft echter uitgewezen dat veel innovaties in de zorg nog niet optimaal ingezet worden door ergotherapeuten in de praktijk, terwijl deze wel effectief gebleken zijn in de proefsituatie.

Het is een probleem dat deze innovaties nog niet optimaal benut worden om het dagelijks handelen van de cliënt mogelijk te maken. Dit is een gemiste kans om de zorg te verbeteren (Hagedoren-Meuwissen et al., 2017).

Er is onderzoek gedaan naar de redenen om ondersteunende zorgtechnologie niet in te zetten. Een reden die hierin genoemd wordt, is dat bestaande producten niet altijd overeenkomen met de wensen en behoeftes van de individuele cliënt (Tangcharoensathien, Witthayapipopsakul, Viriyathorn, & Patcharanarumol, 2018). Uit onderzoek van Ergotherapie Nederland (Bakker, Bouma, Heijkers, & Pol, 2019) blijkt dat 93,3% van de deelnemers bekend is met zorgtechnologie, maar dat 70% aangeeft dat hun kennis over dit onderwerp matig of onvoldoende is. Naast een gebrek aan kennis en tijd, noemen de deelnemers ook financiering als reden om zorgtechnologie niet in te zetten.

Ergotherapie Nederland heeft geprobeerd in te spelen op dit probleem door informatie aan te reiken middels cursussen, workshops en webinars. Karin Murk, voorzitter van de commissie zorgtechnologie, geeft aan dat bij de aangeboden activiteiten niet het aantal beschikbare plekken benut wordt. Dit blijkt tevens uit de cijfers van Ergo Academie (persoonlijke communicatie, 23 februari 2021).

Vanuit bovenstaande aanleiding is te concluderen dat het van cruciaal belang is dat ergotherapeuten ondersteunende zorgtechnologie gaan overwegen en inzetten. De ergotherapeut beschikt namelijk over de vaardigheden om middels een analyse de mogelijkheden en beperkingen in het dagelijks handelen van de cliënt in kaart te brengen. Op deze manier kan een passend product bij de cliënt en zijn hulpvraag gevonden worden, waardoor het zorgtechnologisch product een waardevolle bijdrage kan leveren aan het welzijn van de cliënt (Hagedoren-Meuwissen et al., 2017).

Middels het kwantitatieve onderzoek van de commissie zorgtechnologie zijn factoren en redenen naar voren gekomen om zorgtechnologie niet in te zetten, zoals financiering en gebrek aan kennis (Bakker et al., 2019). Er is echter geen inzicht verkregen in de achterliggende redenen, zoals overtuigingen, meningen en normen en waarden van de ergotherapeuten in Nederland. Dit is een probleem, omdat nog niet duidelijk is waarom ergotherapeuten ondersteunende zorgtechnologie niet inzetten en wat ze ervoor nodig hebben om dit wel te gaan doen.

De aspirant onderzoekers willen achterliggende redenen, rondom het inzetten van ondersteunende zorgtechnologie, in kaart brengen. Op deze manier kan Ergotherapie Nederland aansluiten bij de behoeftes aan ondersteuning van de ergotherapeuten rondom het inzetten van ondersteunende zorgtechnologie.

1.2 Theoretisch kader

Uit vooronderzoek komen verschillende redenen naar voren waarom ergotherapeuten zorgtechnologie (nog) niet (willen en kunnen) inzetten.

Uit onderzoek van Van Duijvendijk en Van den Akker (2015) blijkt dat zorgprofessionals onvoldoende bekend en vertrouwd zijn met zorgtechnologie. Ook geven Timmer (2015) en Wolbring en Leopatra (2013) aan dat de zorgprofessional het gevoel heeft dat haar functie bedreigd wordt door zorgtechnologie.

Het beperkte vertrouwen in zorgtechnologie is een reden voor zorgprofessionals om het niet in te zetten. Hierin speelt de angst voor het ontvangen van foutieve informatie, slechte internetverbinding en de gebruiksonvriendelijkheid van de zorgtechnologie een rol (Van Duijvendijk & Van den Akker, 2015; Wolbring & Leopatra, 2013)

Neven (2015) geeft aan dat er onbekendheid is onder de productontwikkelaars, over de leefwereld, identiteiten, rollen en belevingen van de cliënt. Daniëls (2018) en Wauben (2015) benoemen dat hierdoor de ontwikkelde zorgtechnologische producten vaak niet aansluiten bij de behoeftes, wensen en vaardigheden van de cliënt. Dit kan een reden zijn voor ergotherapeuten om ondersteunende zorgtechnologie (nog) niet in te zetten.

Uit onderzoek van Ergotherapie Nederland (Bakker et al., 2019) blijkt dat ergotherapeuten in de beroepspraktijk gebrek aan kennis als reden geven om zorgtechnologie niet in te zetten. Ook Wauben (2015) geeft aan dat zorgprofessionals onvoldoende kennis hebben over de mogelijkheden, beschikbaarheid en toepasbaarheid van zorgtechnologische toepassingen.

Een andere reden om zorgtechnologie niet in te zetten kan weerstand tegen de veranderingsprocessen zijn (Notenboom, Blankers, Goudriaan, & Groot, 2012). Onderzoek toont aan dat het ontbreken van draagvlak en acceptatie barrières zijn bij het implementeren van zorgtechnologie in de ergotherapeutische dienstverlening (Van Duijvendijk & Van den Akker, 2015; Wouters, Van der Zijpp, & Nieboer, 2017).

Ajzen (2018) geeft hierin aan dat wanneer iemand zijn rol niet volledig erkent, of nog geen positieve attitude heeft tegenover het vervullen hiervan, dat de persoon deze rol niet gaat vervullen. Het is mogelijk dat ergotherapeuten de rol binnen zorgtechnologie nog niet willen of kunnen vervullen, waardoor de implementatie van zorgtechnologie belemmerd wordt.

1.3 Doelstelling

Projectdoel:

Het doel van de commissie zorgtechnologie is om de ergotherapeuten in Nederland de meerwaarde van zorgtechnologie in te laten zien, zodat zorgtechnologie als (standaard) oplossingsrichting overwogen wordt en deze geïntegreerd wordt in de ergotherapeutische dienstverlening.

Praktijkonderzoeksdoel:

Na afloop van dit onderzoek is bekend wat de achterliggende redenen van ergotherapeuten in Nederland zijn om ondersteunende zorgtechnologie wel of niet in te zetten.

1.4 Vraagstelling

“Welke achterliggende redenen spelen er onder de ergotherapeuten in Nederland, die werkzaam zijn met de doelgroep volwassenen, bij het overwegen en inzetten van ondersteunende zorgtechnologie in het mogelijk maken van het betekenisvol dagelijks handelen van de cliënt?”

2 Methode

2.1 Onderzoeksdesign

Er bestaan in de theorie diverse onderzoeks-stromingen, welke horen bij bepaalde methoden van dataverzameling (Verhoeven, 2014). De stroming die het meest passend is bevonden voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag is de interpretatieve stroming. Binnen de interpretatieve stroming wordt gestreefd naar het begrijpen van overwegingen en het in kaart brengen van ervaringen van de respondenten (Boeijen & Bleijenbergh, 2019). Binnen de interpretatieve stroming zijn onderzoeken vaak kwalitatief van aard (Verhoeven, 2014). “Probleemstellingen over ervaringen van personen in bepaalde situaties, hun achterliggende argumenten en motieven, lenen zich uitstekend voor kwalitatief onderzoek” (Verhoeven, 2014, p. 147). Dit sluit aan bij het onderzoeksdoel van het onderzoek, waarbij ervaringen, meningen, overtuigingen en achterliggende redenen van de ergotherapeuten centraal staan. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag is daarom een kwalitatieve methode van dataverzameling het meest passend (Verhoeven, 2014).

2.2 Dataverzameling

Als kwalitatieve wijze van dataverzameling is gekozen voor het doen van interviews. Interviews bieden de mogelijkheid om door te vragen en zo de normen en waarden, overtuigingen en achterliggende redenen van de respondenten uit te vragen (Verhoeven, 2014).

Er is gebruik gemaakt van een semigestructureerd interview, omdat dit bijdraagt aan het behouden van de rode draad tijdens het gesprek (Verhoeven, 2018). Ook komen op deze manier in alle interviews dezelfde aspecten aan bod. Daarnaast biedt een semigestructureerd interview de mogelijkheid tot doorvragen op de verkregen antwoorden, waardoor gedetailleerde informatie verzameld kan worden (Bakker & Van Buuren, 2014; Dingemanse, 2020).

De interviews zijn vormgegeven aan de hand van een interviewgide. Deze interviewgide is gestart met een duidelijke introductie met hierin een verduidelijking van het begrip ‘ondersteunende zorgtechnologie’. Op deze manier is voorkomen dat er verschillende opvattingen over de breedte van deze term konden ontstaan (Wouters, Zaalen, Bruijning, & Van Zaalen, 2015).

Om de onderwerpen voor de interviewgide te bepalen, is informatie uit de literatuur geput die een relatie heeft tot de onderzoeksvraag. Deze onderwerpen richten zich op de ervaringen van de ergotherapeuten, waarbij bevorderende en belemmerende factoren, bij de inzet van zorgtechnologie, in kaart gebracht kunnen worden. Ook is er een onderwerp gericht op hoe de ergotherapeuten hun rol binnen zorgtechnologie willen invullen en welke behoeftes zij hierbij hebben.

Na het opstellen van de interviewgide, zijn twee proefinterviews gehouden. Met behulp van deze proefinterviews is de kwaliteit van de interviewvragen verhoogd en is de volgorde van de vragen gecontroleerd (Verhoeven, 2014). Dubbele, suggestieve en controversiële vragen zijn geschrapt en eenduidig taalgebruik is verbeterd (Baarda et al., 2012). De definitieve interviewgide is te vinden in [Bijlage 4](#).

Met deze interviewgide hebben de aspirant-onderzoekers een duidelijke structuur gecreëerd tijdens het interview. Dit maakt dat het onderzoek intersubjectief is en dat wanneer een andere onderzoeker het onderzoek op dezelfde wijze uitvoert, dit tot vergelijkbare resultaten zal leiden (Verhoeven, 2014).

De interviews zijn individueel afgenomen, zodat iedere respondent afzonderlijk en onafhankelijk zijn mening kon delen en respondenten elkaar niet konden beïnvloeden (Van den Reek, Pardoel, & Van Tits, z.d.). Dit is van meerwaarde, omdat dit onderzoek gericht is op motivaties, achterliggende redenen en normen en waarden van het individu. De interviews zijn uitgevoerd door één hoofdinterviewer en één assistent interviewer. De assistent-interviewer kon de hoofdinterviewer ondersteunen bij het behouden van de rode draad in het gesprek, waardoor de interviews gestructureerd konden verlopen.

2.3 Respondenten

De groep respondenten van dit onderzoek bestaat uit tien ergotherapeuten, welke werkzaam zijn met de doelgroep volwassenen (18+). Deze ergotherapeuten zijn werkzaam in diverse settings, namelijk de langdurige zorg, gehandicaptenzorg, eerste lijn en het ziekenhuis.

2.3.1 In- en exclusiecriteria

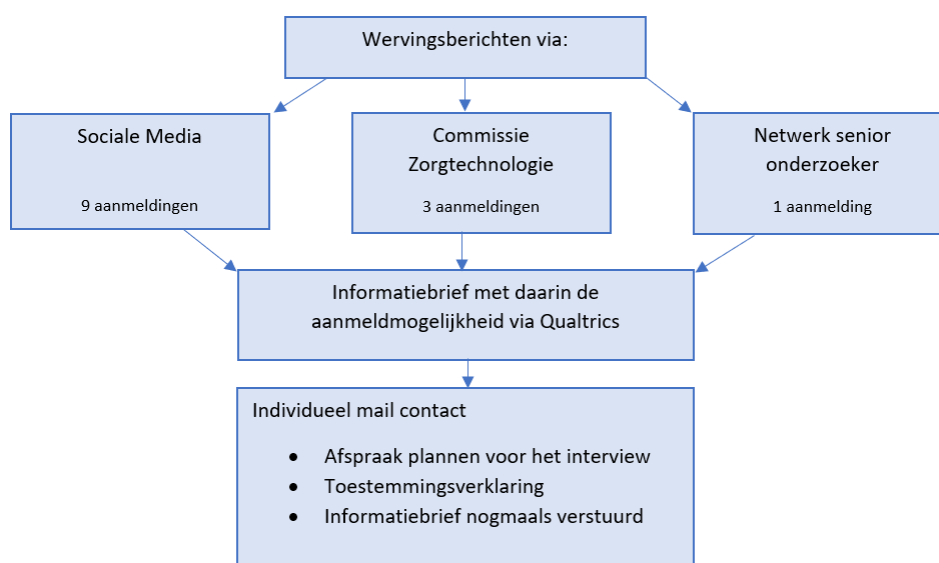
Er heeft een steekproef plaatsgevonden onder een operationele populatie. Voor het definiëren van deze operationele populatie zijn de volgende in- en exclusiecriteria gehanteerd.

Tabel 1. In- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
De respondent is ergotherapeut van beroep.	De respondent neemt deel aan de commissie zorgtechnologie van Ergotherapie Nederland.
De respondent is werkzaam in Nederland.	De respondent is enkel werkzaam binnen het onderwijs.
De respondent is behandelend ergotherapeut in de doelgroep volwassenen (18+).	De respondent is enkel actief binnen het uitvoeren van onderzoek.
De respondent is minimaal de afgelopen drie jaar aaneengesloten werkzaam geweest binnen de gevraagde doelgroep.	De respondent is enkel werkzaam als kinderergotherapeut.

2.3.2 Werving

De werving voor dit onderzoek heeft middels drie kanalen plaatsgevonden. Middels een stroomdiagram is het wervingsproces schematisch weergegeven, deze is te zien in Figuur 1.



Figuur 1. Stroomdiagram werving respondenten

In het wervingsbericht stond een link waarmee de respondent toegang kreeg tot de informatiebrief en de mogelijkheid tot aanmelding door middel van een online enquête (Qualtrics). Middels deze enquête hebben de aspirant-onderzoekers de contactgegevens van de respondent verkregen. Na het ontvangen van deze contactgegevens hebben de aspirant-onderzoekers contact opgenomen voor het maken van een afspraak, passend bij de voorkeur voor dag en tijd die de respondent in de enquête kon aangeven.

2.3.3 Ethische waarborging

Bij aanmelding zijn de respondenten, middels een informatiebrief, geïnformeerd over het onderzoek en de werkwijze. Na het ontvangen van deze informatiebrief hebben de respondenten toestemming gegeven voor deelname aan het onderzoek en het opnemen van de audio tijdens het interview, door middel van een toestemmingsformulier. Zowel in de informatiebrief als vooraf aan het interview is vermeld dat de respondent de mogelijkheid had om zich op ieder moment in het onderzoek terug te trekken.

Bij het opnemen van de audio-opnames is gebruik gemaakt van een geluidsrecorder. Deze opnames zijn verzonden via <https://filesender.surf.nl>, welke wordt gekenmerkt als veilige verzender (B. Metselaar-Afram, persoonlijke communicatie, 18 maart 2021). De opnames zijn niet op persoonlijke apparaten opgenomen of opgeslagen, maar op een beveiligde harde schijf, waardoor de privacyregels gewaarborgd zijn. Tevens zijn de privacyregels gewaarborgd door de transcripten van de interviews anoniem uit te werken. Overige normen en wettelijke verplichtingen die voor onderzoek gelden en waar de aspirant-onderzoekers rekening mee hebben gehouden zijn beschreven in [Bijlage 5: Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo](#).

2.4 Data-analyse

2.4.1 Transcriberen

Middels de audio-opnames zijn de interviews woordelijk getranscribeerd. Door woordelijk te transcriberen zijn interpretaties vermeden en zijn alle data betrokken in het onderzoek (Baarda, 2014; Evers, 2015). Om op een eenduidige en gestructureerde manier te transcriberen, zijn door de aspirant-onderzoekers transcriptieregels opgesteld. Deze zijn toegevoegd in [Bijlage 6](#).

2.4.2 Analyseproces

De analyse is inductief, middels een inhoudelijke analyse uitgevoerd, omdat voor dit onderzoek gegevens verzameld zijn, welke nog niet eerder in de literatuur naar voren kwamen (Cho & Lee, 2014). De aspirant onderzoekers hebben dit analyseproces vormgegeven middels verschillende stappen. Deze opeenvolgende stappen zijn: het lezen van de transcripten, fragmenteren, 'condensed meaning units' opstellen, coderen, categoriseren en thematiseren.

Alle aspirant-onderzoekers hebben vooraf aan het fragmenteren met een 'open vizier' alle transcripten doorgelezen. Dit draagt bij aan een goed analyse-proces, omdat zo inzicht verkregen kon worden in de inhoud van de transcripten en hierdoor verbanden opgemerkt konden worden (Van Nes, Satink, & Kinébanian, 2012). Vervolgens is gestart met het fragmenteren, waarbij iedere aspirant-onderzoeker individueel tekstfragmenten heeft geselecteerd.

De inhoud van deze fragmenten is verwerkt in 'condensed meaning units'. Deze 'condensed meaning units' zijn opgesteld in de woorden van de respondent, waarmee objectiviteit gewaarborgd is. Op deze manier kon de betekenis en urgentie, die de respondent aan het fragment gegeven heeft, gedurende het gehele analyseproces betrokken worden (Boeije & Bleijenbergh, 2019). Hierop volgend zijn codes opgesteld. Dankzij de 'condensed meaning units' was het tijdens het coderen eenvoudiger om een code te koppelen aan de tekst, waarbij de kernbetekenis behouden werd (Erlingsson & Brysiewicz, 2017).

Tijdens het categoriseren zijn de 'condensed meaning units' naast de codes gehouden, zodat de aspirant-onderzoekers te allen tijde de betekenis van de code bij de hand hadden. Op deze manier kon een adequate indeling in categorieën gemaakt worden, waarbij codes met dezelfde benaming en betekenis bij elkaar gelegd zijn (Baarda, 2014). Tenslotte is er gekeken naar de verbanden tussen de categorieën, waarna thema's zijn opgesteld.

2.4.3 Geldigheid controleren

Nadat alle codes, categorieën en thema's opgesteld waren, zijn alle data nogmaals bestudeerd door de aspirant-onderzoekers. Hierbij is gecontroleerd of alle codes passend zijn bij de benoemde categorieën en of de categorieën passend zijn onder het benoemde thema. Hierbij is ook gecontroleerd of de titels van de thema's de lading van de bijbehorende categorieën dekt.

Vervolgens zijn alle transcripten nogmaals doorgelezen door de aspirant-onderzoekers en is gecontroleerd of de titels van de thema's te herkennen zijn in de transcripten. Op deze manier is de geldigheid van de thema's gecontroleerd (Van Nes et al., 2012).

2.4.4 Plausibiliteit en transparantie

Het categoriseren en thematiseren is middels een iteratief proces doorlopen. Hierbij zijn telkens opnieuw de stappen van het waarnemen, analyseren en interpreteren uitgevoerd, tot geconcludeerd werd dat de probleemstelling beantwoord kon worden. Dit proces draagt bij aan een hogere validiteit en betrouwbaarheid van de resultaten (Verhoeven, 2014; Verhoeven, 2018).

Tijdens het analyseproces is een onderzoekerstriangulatie toegepast. Deze onderzoekerstriangulatie is tot stand gekomen door alle aspirant-onderzoekers naar dezelfde data te laten kijken, individueel te fragmenteren en individueel 'condensed meaning units' en codes op te stellen. Vanuit deze individuele input zijn middels overleg overeenstemmende fragmenten, 'condensed meaning units' en codes tot stand gekomen. Door te allen tijde de data door alle aspirant-onderzoekers te laten beoordelen, is voorkomen dat het analyseproces werd beïnvloed door (on)bewuste interpretaties of gedachten (Van der Donk & Van Lanen, 2019).

Tenslotte zijn twee onafhankelijke personen, welke ervaring hebben met het uitvoeren van kwalitatief onderzoek, bij het analyseproces betrokken. Dit heeft bijgedragen aan de objectiviteit, omdat zo door een onafhankelijk persoon beoordeeld is of de codes bij de benoemde categorieën en de categorieën bij het overkoepelende thema passen. Op basis van de verkregen input van deze onafhankelijke personen, hebben de aspirant-onderzoekers de data opnieuw bestudeerd. Deze input heeft geleid tot nieuwe inzichten waardoor enkele categorieën en thema's heringedeeld zijn.

3 Resultaten

Bij de resultaten is een selectie gemaakt van de belangrijkste uitkomsten uit de data-analyse. Deze zijn uitgewerkt aan de hand van zes thema's, namelijk: 'Overwegingen van de ergotherapeut', 'De cliënt is van invloed op de inzet van zorgtechnologie', 'De effectiviteit van zorgtechnologie is van invloed', 'Het aanvraagproces', 'Beïnvloedende factoren bij de implementatie' en 'Behoeftes die (verder) vervuld kunnen worden'.

3.1 Onderzoeksgroep

In totaal hebben dertien mensen zich aangemeld voor deelname aan het onderzoek. Hiervan zijn drie aanmeldingen uitgesloten, omdat zij niet aan de inclusiecriteria voldeden. Uiteindelijk hebben tien respondenten deelgenomen aan het onderzoek. De geanalyseerde data van dit onderzoek zijn tot stand gekomen middels de tien afgenomen interviews.

3.2 De resultaten uitgewerkt in thema's

In Figuur 2 worden de zes thema's van dit onderzoek weergegeven. Hieronder worden deze thema's één voor één toegelicht. In [Bijlage 7](#) staat een overzicht van alle thema's met categorieën.

Bij het uitwerken van de thema's en categorieën is gebruik gemaakt van de resultaten uit alle interviews. Ter ondersteuning van de tekst is gebruik gemaakt van citaten uit de interviews, deze staan schuingedrukt verwerkt. Met een cijfer wordt weergegeven van welke respondent deze uitspraak afkomstig is.



Figuur 2. Schematische weergave thema's

3.2.1 Thema 1: Overwegingen van de ergotherapeut

In de interviews zijn verschillende overwegingen van de ergotherapeut genoemd, welke van invloed zijn op de inzet van zorgtechnologie. Hierbij komen ook de normen en waarden van de ergotherapeuten aan bod.

Een eerste overweging die naar voren kwam is dat de inzet van zorgtechnologie afhankelijk is van het perspectief van alle betrokkenen. Onder deze betrokkenen vallen, volgens de ergotherapeuten, onder andere het multidisciplinaire team, de cliënt en het cliëntsysteem. Ook is genoemd dat iedereen in de organisatie op één lijn moet zitten over de inzet en het gebruik van zorgtechnologie.

Wat daarnaast meeweegt in de overwegingen van de ergotherapeut is, dat zij zorgtechnologie alleen inzetten wanneer de cliënt dit écht nodig heeft en niet wanneer de cliënt hierdoor passiever wordt of wanneer zorgtechnologie slechts als luxeproduct wordt gezien. Aanvullend geven meerdere ergotherapeuten aan dat zorgtechnologie moet dienen als een aanvulling op, of ontlasting van de zorg en niet ter vervanging van het zorgpersoneel en de menselijke interactie.

Een andere overweging van de ergotherapeuten is gericht op het vertrouwen in zorgtechnologie. Een aantal ergotherapeuten geeft aan verminderd vertrouwen te hebben in zorgtechnologie. Hierbij worden voorbeelden genoemd zoals het stuk gaan van producten, leeg gaan van de batterijen en de angst om gehackt te worden. Respondent 6 zegt hier het volgende over:

“Het vertrouwen is niet echt 100 procent erin (in zorgtechnologie), omdat je gewoon weet dat die dingen kapot kunnen gaan.”

Ook het enthousiasme en verantwoordelijkheidsgevoel van de ergotherapeuten is van invloed op de inzet van zorgtechnologie. Verschillende ergotherapeuten geven aan enthousiast te zijn over de inzet van zorgtechnologie en zich verantwoordelijk te voelen voor het verdiepen in technologische ontwikkelingen die de zorg kwalitatief kunnen verbeteren.

Alle ergotherapeuten geven aan zorgtechnologie meer in te willen zetten in de toekomst. Het past volgens hen bij de rol van de ergotherapeut, aangezien de ergotherapeut een holistische benadering heeft. Positieve ervaringen dragen er volgens hen aan bij om zorgtechnologie in de toekomst meer in te zetten. Aan de andere kant wordt ook meermaals genoemd dat negatieve ervaringen er soms toe leiden dat ergotherapeuten zorgtechnologie juist minder snel inzetten.

De meeste ergotherapeuten benoemen dat de inzet van zorgtechnologie binnen het takenpakket van de ergotherapeut valt, waarbij zij als specialist op product- en handelingsniveau een passend product bij de handelingsvraag kunnen zoeken. Ook zijn verschillende ergotherapeuten van mening dat zorgtechnologie als standaard optie overwogen moet worden in de ergotherapeutische dienstverlening. Enkele ergotherapeuten geven echter aan dat de inzet van zorgtechnologie ten koste kan gaan van het imago van de ergotherapeut, zoals het volgende citaat illustreert:

“Het is juist de bedoeling dat we niet een hulpmiddelenboer zijn, maar dat we juist kijken van wat heeft de cliënt nu eigenlijk nodig en wat is de vraag van de cliënt.” (Respondent 5)

3.2.2 Thema 2: De cliënt is van invloed op de inzet van zorgtechnologie

Naast de (overwegingen van de) ergotherapeut is ook de cliënt van invloed op de inzet van zorgtechnologie. Dit heeft met verschillende factoren te maken, welke hieronder worden toegelicht.

Allereerst geeft de meerderheid van de ergotherapeuten aan dat zorgtechnologie maatwerk is en dat de inzet afhankelijk is van of het product passend is bij de (vraag van de) cliënt. Hierbij wordt meerdere malen benoemd dat zorgtechnologie niet altijd passend is bij de (vraag van de) cliënt en dat dit een reden is om zorgtechnologie niet in te zetten.

Een andere voorwaarde voor de inzet van zorgtechnologie, die door meerdere ergotherapeuten wordt genoemd, is het daadwerkelijke gebruik door de cliënt. De meerderheid van de ergotherapeuten geeft aan zorgtechnologie niet aan te vragen wanneer zij verwachten dat het niet gebruikt gaat worden.

“Je moet er wel van overtuigd zijn dat dat (het gebruik van zorgtechnologie) dan ook daadwerkelijk gebeurt zeg maar.” (Respondent 1)

Meerdere ergotherapeuten geven aan de ervaring te hebben dat zorgtechnologie na aanschaf toch niet gebruikt wordt, wat van invloed is op hun overweging om zorgtechnologie opnieuw in te zetten.

Naast dat zorgtechnologie daadwerkelijk gebruikt moet worden, moet de cliënt volgens verschillende ergotherapeuten ook over de vaardigheden beschikken om zorgtechnologie te kunnen gebruiken.

Een beperkte cognitie van de cliënt wordt door enkele ergotherapeuten genoemd als reden om zorgtechnologie níet in te zetten, omdat verwacht wordt dat deze cliënten niet over de vaardigheden beschikken om zorgtechnologie te kunnen gebruiken. Respondent 7 schetst hierbij het volgende voorbeeld:

"Maar die vrouw had al een beginnend cognitief probleem . . . waarschijnlijk ga je haar het (zorgtechnologie) niet meer aanleren als zij cognitieve problemen heeft."

Aanvullend worden specifiek ouderen genoemd als een doelgroep die niet altijd over technologische vaardigheden beschikt, waardoor de implementatie van zorgtechnologie lastig is.

Wat daarnaast van invloed is op de inzet van zorgtechnologie, is de acceptatie van de cliënt en zijn systeem. De ergotherapeuten geven aan de cliënt en zijn systeem niet altijd open staan voor de inzet van zorgtechnologie, omdat dit voor sommigen een (te) grote stap is.

3.2.3 Thema 3: De effectiviteit van zorgtechnologie is van invloed

De effectiviteit van zorgtechnologie speelt een rol bij de overweging van ergotherapeuten om zorgtechnologie wel of niet in te zetten. Over de effectiviteit worden door de ergotherapeuten wisselende ervaringen gedeeld, enkelen geven aan dat de effectiviteit varieert per product.

De meerderheid van de ergotherapeuten geeft aan zorgtechnologie in te zetten wanneer het effectief is. Volgens deze ergotherapeuten is zorgtechnologie effectief als het de veiligheid, vrijheid, zelfstandigheid en het welzijn van de cliënt vergroot.

Naast deze effectiviteit gericht op de cliënt noemt een groot deel van de ergotherapeuten dat zorgtechnologie ook effectief kan zijn voor de zorg. Hierbij wordt toegelicht dat zorgtechnologie de belasting van de zorg kan verlagen, de zorg kan ondersteunen en tijd en kosten kan besparen.

Door de meerderheid van de ergotherapeuten wordt de effectiviteit genoemd als voorwaarde voor het inzetten van zorgtechnologie. Uit de gesprekken komt echter ook naar voren dat de ergotherapeuten verschillende praktische en technische belemmeringen ervaren die van invloed zijn op de effectiviteit. Voorbeelden van deze belemmeringen zijn: er treden regelmatig storingen op, producten sluiten niet aan op de standaard technologie en systemen van de organisatie en apparaten moeten op tijd opgeladen worden om te kunnen functioneren.

3.2.4 Thema 4: Het aanvraagproces

Een veel voorkomend onderwerp in de interviews was 'het aanvraagproces'. Door de respondenten wordt het aanvraagproces en verschillende aspecten hiervan benoemd als een reden om zorgtechnologie wel of juist niet te overwegen en in te zetten. Deze verschillende aspecten van het aanvraagproces worden hieronder verder toegelicht.

Als eerste geven veruit de meeste ergotherapeuten aan veel onduidelijkheid te ervaren rondom de vergoedingen en financieringsstromen van zorgtechnologie. Aanvullend wordt aangegeven dat de vergoedingen en financiën vaak veranderen en dat het een uitdaging is om dit bij te houden. Respondent 3 zegt hierover het volgende:

"Soms is het wel onduidelijk hoor. En soms denk je dat je goed ingelezen hebt en goed geïnformeerd hebt en dan blijkt het toch anders. Dat is altijd, ja blijft een uitdaging, moet je alert op blijven, want er verandert natuurlijk ook elk jaar wat."

Naast de onduidelijkheden geven alle ergotherapeuten aan dat de kosten van invloed zijn op de aanvraag en inzet van zorgtechnologie. De meerderheid van de ergotherapeuten geeft aan de financiering als belemmering te zien en ervaringen te hebben met het niet vergoed krijgen van zorgtechnologie. Meerdere ergotherapeuten noemen hierbij dat zij zorgtechnologie zelfs niet overwegen, aanvragen of inzetten wanneer zij op voorhand weten dat het niet vergoed wordt.

"Als ik eigenlijk vanaf het begin al weet van nou ze krijgt het eigenlijk niet vergoed . . . Dan begin ik er al niet aan, dan maak je eigenlijk iemand blij met een dooie mus." (Respondent 8)

Een andere beperkende factor bij de aanvraag van zorgtechnologie is dat de ergotherapeuten afhankelijk zijn van financiële middelen en vergoedingen. Bij het werken binnen een organisatie wordt hierbij aangegeven dat de inzet afhankelijk is van het budget van de organisatie. Door de ergotherapeuten wordt vaak ervaren dat een goede onderbouwing naar bijvoorbeeld de locatiemanager voor het vergoeden van een zorgtechnologisch product een vereiste is. Dit geldt ook voor het vergoed krijgen van zorgtechnologie via diverse instanties, zoals de WMO of het zorgkantoor. Ook hierbij wordt door de ergotherapeuten ervaren dat een goede onderbouwing of medische indicatie noodzakelijk is. Bijna de helft van de ergotherapeuten ontvangt regelmatig een afwijzing voor vergoeding, omdat de onderbouwing als onvoldoende beoordeeld wordt.

Wanneer er geen vergoeding mogelijk is vanuit de organisatie of instanties, zijn de ergotherapeuten afhankelijk van de financiële mogelijkheden van de cliënt. Omdat zorgtechnologie duur is, wordt door de ergotherapeuten vaak ervaren dat de cliënt niet beschikt over de financiële middelen om zorgtechnologie zelf aan te schaffen. Enkele ergotherapeuten geven aan zorgtechnologie niet te overwegen als zij weten dat het product niet vergoed wordt en de cliënt er de financiële mogelijkheden niet voor heeft.

"Als het niet vergoed wordt, dan zou dat ook op sommige momenten reden kunnen zijn om het niet in te zetten, omdat een cliënt het mogelijk niet zelf kan vergoeden." (Respondent 8)

Zoals hierboven wordt benoemd geven meerdere ergotherapeuten aan zorgtechnologie duur te vinden. Hierop aanvullend geven enkele ergotherapeuten aan dat de kosten van zorgtechnologie niet altijd opwegen tegen de baten. Een voorbeeld hiervan is wanneer zorgtechnologische producten niet herinzetbaar zijn, zoals het volgende citaat illustreert:

"Als het voor één iemand gebruikt moet worden en daarnaast niet zo heel makkelijk herinzetbaar is, dan is het de vraag of . . . die baten wel opwegen tegen de kosten." (Respondent 4)

Tenslotte wordt naast de onduidelijkheden en vergoedingen, ook tijd als belemmerende factor bij de aanvraag ervaren. De helft van de ergotherapeuten geeft aan het aanvraagproces van zorgtechnologie een lang en tijdrovend proces te vinden.

3.2.5 Thema 5: Beïnvloedende factoren bij de implementatie

In dit thema komt naar voren dat er meerdere beïnvloedende factoren spelen bij de implementatie van zorgtechnologie. Deze factoren worden onderstaand toegelicht.

Uit gesprekken met vrijwel alle ergotherapeuten komt naar voren dat mensen open moeten staan voor zorgtechnologie om dit te kunnen implementeren. Sommigen geven aan dat er wisselend gedacht wordt over zorgtechnologie door zowel collega's, als cliënt(systeem). Door meerdere ergotherapeuten wordt benoemd dat zorgtechnologie (nog) niet door iedereen geaccepteerd wordt.

Een aantal ergotherapeuten geeft aan weerstand te ervaren bij de implementatie van zorgtechnologie. Deze ergotherapeuten lichten toe dat deze weerstand vooral komt vanuit het zorgpersoneel en de collega's. Meerdere ergotherapeuten merken dat veel mensen de oude manier (de manier waarop zij gewend zijn te handelen) makkelijker en sneller vinden en daarom niet open staan voor innovatie, zoals ook het volgende citaat illustreert:

“Ik zie wel dat het vaak ook niet onwil is, maar het is gewoon een soort automatische piloot waar ze (zorgmedewerkers) in zitten.” (Respondent 2)

Meerdere ergotherapeuten geven vervolgens aan dat oude routines bij de betrokkenen doorbroken moeten worden om een veranderproces in gang te zetten en zorgtechnologie te implementeren.

De factor ‘tijd’ is ook een belemmering bij de implementatie die door meer dan de helft van de ergotherapeuten benoemd wordt. Hierbij wordt aangegeven dat het hen ontbreekt aan de tijd om zorgtechnologie uit te zoeken, zich hierin te verdiepen en zorgtechnologie vervolgens te implementeren. Het gebrek aan tijd wordt dan ook als reden genoemd om zorgtechnologie niet in te zetten.

Tenslotte zijn enkele ontwikkelingen, die van invloed zijn op de implementatie, aan bod gekomen. Zo wordt benoemd dat zorgtechnologische ontwikkelingen beter en betrouwbaarder worden en de gebruiksvriendelijkheid toeneemt. Deze voorbeelden worden als ontwikkelingen genoemd die een positieve invloed op de implementatie van zorgtechnologie (kunnen) hebben.

3.2.6 Thema 6: Behoeftes die (verder) vervuld kunnen worden

Onder de geïnterviewde ergotherapeuten worden verschillende behoeftes rondom het inzetten van zorgtechnologie benoemd, welke van invloed zijn op de overweging om zorgtechnologie wel of juist niet in te zetten. Deze behoeftes worden hieronder toegelicht.

Verschillende ergotherapeuten geven aan dat zij behoefte hebben aan informatie over zorgtechnologie. De meerderheid van de ergotherapeuten specificeert dit naar de behoefte aan een hulpmiddelenwijzer, gids of catalogus, zodat zij deze kunnen raadplegen wanneer zij informatie nodig hebben. Daarnaast wordt de behoefte aan kennis over nieuwe en veel gebruikte zorgtechnologie genoemd.

Naast informatie geeft de meerderheid van de ergotherapeuten ook aan behoefte te hebben aan meer duidelijkheid rondom zorgtechnologie. Zij wensen met name dat de vergoedingen duidelijker worden en het aanvraagproces gemakkelijker. Een voorbeeld hiervan is dat er behoefte is aan meer duidelijkheid over welke financieringsstroom bij welke indicatie hoort. Onder enkele ergotherapeuten is er behoefte aan praktische hulp of iemand die mee kan denken bij de inzet van zorgtechnologie, bijvoorbeeld in de vorm van een helpdesk.

Door verschillende ergotherapeuten is benoemd dat de reclame van zorgtechnologische producten vaak niet overeenkomt met de werkelijkheid. Deze ergotherapeuten hebben behoefte aan realiteit in zowel de reclame als omschrijvingen van producten.

“Soms zie je mensen, zie je foto’s van een passieve lift, en daar hangt een heel mooi opgemaakt fit iemand in, en dat je denkt ja weet je kom bij mij in het verpleeghuis kijken, zo zien ze er niet uit.” (Respondent 3)

Vervolgens geven meerdere ergotherapeuten aan behoefte te hebben aan het uitproberen van zorgtechnologie. Het uitproberen biedt volgens hen de mogelijkheid om producten zelf te ervaren en zo inzicht te krijgen in of het werkt of niet.

Ook willen zij dat het uitproberen van zorgtechnologie gemakkelijker wordt en noemen enkelen dat het uitproberen gratis moet worden.

“... eigenlijk een soort bibliotheekje ... met name met zorgtechnologie, eigenlijk zou je gewoon ergens gratis moeten kunnen lenen.” (Respondent 10)

Tenslotte heeft een groot deel van de ergotherapeuten aan behoefte te hebben aan het uitwisselen van ervaringen met collega's. Door de meerderheid wordt vooral de behoefte aan positieve en/of succeservaringen genoemd. Een enkeling noemt hierbij de voorkeur om dit in een interactieve vorm te doen en respondent 10 zie de invulling van deze behoefte als volgt voor zich:

“Ik zou meer casussen willen horen waar zorgtechnologie iets heeft toegevoegd. Dus eigenlijk casestudy's van hé, bij die en die hebben we dat gedaan. Zodat je geïnspireerd kan raken van oh wacht eens, ik heb een vergelijkbare patiënt, daar kan ik het misschien ook proberen.”

4 Discussie, conclusie en aanbevelingen

4.1 Discussie

Middels voorliggend onderzoek zijn achterliggende redenen rondom het inzetten van zorgtechnologie in kaart gebracht. Onderstaand worden de meest opvallende resultaten weergegeven in de inhoudelijke discussie. Bij het uitvoeren van voorliggend onderzoek zijn diverse keuzes gemaakt. Deze keuzes hebben geleid tot situaties, welke van invloed zijn op de uitkomst van het onderzoek. In de methodische discussie worden een aantal belangrijke aspecten van het onderzoek beschreven. De gehele discussie wordt ondersteund aan de hand van literatuur.

4.1.1 Inhoudelijke discussie

Een opvallend resultaat is dat het inzetten van zorgtechnologie niet alleen afhankelijk is van de ergotherapeut zelf, maar van alle betrokkenen, zoals de cliënt, het cliëntsysteem en zorgmedewerkers. Daarnaast komt in de resultaten naar voren dat de inzet van zorgtechnologie afhankelijk is van de acceptatie van betrokkenen. Dit komt overeen met het onderzoek van Wouters et al. (2017), waarin beschreven wordt dat technologie geaccepteerd moet worden om het te gebruiken. Wat aanvullend in de resultaten van voorliggend onderzoek naar voren komt, is dat er in sommige gevallen zelfs weerstand ontstaat vanuit de betrokkenen tegenover zorgtechnologie. Dit komt overeen met de resultaten van Notenboom et al. (2012), waarin aangegeven wordt dat weerstand tegenover veranderingsprocessen een rol speelt bij het inzetten van zorgtechnologie.

Uit vooronderzoek kwam naar voren dat het niet erkennen van een rol een reden kan zijn om deze rol niet te vervullen (Ajzen, 2018). De aspirant-onderzoekers verwachtten daarom dat dit voor de ergotherapeuten een reden zou kunnen zijn om zorgtechnologie niet in te zetten. Echter blijkt dat alle geïnterviewden van dit onderzoek de rol van zorgtechnologie wel erkennen en er voor open staan om zorgtechnologie in te zetten. Vanuit de resultaten van voorliggend onderzoek valt dus niet te bevestigen dat ergotherapeuten deze rol niet erkennen en dat dit een reden is voor het niet inzetten van zorgtechnologie.

Uit de resultaten blijkt dat de geïnterviewden het inzetten van zorgtechnologie vinden passen bij het takenpakket van de ergotherapeut. Echter benoemen enkele van hen bang te zijn dat dit ten koste gaat van het imago van de ergotherapeut. Zij zijn bang bestempeld te worden als enkel 'de hulpmiddelenboer' en geven aan hierdoor soms terughoudend te zijn bij het inzetten van zorgtechnologie. Dit feit is niet eerder in de literatuur naar voren gekomen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er nog niet eerder onderzoek gedaan is naar specifiek de redenen van ergotherapeuten om zorgtechnologie wel of niet in te zetten.

Een ander opvallend resultaat is dat de ergotherapeuten aangeven dat het regelmatig voorkomt dat zorgtechnologie niet passend is bij de cliënt en dat dit een reden is om het niet in te zetten. Dit bevestigt de uitspraak van Tangcharoensathien et al. (2018). Zij gaven aan dat wanneer producten niet aansluiten bij de hulpvraag van de cliënt, dit een reden is om zorgtechnologie niet in te zetten. Ook wordt meermaals genoemd dat de ergotherapeuten een verminderd of beperkt vertrouwen hebben in zorgtechnologie, wat meespeelt in de overweging om het wel of niet in te zetten. Dit bevestigt de uitspraken van Van Duijvendijk en Van den Akker (2015) en Wolbring en Leopatra (2013), namelijk dat zorgprofessionals onvoldoende bekend en vertrouwd zijn met zorgtechnologie.

Uit de resultaten van voorliggend onderzoek komt naar voren dat ergotherapeuten écht overtuigd moeten zijn van de effectiviteit en dit een voorwaarde is voor de inzet van ondersteunende zorgtechnologie. Echter blijkt uit onderzoek van Hagedoren-Meuwissen et al. (2017) dat innovaties in de zorg nog niet optimaal ingezet worden, ondanks dat deze wel effectief bewezen zijn.

Een verklaring voor dit verschil is dat de ergotherapeuten nog niet (voldoende) overtuigd zijn van de effectiviteit, ondanks het onderzoek dat gedaan is. Het is ook mogelijk dat de, middels onderzoek bewezen, effectiviteit nog niet (voldoende) de ergotherapeuten heeft bereikt waardoor zij niet van deze effectiviteit op de hoogte zijn.

Uit onderzoek van Bakker et al. (2019) komt naar voren dat gebrek aan kennis over het aanbod van zorgtechnologie wordt gezien als meest beperkende factor bij de inzet van zorgtechnologie. Naar aanleiding hiervan werd er door de aspirant-onderzoekers verwacht dat 'gebrek aan kennis' ook in dit onderzoek als grootste belemmering naar voren zou komen. Opvallend is dat dit juist niet het geval is, maar de ergotherapeuten andere factoren als belangrijkste reden noemen om zorgtechnologie wel of juist niet in te zetten. Factoren die door de ergotherapeuten als grootste belemmering worden benoemd, zijn de financiering, het vertrouwen in zorgtechnologie en de acceptatie van betrokkenen.

In voorliggend onderzoek komt de behoefte aan kennis niet specifiek naar voren, maar juist de behoefte aan het kunnen uitwisselen van (succes)ervaringen over de inzet van zorgtechnologie en de mogelijkheid tot uitproberen van producten. Tot op heden ervaren niet alle geïnterviewde ergotherapeuten de mogelijkheid hiertoe, terwijl dit voor hen wel van meerwaarde is. Opvallend is dat deze twee factoren in eerder onderzoek niet genoemd zijn als reden om zorgtechnologie wel of niet in te zetten. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat nog niet eerder onderzocht is welke behoeftes ergotherapeuten hebben bij de inzet van zorgtechnologie.

Een ander belangrijk resultaat uit dit onderzoek is dat het aanvraagproces door de ergotherapeuten als te ingewikkeld en onduidelijk ervaren wordt. Dit komt deels overeen met de onderzoeken van Bakker et al. (2019) en Wauben (2015), waaruit bleek dat gebrek aan kennis over mogelijkheden, beschikbaarheid en toepasbaarheid van zorgtechnologie een reden is tot niet inzetten. Middels huidig onderzoek wordt gespecificeerd dat er niet alleen een gebrek aan kennis is, maar de ergotherapeuten ook veel onduidelijkheden, veranderingen en belemmeringen (zoals financiering en slechte toegankelijkheid) ervaren, die het aanvraagproces ingewikkeld maken.

Daarnaast komt uit onderzoek van Bakker et al. (2019) naar voren dat de financiering van zorgtechnologie van invloed is op de inzet. Deze uitspraken worden gespecificeerd met de uitkomsten van voorliggend onderzoek. Hieruit blijkt namelijk dat niet alleen de financiële middelen van de eerstelijnspraktijk of organisatie van invloed zijn, maar ook de financiële middelen van de cliënt zelf. Een laatste nieuw gegeven dat in voorliggend onderzoek naar voren komt, is dat de kosten van zorgtechnologie niet altijd opwegen tegen de baten en dat dit voor ergotherapeuten een reden is om zorgtechnologie niet in te zetten.

4.1.2 Methodische discussie

Het wervingsproces is vormgegeven middels een open werving, omdat de respons bij de werving voor interviews vaak laag is. De ervaring leert namelijk dat veel mensen huiverig zijn voor deelname aan een interview (Verhoeven, 2014). Door deze open werving, waarbij een willekeurige selectie uit de populatie heeft plaats gevonden, zijn niet alle ergotherapeutische werksettingen betrokken in het onderzoek. Hiermee is dit onderzoek niet representatief voor de gehele populatie en kunnen er geen conclusies getrokken worden over de verschillen tussen diverse werksettingen.

In voorliggend onderzoek zijn in totaal tien respondenten geïnterviewd, welke niet representatief zijn voor de gehele populatie. Desondanks hebben de aspirant-onderzoekers, dankzij een sterke en semigestructureerd interviewgide, binnen deze tien interviews verzadiging kunnen bereiken. Naast het bereiken van verzadiging is dankzij de gestructureerde en uitgebreide interviewgide ook veel nieuwe, bruikbare informatie verkregen. Omdat deze verkregen informatie nog niet eerder in de literatuur vermeld stond, is de bruikbaarheid van de resultaten van dit onderzoek hoog.

De interviews hebben online plaats gevonden, wat ertoe heeft geleid dat de respondenten niet altijd goed te verstaan waren. Dit had invloed op het transcriberen, omdat de aspirant-onderzoekers af en toe, door bijvoorbeeld omgevingsgeluiden, de letterlijke tekst niet volledig konden herleiden. Om bij onduidelijkheden subjectieve interpretaties van de transcribeerder te voorkomen, hebben de aspirant-onderzoekers ervoor gekozen om gezamenlijk deze fragmenten terug te luisteren. Hierdoor is de objectiviteit van de transcripten vergroot.

Tweemaal was de verbinding van het gesprek zodanig slecht dat enkele seconden niet verstaanbaar waren. Wanneer dit in het interview al duidelijk werd, is de vraag opnieuw gesteld. Wat in deze weggevallen seconden oorspronkelijk werd gezegd, is daarbij komen te vervallen. Echter door het opnieuw stellen van de vraag is naar beoordeling van de aspirant-onderzoekers geen belangrijke informatie voor de data-analyse verloren gegaan.

Een sterk aspect van dit onderzoek is dat iedere aspirant-onderzoeker individueel de transcripten heeft doorgelezen en 'condensed meaning units' met bijbehorende codes heeft opgesteld. Ook zijn tijdens het categoriseren en thematiseren de data vanuit vijf perspectieven beoordeeld en geanalyseerd. Door deze onderzoekerstriangulatie toe te passen en meerdere aspirant-onderzoekers dezelfde data te laten bestuderen, is voorkomen dat het analyseproces beïnvloed werd door (on)bewuste interpretaties of gedachten (Van der Donk & Van Lanen, 2019).

4.2 Conclusie

Vanuit de resultaten en discussie wordt onderstaand een conclusie geformuleerd als antwoord op de volgende onderzoeksvraag: “Welke achterliggende redenen spelen er onder de ergotherapeuten in Nederland, die werkzaam zijn met de doelgroep volwassenen, bij het overwegen en inzetten van ondersteunende zorgtechnologie in het mogelijk maken van het betekenisvol dagelijks handelen van de cliënt?”

Uit de resultaten komt naar voren dat er vanuit verschillende ergotherapeuten een beperkt vertrouwen is in zorgtechnologie. Dit beperkt vertrouwen is gebaseerd op het regelmatig stukgaan of niet werken van technologie. Om te bereiken dat ergotherapeuten zorgtechnologie meer gaan inzetten is het van belang dat het vertrouwen toeneemt. De ergotherapeuten benoemen hierbij allereerst behoefte te hebben aan realistische reclames en productbeschrijvingen. Daarnaast valt te concluderen dat de stevigheid en werking van zorgtechnologie moet verbeteren om de ergotherapeuten te stimuleren zorgtechnologie (meer) in te zetten.

Verder is er momenteel veel aanbod van informatie over zorgtechnologie, echter is dit niet direct de behoefte van de ergotherapeuten. Zij geven namelijk aan de informatie wel te kunnen vinden maar juist de mogelijkheid tot uitproberen en het uitwisselen van (succes)ervaringen te missen. Hieruit valt te concluderen dat het huidige aanbod niet volledig aansluit bij de daadwerkelijke behoeftes van de ergotherapeuten. Om tegemoet te komen aan de behoeftes van de ergotherapeuten moet het aanbod anders vormgegeven worden.

Uit de resultaten komt ook naar voren dat producten niet altijd aansluiten bij de cliënt. Hieruit valt op te maken dat zorgtechnologische producten moeten veranderen of verbeteren om beter aan te sluiten bij de cliënt. Wanneer dit gerealiseerd wordt kan zorgtechnologie meer ingezet worden door de ergotherapeuten.

Naast dat de producten niet altijd passend zijn, is ook het ingewikkelde aanvraagproces een belemmerende factor. Hieruit kan afgeleid worden dat het aanvraagproces makkelijker en eenduidiger gemaakt moet worden, zodat ergotherapeuten minder belemmerd worden in de aanvraag van zorgtechnologie.

Volgens Hagedoren-Meuwissen et al. (2017) wordt zorgtechnologie (nog) niet optimaal ingezet, ondanks dat deze in de literatuur effectief gebleken is. Toch komt in huidig onderzoek naar voren dat de ergotherapeuten zorgtechnologie juist wel inzetten wanneer zij overtuigd zijn van de effectiviteit. Hieruit kan afgeleid worden dat de middels onderzoek bewezen effectiviteit niet (voldoende) de ergotherapeuten heeft bereikt of overtuigd. De bewezen effectiviteit moet daarom op een andere manier gepresenteerd of aangeboden worden aan de ergotherapeuten om hen van deze effectiviteit op de hoogte te brengen en hiervan te overtuigen. Door de ergotherapeuten zelf wordt benoemd dat het uitwisselen van (succes)ervaringen bij kan dragen aan de overtuiging van effectiviteit.

Diverse zorgtechnologische producten zijn bewezen effectief, maar een reden voor ergotherapeuten om dit toch niet in te zetten is de financiering. Waar in eerste instantie ‘gebrek aan kennis’ de grootste belemmering leek, lijkt dit toch de financiering te zijn. Men is bekend met het aanbod van zorgtechnologie en probeert het in te zetten, maar de afhankelijkheid van financiële middelen en vergoedingen is een beperkende factor. Hieruit valt te concluderen dat het grootste probleem is dat er te weinig geld beschikbaar is in de gezondheidszorg voor de inzet van zorgtechnologie. Dit is opmerkelijk, omdat zorgtechnologie juist gezien wordt als middel om de vereiste verandering in de gezondheidszorg te realiseren (Kaljouw en Vliet, 2015) en zorgkosten te verlagen (Maguire et al., in Field et al., 2020; Zordich & Menichetti, 2017).

Aanvullend op de beperkende financiering noemen de ergotherapeuten dat de hoge kosten van zorgtechnologie niet altijd opwegen tegen de baten voor de cliënt en/of organisatie, wanneer een zorgtechnologisch product niet herinzetbaar is. Hieruit kan opgemaakt worden dat er niet alleen in de gezondheidszorg meer geld beschikbaar moet komen voor zorgtechnologie, maar ook dat zorgtechnologische producten beter betaalbaar moeten worden om de baten op te laten wegen tegen de kosten.

Uit de resultaten is tenslotte naar voren gekomen dat de inzet van zorgtechnologie niet alleen afhankelijk is van de ergotherapeut zelf, maar ook van (de acceptatie van) alle betrokkenen, zoals de cliënt, het cliëntsysteem en de zorgmedewerkers. Hieruit valt te concluderen dat er niet alleen ondersteuning geboden moet worden aan ergotherapeuten, maar dat misschien wel binnen de gehele gezondheidszorg meer aandacht moet komen voor de acceptatie en implementatie van zorgtechnologie.

4.3 Aanbevelingen

4.3.1 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Voorliggend onderzoek richt zich specifiek op het overwegen en inzetten van ondersteunende zorgtechnologie, met als doeleinde 'het mogelijk maken van het dagelijks handelen van de cliënt'. Voor vervolgonderzoek is het interessant om de focus te leggen op zorgtechnologie die ingezet wordt met als doeleinde 'om de (ergotherapeutische) behandeling mogelijk te maken of te ondersteunen'. Bij het verleggen van de focus naar een ander doeleinde kan ook gekeken worden naar andere vormen van zorgtechnologie, welke passend zijn bij dit doeleinde. Zo kan gekeken worden naar de vormen 'zorg op afstand' of 'technologie die ingezet kan worden om de therapeutische behandeling te ondersteunen' (Hagedoren-Meuwissen et al., 2017). Zeker nu in de Covid-19 pandemie zijn deze vormen van zorgtechnologie erg actueel en belangrijk, wat maakt dat onderzoek naar deze vormen van zorgtechnologie van meerwaarde is voor ergotherapeuten (Field et al., 2020).

Uit de discussie komt naar voren dat in voorliggend onderzoek geen onderscheid gemaakt kan worden tussen diverse settings. Het is interessant om te onderzoeken of er tussen diverse settings verschillen zijn in de redenen en behoeftes die ergotherapeuten aangeven rondom het overwegen en inzetten van zorgtechnologie. Door deze verschillen tussen settings in kaart te brengen, kan specifiek per setting tegemoetgekomen worden in de behoeftes van de ergotherapeuten.

Ook is het interessant om te onderzoeken of er verschillen zijn bij de inzet van zorgtechnologie tussen diverse doelgroepen. Hierbij kan onderzocht worden welke zorgtechnologische producten bij een specifieke doelgroep ingezet kunnen worden en wat de ervaringen hiermee zijn.

Tenslotte kan onderzocht worden of de inhoud van het onderwijs op de hogescholen waar de ergotherapeuten afgestudeerd zijn, invloed hebben gehad op het gebruik van zorgtechnologie.

4.3.2 Aanbevelingen gericht aan de commissie zorgtechnologie

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat de ergotherapeuten het huidige aanbod van Ergotherapie Nederland niet geheel vinden passen bij de behoeftes die zij hebben. De ergotherapeuten geven aan veelal op de hoogte te zijn van het aanbod, wel zouden zij graag een halfjaarlijkse update ontvangen over producten die nieuw op de markt gekomen zijn. In het huidige aanbod wordt veel kennis verstrekt over specifieke zorgtechnologische toepassingen. De ergotherapeuten geven aan dat deze kennis vaak geboden wordt op een moment dat dit voor hen niet relevant is, omdat zij op dat moment geen cliënt in behandeling hebben waarbij ze deze specifieke informatie kunnen toepassen. Het is daarom belangrijk dat er een vorm van informatieverstrekking plaatsvindt, waarbij de ergotherapeuten informatie kunnen naslaan op een, voor hen, passend moment. Voorbeelden die de respondenten geven, zijn een hulpmiddelenwijzer, gids en catalogus.

Daarnaast geven de ergotherapeuten aan dat zij vooral belemmeringen ondervinden bij de aanvraag van zorgtechnologie. Dit komt voornamelijk door onduidelijkheden over de vergoedingen en financieringsstromen. Er wordt door de aspirant-onderzoekers daarom aanbevolen om de ergotherapeuten hierover meer duidelijkheid te bieden en hen waar nodig te ondersteunen bij de aanvraag van zorgtechnologie, door middel van bijvoorbeeld een helpdesk.

Tenslotte is door de ergotherapeuten aangegeven dat de link tussen zorgtechnologie en de rol die de ergotherapeut heeft bij het inzetten hiervan, een meer prominente rol mag hebben binnen de profilering van het beroep. De aspirant-onderzoekers bevelen de commissie zorgtechnologie aan om deze link tussen ergotherapie en zorgtechnologie meer te promoten.

4.3.3 Aanbevelingen gericht op zorgtechnologische ontwikkelingen

Onderstaande aanbevelingen zijn gericht aan de productontwikkelaars en leveranciers van zorgtechnologische producten.

Door de geïnterviewde ergotherapeuten wordt aangegeven dat zorgtechnologische producten steviger en betrouwbaarder moeten worden om ze in de toekomst (meer) in te gaan zetten. Veiligheid en betrouwbaarheid van apparatuur zijn tenslotte voorwaarden voor de veiligheid en bescherming van de gebruikers (Hagedoren-Meuwissen et al., 2017). Een aanbeveling voor de productontwikkelaars is daarom het steviger en betrouwbaarder maken van zorgtechnologische producten. Een andere belangrijke stap hierbij is het overtuigen van de ergotherapeuten van deze stevigheid en veiligheid. Dit kan bereikt worden middels het aanbieden van mogelijkheden tot uitproberen. Daarnaast zouden realistische reclames en duidelijke productomschrijvingen bijdragen aan het vertrouwen van de ergotherapeuten. Zij geven aan de producten nu niet altijd te vertrouwen omdat het in de werkelijkheid heel anders werkt dan in de reclames gepresenteerd wordt.

Deze aanbevelingen zijn relevant voor zowel de productontwikkelaars en leveranciers zelf, als voor de gehele gezondheidszorg. Het steviger en betrouwbaarder maken van de producten en het creëren van realistische reclames, kan resulteren in een toename van de inzet van zorgtechnologische producten. Dit levert voor de productontwikkelaars en leveranciers inkomsten op om onder andere de producten verder te ontwikkelen. Aanvullend draagt de toename van inzet van zorgtechnologische producten bij aan de ontwikkelingen in de (veranderende) gezondheidszorg en kan dit wellicht op de lange termijn de zorgkosten verlagen (Maguire et al., in Field et al., 2020; Zordich & Menichetti, 2017).

4.3.4 Aanbevelingen gericht op het onderwijs

In de gesprekken met de geïnterviewde ergotherapeuten komt naar voren dat zij graag meer kennis en vaardigheden, gericht op zorgtechnologie, in de opleiding 'ergotherapie' willen zien. Deze ergotherapeuten geven aan dat zij alle kennis en ervaring met zorgtechnologie in de praktijk hebben moeten opdoen en dat dit te veel is om in de beperkte tijd bij te houden. Om zorgtechnologie te integreren in de ergotherapeutische dienstverlening, is het van meerwaarde om dit al vanaf het begin van de opleiding 'ergotherapie' aan bod te laten komen.

Dit is een kans om de opleiding 'ergotherapie' verder te verbeteren en de mogelijkheden en vaardigheden van de (toekomstige) ergotherapeuten te verruimen (Hagedoren-Meuwissen et al., 2017).

5 Literatuurlijst

- Ajzen, I. (2018, mei). *The influence of attitudes on behavior*. Geraadpleegd op 18 februari 2021, van https://www.researchgate.net/profile/Dolores-Albarracin/publication/325114583_THE_INFLUENCE_OF_ATTITUDES_ON_BEHAVIOR_The_Influence_of_Attitudes_on_Behavior/links/5af852fa4585157136e795d5/THE-INFLUENCE-OF-ATTITUDES-ON-BEHAVIOR-The-Influence-of-Attitudes-on-Behavior.pdf
- Alexopoulos, A. R., Hudson, J. G., & Otenigbagbe, O. (2020). The Use of Digital Applications and COVID-19. *Community Mental Health Journal*, 56(7), 1202–1203. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00689-2>
- Atlas van Zorg & Hulp. (2019, 28 augustus). *Paramedische zorg*. Geraadpleegd op 2 maart 2021, van <https://zorghulpatlas.nl/medische-zorg/paramedische-zorg/>
- Baarda, B., Bakker, E., Van der Hulst, M., Julsing, M., Fischer, T., Van Vianen, R., & De Goede, M. (2012). Hoe gebruik je interviews en vragenlijsten in je onderzoek? In B. Baarda, & E. Bakker (Reds.), *Basisboek methoden en technieken* (5e druk, pp. 189-226). Groningen/Houten: Noordhoff.
- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (2e druk). Groningen/Houten: Noordhoff.
- Bakker, K., Bouma, A., Heijkers, J., & Pol, M. (2019). Enquête zorgtechnologie onder ergotherapeuten: grote interesse en behoefte aan meer kennis. *Ergotherapie Magazine*, 1(1), 42-46. Geraadpleegd op 8 februari 2021, van https://info.ergotherapie.nl/file/download/default/4204FFBF4698A9B5AC37E4AC4C1825EA/2019_5fEM1_5fZorgtechnologie.pdf
- Bakker, E., & Van Buuren, H. (2014). *Onderzoek in de gezondheidszorg* (2e editie). Groningen/Houten: Noordhoff.
- Betekenis-definitie. (z.d.). *Betekenis hulpmiddelen*. Geraadpleegd op 12 maart 2021, van <https://www.betekenis-definitie.nl/hulpmiddelen>
- Bilyea, A., Seth, N., Nesathurai, S., & Abdullah, H. A. (2017). Robotic assistants in personal care: A scoping review. *Medical Engineering & Physics*, 49, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.medengphy.2017.06.038>
- Boeije, H., & Bleijenbergh, I. (2019). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen* (derde druk). Amsterdam: Boom.
- Brims, L., & Oliver, K. (2018). Effectiveness of assistive technology in improving the safety of people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 23(8), 942–951. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1455805>
- Caley, M., & Sidhu, K. (2010). Estimating the future healthcare costs of an aging population in the UK: expansion of morbidity and the need for preventative care. *Journal of Public Health*, 33(1), 117–122. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdq044>

- Carrièretijger. (z.d.). *Draagvlak creëren*. Geraadpleegd op 2 maart 2021, van <http://www.carrieretijger.nl/functioneren/management/draagvlak#:~:text=Wat%20is%20draagvlak%3F,groot%20aan%20het%20worden%20is>
- Cho, J., & Lee, E. H. (2014). Reducing Confusion about Grounded Theory and Qualitative Content Analysis: Similarities and Differences. *The Qualitative Report*. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2014.1028>
- Coffee IT. (z.d.). *Definities*. Geraadpleegd op 12 maart 2021, van <https://coffeeit.nl/definities>
- Daniëls, R. (2018). *Zorgtechnologie is nu nog vooral een grote belofte*. Geraadpleegd op 22 februari 2021, van http://www.innovatiesindezorg.eu/files/3415/2275/1821/2018_EM1_Interview_Ramon_Daniels.pdf
- De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2010, 5 april). *Zorg voor je gezondheid!* Geraadpleegd op 16 februari 2021, van <https://www.raadvsv.nl/documenten/publicaties/2010/04/05/zorg-voor-je-gezondheid>
- De Veld, A., Lemette, M., & Heijman, A. (2016). *Adviseren door ergotherapeuten*. Amsterdam: Boom.
- Dingemanse, K. (2020, 9 juli). *Soorten interviews*. Geraadpleegd op 23 april 2021, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/soorten-interviews/#:%7E:text=Een%20groepsinterview%20lijkt%20erg%20op,een%20specifiek%20onderwerp%20of%20situatie>
- Domotis. (z.d.). *Wat is Domotica (Domotis)*. Geraadpleegd op 12 maart 2021, van <http://www.domotis.nl/Domotica.html>
- Encyclo. (z.d.). *Digitalisering*. Geraadpleegd op 2 maart 2021, van <https://www.encyclo.nl/begrip/digitalisering>
- Ensie. (2015, 1 april). *Integratie*. Geraadpleegd op 2 maart 2021, van <https://www.ensie.nl/redactie-ensie/integratie>
- Ergotherapie Nederland. (2021, 26 februari). *Ergotherapie: beroepsvereniging voor ergotherapeuten*. Geraadpleegd op 2 maart 2021, van <https://ergotherapie.nl/#:%7E:text=Gezocht%3A%20Waarneming%20Beleidsondersteuner,Ergotherapie%20Nederland%20is%20de%20beroepsorganisatie%20van%20en%20voor%20ergotherapeuten%20in,de%20ontwikkeling%20van%20het%20beroep>
- Ergotherapie Nederland. (z.d.-a). *Commissie Zorgtechnologie*. Geraadpleegd op 16 februari 2021, van <https://ergotherapie.nl/commissie-zorgtechnologie/>
- Ergotherapie Nederland. (z.d.-b). *Missie, visie en kernwaarden*. Geraadpleegd op 11 februari 2021, van <https://ergotherapie.nl/over-ergotherapie-nederland/missie-visie-en-kernwaarden/>
- Ergotherapie Nederland. (z.d.-c). *Dit is ergotherapie*. Geraadpleegd op 16 februari 2021, van <https://ergotherapie.nl/dit-is-ergotherapie/>

- Erlingsson, C., & Brysiewicz, P. (2017). A hands-on guide to doing content analysis. *African Journal of Emergency Medicine*, 7(3), 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2017.08.001>
- Evers, J. (2015). *Kwalitatief interviewen* (2e editie). Amsterdam: Boom Lemma.
- Field, B., Read, J., Jones, N., Fegan, C., & Lanfranchi, V. (2020). Occupational therapists need to be involved in developing and evaluating technological solutions to support remote working. *British Journal of Occupational Therapy*, 84(2), 69–71. <https://doi.org/10.1177/0308022620979517>
- Graff, M. J. L. (2019). *Ergotherapie en de kracht van het betekenisvol dagelijks handelen*. Geraadpleegd op 2 maart 2021, van <https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/207859/207859pub.pdf?sequence=1#:~:text=Het%20doel%20van%20de%20ergotherapie,een%20ziekte%2C%20aandoening%2C%20k,wetsbaarheid%20door>
- Hagedoren-Meuwisen, E., Heijkers, J., & Roentgen, U. (2017). Technologie in de zorg. In M. Le Granse, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Reds.), *Grondslagen van de ergotherapie* (5e herziene druk, pp. 219-236). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Institute for Positive Health. (2020, 22 december). *Wat is Positieve Gezondheid?* Geraadpleegd op 2 maart 2021, van <https://www.iph.nl/kennisbank/wat-is-positieve-gezondheid/>
- Kader Advies. (2020, 17 april). *Medisch hulpmiddel definitie: een uitgebreide uitleg*. <https://kader-advies.nl/begrippen/medisch-hulpmiddel-definitie/>
- Kaljouw, M., & van Vliet, K. (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*. Diemen: Zorginstituut Nederland.
- Le Granse, M., & Kuiper, C. (2017). Cliënt. In M. Le Granse, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Reds.), *Grondslagen van de ergotherapie* (5e herziene druk, pp. 219-236). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- McGrath, C., & Corrado, A. M. (2019). The environmental factors that influence technology adoption for older adults with age-related vision loss. *British Journal of Occupational Therapy*, 82(8), 493–501. <https://doi.org/10.1177/0308022618813247>
- Movisie. (2017). *Participatie*. Geraadpleegd op 2 maart 2021, van https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2018-06/participatie_2017.pdf
- Mulder, P.M. (2019, 12 februari). *Wat is een Paramedicus?* <https://www.dokter.nl/nieuws/89-overigen/119-paramedisch/>
- Neven, L. (2015). Jonge ouderen willen geen techniek die hen stigmatiseert als oud. *Geron*, 17(2), 18–20. <https://doi.org/10.1007/s40718-015-0030-6>
- Notenboom, A., Blankers, I., Goudriaan, R., & Groot, W. (2012). *E-health en zelfmanagement: een panacee voor arbeidstekorten en kostenoverschrijdingen in de zorg?* Geraadpleegd op 9 maart 2021, van <http://docplayer.nl/4252732-E-health-en-zelfmanagement-een-panacee-voor-arbeidstekorten-en-kostenoverschrijdingen-in-de-zorg.htm>

- NPO Kennis. (z.d.). *Is de vergrijzing een probleem?* Geraadpleegd op 2 maart 2021, van <https://npokennis.nl/longread/7520/is-de-vergrijzing-een-probleem#id-1>
- Nygård, L., & Rosenberg, L. (2016). How attention to everyday technology could contribute to modern occupational therapy: A focus group study. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(8), 467–474. <https://doi.org/10.1177/0308022615613354>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2019). *Het gebruik van brede gezondheidsconcepten: inspirerend en uitdagend voor de praktijk*. Geraadpleegd op 24 februari 2021, van https://www.rivm.nl/sites/default/files/2020-01/Factsheet%20brede%20gezondheidsconcepten_RIVM_dec%202019a.pdf
- Satink, T., & Van de Velde, D. (2017). Kerndomein van de ergotherapie. In M. Le Granse, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Reds.), *Grondslagen van de ergotherapie* (5e herziene druk, pp. 43-63). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Tangcharoensathien, V., Witthayapipopsakul, W., Viriyathorn, S., & Patcharanarumol, W. (2018). Improving access to assistive technologies: challenges and solutions in low- and middle-income countries. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 7(2), 84. <https://doi.org/10.4103/2224-3151.239419>
- Timmer, S. (2015). *eHealth in de langdurige zorg*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van den Reek, E., Pardoel K., & Van Tits, M. (z.d.). *Keuzemodel achterbanraadpleging*. Geraadpleegd op 1 maart 2021, van <https://www.landelijkeclientenraad.nl/Content/Downloads/achterban.pdf>
- Van der Donk, C., & Van Lanen, B. (2019). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (3e editie). Coutinho.
- Van Dijke. (z.d.). *Zorg ouderen doodlopende weg: 'Systeem moet om'*. Geraadpleegd op 10 februari 2021, van <https://www.rtlnieuws.nl/onderzoek/artikel/4980351/zorgkosten-ouderen-mantelzorg-zorg-geld-kosten-vergrijzing>
- Van Duijvendijk, I., & Van den Akker, I. (2015). *"Een deur naar de rest van de wereld". Succesfactoren en barrières bij de implementatie van beeldschermzorg*. Geraadpleegd op 9 maart 2021, van <https://www.nictiz.nl/wp-content/uploads/2015/10/TrendITion-implementatie-beeldschermzorg-OKT2015-WEB-DEF.pdf>
- Van Nes, F., Satink, T., & Kinébanian, A. (2012). Architectuur van kwalitatief wetenschappelijk onderzoek. In R. W. G. J. Ostelo, A. P. Verhagen, & H. C. W. De Vet (Reds.), *Onderwijs in wetenschap: lesbrieven voor paramedici* (pp. 54-66). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek?* (6e druk). Den Haag: Boom Lemma.
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?* (5e druk). Den Haag: Boom Lemma.
- Walg, C. (2019). Een andere kijk op gezondheid en zorg. *Bijblijven*, 35(8), 59–69. <https://doi.org/10.1007/s12414-019-0072-0>

- Wauben, L. (2015). *Zorgtechnologie: dwarsligger voor de zorg*. Geraadpleegd op 9 maart 2021, van <https://www.hogeschoolrotterdam.nl/contentassets/8d5cd5bee7cc4c77b582f2dea71c1ff4/openbare-les-linda-wauben.pdf>
- Wolbring, G., & Leopatra, V. (2013). Sensors: Views of Staff of a Disability Service Organization. *Journal of Personalized Medicine*, 3(1), 23–39. <https://doi.org/10.3390/jpm3010023>
- Wouters, E., Van der Zijpp, T., & Nieboer, M. (2017). *(B)eHealth : Technologie voor een gezonde toekomst*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Wouters, E., Zaalen, Y., Bruijning, J. E., & Van Zaalen, Y. (2015). *Praktijkgericht onderzoek in de (para)medische zorg* (2e druk). Coutinho.
- Zonneveld, M., Patomella, A.-H., Asaba, E., & Guidetti, S. (2019). The use of information and communication technology in healthcare to improve participation in everyday life: a scoping review. *Disability and Rehabilitation*, 42(23), 3416–3423. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1592246>
- Zordich, T., & Menichetti, J. (2017). Engaging Patients and Lowering Costs: Technology to the Rescue. *Transformative Healthcare Practice through Patient Engagement*, 115–138. <https://doi.org/10.4018/978-1-5225-0663-8.ch005>

6 Bijlagen

6.1 Bijlage 1: Begrippenlijst

Begrip	Definitie
Achterliggende redenen	Uit eerder onderzoek van Ergotherapie Nederland zijn diverse factoren (financiering en gebrek aan kennis) naar voren gekomen als reden waarom ondersteunende zorgtechnologie nog niet optimaal ingezet wordt door ergotherapeuten in Nederland. Met voorliggend onderzoek worden de achterliggende redenen hiervoor in kaart gebracht. De aspirant-onderzoekers geven als voorbeelden van achterliggende redenen: meningen, overtuigingen, normen en waarden.
Betekenisvol dagelijks handelen	“Betekenisvol dagelijks handelen, wordt gekenmerkt door actief en doelgericht participeren in activiteiten die voor een persoon waardevol zijn in het leven van alledag. Het is gekoppeld aan welzijn, kwaliteit van leven en gezondheid” (Graff, 2019). “De betekenis is persoonlijk en wordt voor een groot deel bepaald door de cultuur en context waarin iemand handelt” (Ikiugu & Pollard, in Satink & Van de Velde, 2017, p. 46).
Betekenisvol dagelijks handelen binnen de ergotherapie	Binnen de ergotherapie wordt het handelen essentieel geacht voor de gezondheid en welzijn van de cliënt, waarbij ieder mens recht heeft op het uitvoeren en/of betrokken zijn bij het dagelijks handelen. Het kerndomein van de ergotherapie is gericht op het weer mogelijk maken van het dagelijks handelen van de cliënt (Ergotherapie Nederland, z.d.-c; Satink & Van de Velde, 2017).
Digitalisering	“Met digitalisering worden de veranderingen aangeduid die zich voltrekken in de maatschappij en de economie t.g.v. de invloed van informatie- en communicatietechnologie (ICT)” (Encyclo, z.d.). “Digitalisering is het digitaal maken van analoge en handmatige processen. Door nieuwe technologieën en innovaties kunnen we informatie en bestaande processen op een betere en efficiëntere manier verwerken” (Encyclo, z.d.).
Domotica	Domotica zijn elektronische toepassingen die in en om de woning gebruikt kunnen worden. Middels domotica kunnen bepaalde functies bestuurd worden, zoals het aanzetten van de verwarming, de ventilatie of verlichting. Daarnaast zijn er mogelijkheden voor het bedienen van de telefoon en diverse alarmen, zodat cliënten extra comfort en veiligheid ervaren (Domotis, z.d.).
Draagvlak creëren	"Draagvlak creëren betekent ervoor zorgen dat je van tevoren ondersteuning en goedkeuring verwerft voor plannen die je wilt gaan uitvoeren of beslissingen die je wilt gaan nemen" (Carrièreijger, z.d.). Draagvlak is onontbeerlijk voor acceptatie en moet daarom vanaf het begin van het proces verankerd zitten (De Veld, Lemette, & Heijnsman, 2016).

Eigen regie	Binnen dit onderzoek wordt met deze term bedoeld dat de cliënt zo veel mogelijk grip behoudt over de uitvoer van zijn dagelijks handelen (Le Granse & Kuiper, 2017).
Ergotherapie Nederland	“Ergotherapie Nederland is de beroepsorganisatie van en voor ergotherapeuten in Nederland. De vereniging vertegenwoordigt alle ergotherapeuten en speelt een belangrijke rol in de ontwikkeling van het beroep” (Ergotherapie Nederland, 2021). Ergotherapie Nederland is voor het voorliggend onderzoek de opdracht gevende organisatie.
Technologische hulpmiddelen	Wanneer er gesproken wordt van technologische hulpmiddelen dan gaat het om alle concrete tastbare producten, instrumenten, uitrustingen of software die individueel ingezet kunnen worden ter bevordering en ondersteuning van het dagelijks handelen. Het hulpmiddel kan bijdragen aan het voorkomen of verminderen van de gevolgen van de diagnose van de cliënt en de beperkingen die daarbij horen. Voorbeelden van technologische hulpmiddelen zijn, hulpmiddelen die bijdragen aan het mogelijk maken, of vergroten van de mobiliteit, communicatie en zelfstandigheid in werk, huishoudelijke taken en persoonlijke verzorging (Betekenis-definitie, z.d.; Hagedoren-Meuwissen et al., 2017; Kader Advies, 2020).
Integreren	“Integratie is de opname in een (groter) geheel.” (Ensie, 2015). In dit onderzoek wordt met de term integreren bedoeld, dat zorgtechnologische toepassingen volledig opgenomen worden binnen de ergotherapeutische dienstverlening.
Paramedisch	Paramedisch betekent letterlijk “naast de dokter”. De zorg die paramedici uitvoeren is meestal niet direct gericht op genezing van een ziekte of aandoening, maar heeft als doel de gezondheid van de cliënt op peil te houden. De werkzaamheden van de paramedici vinden vooral plaats in de algemene zorg, de eerstelijnszorg, in ziekenhuizen, revalidatiecentra, verpleeghuizen en verzorgingshuizen (Atlas van Zorg & Hulp, 2019).
Participatie	De term participatie houdt in dat iedereen moet kunnen meedoen en moet kunnen deelnemen aan de samenleving. Deelnemen aan de samenleving mag dus niet minder vanzelfsprekend zijn voor mensen met een beperking (Movisie, 2017).
Positieve gezondheid	Positieve Gezondheid is een brede kijk op gezondheid, opgedeeld in zes dimensies. Hiermee draagt men bij aan nemen van de eigen regie en het aangaan van de uitdagingen in het dagelijks leven, op fysiek, emotioneel en sociaal gebied (Institute for Positive Health, 2020).
Robotica	Robots worden gezien als beloftevolle ontwikkeling in de zorg. Robots worden ingedeeld naar de rol die zij hierin kunnen vervullen. Robots kunnen ingezet worden als verzorger of als toezichthouder. Ook kunnen deze ingezet worden om de autonomie te vergroten of als gezelschapsmaatje voor de cliënt (Royakkers, Daemen, & Est in Hagedoren-Meuwissen et al., 2017).

Smartphone-applicaties	“Een smartphone is een mobiele telefoon waarop apps kunnen worden geïnstalleerd” (Coffee IT, z.d.). “Een applicatie is een software die vaak bedoeld is voor computers of mobiele apparaten zoals smartphones, tablets en smartwatches” (Coffee IT, z.d.). Applicaties die gebruikt worden ter ondersteuning van de zelfredzaamheid en participatie en die speciaal ontwikkeld zijn voor mensen met een beperking worden gedefinieerd als zorg-apps (Hagedoren-Meuwissen et al., 2017).
Vergrijzing	“Vergrijzing betekent kortweg dat het aandeel van de ouderen in de bevolking toeneemt. De gemiddelde leeftijd stijgt daardoor” (NPO Kennis, z.d.).
Zorgtechnologie	Er ontbreekt een eenduidige definitie van zorgtechnologie, omdat dit een containerbegrip is. Hagedoren-Meuwissen et al. (2017) hebben hiervoor de volgende indeling gemaakt: - Ondersteunende technologie; - Zorg op afstand; - Technologie die ingezet kan worden om de ergotherapeutische interventies te ondersteunen. Binnen dit onderzoek wordt bovenstaande indeling gehanteerd en ligt de focus op de ondersteunende technologie.

De inzet van ondersteunende zorgtechnologie binnen de ergotherapeutische dienstverlening

In dit onderzoek staat de volgende onderzoeksvraag centraal:

“Welke achterliggende redenen spelen er onder de ergotherapeuten in Nederland, die werkzaam zijn met de doelgroep volwassenen, bij het overwegen en inzetten van ondersteunende zorgtechnologie in het mogelijk maken van het betekenisvol dagelijks handelen van de cliënt?”

Werkwijze

Er wordt een interview gehouden waarin verschillende onderwerpen over ondersteunende zorgtechnologie aan bod komen. U zult het gesprek voeren met twee aspirant-onderzoekers. Dit gesprek duurt maximaal 60 minuten en vindt plaats via Microsoft Teams. Hierbij heeft u de keuze om de camera aan of uit te zetten. Het is mogelijk om zonder account deel te nemen aan Microsoft Teams middels een uitnodiging die via de mail verstuurd wordt.

Het gesprek zal, met uw toestemming, worden opgenomen met een extern audioapparaat. De opname zal maximaal zes maanden bewaard blijven binnen een beveiligde omgeving. De verzamelde gegevens worden anoniem verwerkt. Dat betekent dat de resultaten niet terug te leiden zijn naar u.

Graag vragen wij of u wilt deelnemen aan het onderzoek. Wanneer u besluit om niet deel te nemen, bedanken wij u in ieder geval voor uw tijd.

Wanneer u aangeeft deel te willen nemen aan dit onderzoek, zullen wij u vragen om een toestemmingsformulier te ondertekenen. Met het ondertekenen hiervan geeft u aan voldoende te zijn geïnformeerd over het onderzoek, dat u wil deelnemen aan dit onderzoek en dat u dit vrijwillig doet.

Bij deelname vragen wij u om onderstaande gegevens in te vullen, zodat wij contact met u kunnen opnemen. Voor eventuele vragen of opmerkingen die u naar aanleiding van deze informatie heeft, kunt u ons bereiken via po.zorgtechnologie@gmail.com.

Met vriendelijke groet,

Kristel Crins, Romy Penedo Cumplido, Elisa Sander, Rosa Straatman en Quinta Zandvliet
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, opleiding Ergotherapie.

In opdracht van de commissie zorgtechnologie, onderdeel van Ergotherapie Nederland.

6.3 Bijlage 3: Toestemmingsverklaring

Toestemmingsformulier

Verklaring voor deelname aan het praktijkgericht onderzoek: *Zorgtechnologie in de Ergotherapie*

Naam aspirant onderzoekers: Kristel Crins, Romy Penedo Cumplido, Elisa Sander, Rosa Straatman en Quinta Zandvliet

In te vullen door de deelnemer

Ik bevestig hierbij het volgende:

- Ik ben naar tevredenheid over het onderzoek geïnformeerd en ik heb de schriftelijke informatie over het onderzoek goed gelezen en begrepen;
- Ik ben op de hoogte gesteld van het feit dat het huidige onderzoek wordt uitgevoerd door vijf ergotherapiestudenten als onderdeel van het afstudeeronderzoek over zorgtechnologie in de ergotherapie in samenwerking met Ergotherapie Nederland;
- Ik ben in de gelegenheid gesteld om vragen over het onderzoek te stellen en mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ook ben ik mij ervan bewust dat ik gedurende het interview onduidelijkheden kan verhelderen, door hier vragen over te stellen;
- Ik heb de gelegenheid gehad om goed over deelname aan het onderzoek te kunnen nadenken;
- Ik stem vrijwillig in met de deelname aan dit onderzoek;
- Ik ga akkoord dat de audio van het gesprek wordt opgenomen.

Ik begrijp dat ...

- ... ik het recht heb mijn toestemming op ieder moment weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden hoeft op te geven en dat het intrekken van mijn deelname geen verdere gevolgen heeft;
- ... mijn gegevens anoniem verwerkt zullen worden;
- ... het opnamemateriaal en de bewerking ervan alleen voor het onderzoek gebruikt zullen worden;
- ... ik niet op de hoogte wordt gebracht van mijn individuele resultaten.

Naam: _____

Datum: _____

Handtekening: _____

In te vullen door de uitvoerende aspirant onderzoekers

Wij zijn verplicht om op een duidelijke (mondelinge en/of schriftelijke) wijze toelichting te geven over het onderzoek. Dit is gedaan aan de hand van een informatiebrief en het gesprek zal starten met een heldere opening en mondelinge toelichting. Wij zullen naar vermogen antwoorden op resterende vragen over het onderzoek. De deelnemer zal aan een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Aspirant onderzoeker: Kristel Crins

Datum: _____

Handtekening: _____

Aspirant onderzoeker: Elisa Sander

Datum: _____

Handtekening: _____

Aspirant onderzoeker: Rosa Straatman

Datum: _____

Handtekening: _____

Aspirant onderzoeker: Quinta Zandvliet

Datum: _____

Handtekening: _____

Aspirant onderzoeker: Romy Penedo Cumplido

Datum: _____

Handtekening: _____

6.4 Bijlage 4: Interviewguide

Introductie

Welkom, allereerst bedankt voor uw deelname aan dit onderzoek. Wij zullen ons eerst even voorstellen en ik zal een korte introductie geven van ons onderzoek.

Wij zijn *[naam assistent interviewer]* en *[naam hoofdinterviewer]* en wij studeren ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Samen met onze drie groepsgenoten doen wij onderzoek naar de inzet van zorgtechnologie in de ergotherapeutische dienstverlening. Dit onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van de commissie zorgtechnologie van Ergotherapie Nederland.

Ik zal vandaag de rol als hoofdinterviewer aannemen en *[naam assistent interviewer]* is aanwezig als assistent interviewer. Zij zal aanvullende vragen stellen en aantekeningen maken.

Wij zouden dit gesprek graag willen opnemen, zodat wij dit later kunnen uitwerken. Gaat u akkoord met het opnemen van het interview?

"Opname gestart"

De audio-opname is zojuist gestart. Kunt u bevestigen dat we toestemming hebben voor het maken van deze audio-opname?

In dit interview willen wij achterhalen wat achterliggende redenen zijn voor ergotherapeuten om ondersteunende zorgtechnologie wel of niet in te zetten. Daarbij zullen we in gesprek gaan over uw ervaringen, uw kijk op de toekomst van ZT en de rol van de ET hierin. Hierin bent u vrij om vanuit uw eigen perspectief te vertellen, hierin is geen goed of fout, we zijn heel benieuwd naar uw mening.

Als er gedurende het interview vragen of opmerkingen zijn, bent u vrij om deze te allen tijde te stellen. Ook bent u vrij om het interview te allen tijde te beëindigen.

Heeft u tot zover nog vragen?

Voor we starten met de vragen, zijn we benieuwd in welke setting u werkt en of u hier kort iets over kunt vertellen?

- *Indien werkzaam met zowel kinderen als volwassenen:* We richten ons specifiek op de doelgroep 18 jaar en ouder, wanneer u uit uw ervaring spreekt, zou u deze dan over deze doelgroep willen delen?

De vragen van dit onderzoek zijn gericht op ondersteunende zorgtechnologie.

Wij bedoelen hiermee domotica, robotica, smartphone-applicaties en technische hulpmiddelen.

Ik zal enkele voorbeelden noemen, zodat we op een lijn liggen wat we hieronder verstaan: Enkele voorbeelden die u wellicht al kent zijn: Parkinson-rollator, rolstoelen met elektrische ondersteuning, armondersteuning en protheses.

Ondersteunende ZT is erg breed en ook de volgende, mogelijk minder bekende, voorbeelden vallen hieronder: sociale robots, robots die beweging stimuleren, omgevingsbesturing, sensoren en GPS trackers, slimme medicijnkapsules, robot- of grijparm, apps voor dag-structuur en spraakcomputers.

We hebben nu wat voorbeelden genoemd, deze zijn direct een aanleiding naar onze eerste vraag, namelijk;

Hoofdvraag 1: Kunt u een beeld schetsen van wanneer u ondersteunende zorgtechnologie heeft ingezet?

- *Hoe bent u tot dit product/middel gekomen?*
 - *Eigen initiatief of gestimuleerd vanuit organisatie?*
- *Zet u dit vaker in of was het eenmalig?*
- *Hoe heeft u de inzet van dit product/middel ervaren?*
- *Zou u dit product/middel een volgende keer opnieuw inzetten?*

Heeft u naast ... ook nog andere ondersteunende zorgtechnologie ingezet?

- *Hoe bent u tot dit product/middel gekomen?*
- *Hoe heeft u de inzet van dit product/middel ervaren?*

Doorvraag optie 1: U benoemt een positieve ervaring te hebben...

- *Heeft u naast deze positieve ervaringen ook een ervaring waarvan u denkt dit ging minder goed?*

Doorvraag optie 2: U benoemt een negatieve ervaring te hebben...

- *Hoe zou u uw vertrouwen in ondersteunende zorgtechnologie omschrijven?*
- *Wat heeft u ervoor nodig om weer vertrouwen te krijgen in zorgtechnologie?*

Doorvraag optie 3 (Indien geen ervaring met de inzet van zorgtechnologie):

Heeft u wel eens overwogen om zorgtechnologie in te zetten (maar dit uiteindelijk niet gedaan)?

- *Wat heeft ertoe geleid dat u het uiteindelijk toch niet heeft ingezet?*

Afsluitende vraag: We hebben het nu gehad over uw ervaringen. Op welke manier denkt u dat deze ervaringen invloed hebben op uw keuze om in de toekomst ondersteunende zorgtechnologie in te zetten?

Hoofdvraag 2: Welke factoren zijn (naast ... en ..., zoals u net al noemde) van invloed op uw overweging om ondersteunende zorgtechnologie wel of juist niet in te zetten?

Doorvraag opties bij positieve ervaringen:

- *Wat ondersteunt/motiveert u bij het inzetten van zorgtechnologie?*
- *Wat ervaart u als prettig en bevorderend bij de inzet van zorgtechnologie?*

Doorvraag opties bij negatieve ervaringen:

- *Ervaart u belemmeringen bij het inzetten van ondersteunende ZT? En zo ja, welke?*
- *Op welke manier beperken deze belemmeringen u bij de inzet van ZT? Kunt u toelichten waar u dan precies tegen aan loopt?*

Deelvraag 1 (Best practices):

- **Optie 1:** Op het moment dat u ondersteunende ZT voor het eerst bent gaan inzetten; was u direct overtuigd of heeft u eerst getwijfeld?
- **Optie 2:** Ik merk dat u enthousiast bent, is dit altijd zo geweest? Of bent u ook een drempel over gegaan?
 - *Wat maakte dat u direct overtuigd was?*
 - *Wat maakte dat u twijfelde?*
 - *Was er een bepaalde stimulatie, motivatie of trigger die u overtuigde om ondersteunende ZT in te gaan zetten?*
 - *Heeft u bepaalde belemmeringen overwonnen toen u ondersteunende ZT ging inzetten?*

Deelvraag 2:

Wat is uw mening over de toegankelijkheid van ondersteunende ZT?

- *Heeft u hier een voorbeeld van?*
- *Op welke manier is dit van invloed op uw overweging om ondersteunende ZT in te zetten?*

Deelvraag 3:

Hoe denkt u (in het algemeen) over de effectiviteit van ondersteunende ZT?

Heeft u hier een voorbeeld van?

- *Op welke manier is dit van invloed op uw overweging om ondersteunende ZT in te zetten?*
- *Zijn er wel eens producten waarvan u de effectiviteit niet hebt ervaren?*

Indien niet effectief:

- *Wanneer is het voor u wel effectief?*
- *Wat is volgens u het beoogde effect?*

Afsluitende vraag hoofdvraag 2:

U heeft net al een aantal dingen benoemd (zoals ... en ...). Als afsluiting van deze vraag, zijn er nog voor- of nadelen die u ervaart bij de inzet van ondersteunende ZT, die we nog niet besproken hebben?

Hoofdvraag 3: Staat u ervoor open om ondersteunende ZT in de toekomst (meer) in te zetten in uw ergotherapeutische dienstverlening?

- *Bent u van mening dat ergotherapeuten een rol (moeten/kunnen) vervullen binnen het inzetten van ondersteunende ZT?*
- *Als we spreken over de rol van ergotherapeuten binnen het inzetten van ondersteunende ZT; hoe zou u deze rol dan willen vervullen?*

Deelvraag 1:

Wat heeft u (naast eigen voorbeeld) ervoor nodig om in de toekomst ondersteunende ZT (meer) in te gaan zetten?

- *Welke barrières moeten dan overwonnen worden om ondersteunende ZT (meer) in te gaan zetten?*
- *Wie of wat kan u hierbij helpen?*

Deelvraag 2:

De Commissie Zorgtechnologie heeft als doel om ergotherapeuten in de praktijk te ondersteunen bij de inzet van zorgtechnologie. Zo worden er bijvoorbeeld workshops of webinars georganiseerd.

- *Bent u hiervan op de hoogte? Heeft u al wel eens deelgenomen? Zo ja, wat was uw ervaring?*
- *Wat zou Ergotherapie Nederland (de commissie zorgtechnologie) voor u kunnen betekenen?*
- *Zou uw voorkeur liggen bij het deelnemen aan workshops (praktische vaardigheden) of bij webinars (kennis verstrekking)?*

Afsluiting:

Dit waren de vragen van het interview. Ontzettend bedankt voor uw input.

Als afsluiting noemen we nogmaals onze onderzoeksvraag, deze luidt als volgt: "*Welke achterliggende redenen spelen er onder ergotherapeuten bij het overwegen en inzetten van ondersteunende zorgtechnologie*".

Heeft u naar aanleiding van de onderzoeksvraag nog inbreng die u graag wilt delen? Of zijn er nog punten die nu niet aan bod gekomen zijn, maar die u wel belangrijk vindt in het kader van dit onderwerp en onderzoek?

Stel dat u later nog vragen heeft of behoefte aan kennis; Ergotherapie Nederland geeft regelmatig cursussen, webinars en workshops over verschillende onderwerpen rondom ZT. Informatie hierover wordt verspreid via de nieuwsbrief en site van EN en op sociale media. U bent bij hen welkom.

Wij zullen alle afgenomen interviews verwerken in onze resultaten. Deze worden uiteindelijk gebruikt voor ons artikel. Ook zullen wij een presentatie geven aan onze opdrachtgever. U als deelnemer aan ons onderzoek heeft de mogelijkheid deze resultaten te ontvangen en/of de presentatie bij te wonen. Het is geheel vrijblijvend, zou u dit interessant vinden? Zo ja, dan bewaren wij uw emailadres en nemen wij t.z.t. contact met u op.

“Opname gestopt”

Hoe heeft u het ervaren om met ons over dit onderwerp in gesprek te gaan?

Bedankt voor uw tijd en een fijne dag nog!

“Teams-vergadering verlaten”

6.5 Bijlage 5: Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo

Doelgroep

De doelgroep bestaat uit volwassenen van diverse leeftijden, die wilsbekwaam zijn. Het betreft momenteel werkzame en geregistreerde ergotherapeuten uit de beroepspraktijk in Nederland. Het is vereist om een opleiding tot ergotherapeut te hebben afgerond om dit te nemen aan dit onderzoek. Een inclusiecriteria is dat de ergotherapeuten minimaal drie jaar (recent) werkzaam zijn met de doelgroep volwassenen.

Interventie

De respondenten wordt gevraagd antwoord te geven op open vragen, die door de aspirant-onderzoekers als niet belastend of schadend gezien worden. Het enige wat als belastend ervaren kan worden door de deelnemers is de tijd die gevraagd wordt voor het interview (maximaal 45 minuten). De deelnemers zullen van tevoren worden ingelicht over de duur van het interview en mogen te allen tijde aangeven te willen stoppen met het onderzoek.

De deelnemers hoeven naast het beantwoorden van de interviewvragen geen extra activiteiten te ondernemen voor dit onderzoek.

Toestemming

Er zal een toestemmingsverklaring ([Bijlage 3](#)) worden opgesteld waarin het onderzoek uitgelegd wordt. Deze zal ondertekend worden door zowel de deelnemers als de onderzoekers. Alvorens het afnemen van het interview zal mondeling ook toestemming gegeven moeten worden om het interview op te nemen, waarbij de aspirant onderzoekers zullen uitleggen waarom dit noodzakelijk is voor het onderzoek (transcriberen en verwerken van de verkregen data). Deze mondelinge toestemming voor het opnemen van het interview, zal bij de start van de opname nogmaals bevestigd worden door beide partijen.

Deze gegevens moeten voor het interview al bevestigd zijn, zodat de aspirant-onderzoekers zeker weten dat de respondent wil deelnemen aan het onderzoek en toestemming geeft om de verkregen gegevens anoniem te gebruiken. Zonder toestemming is deelname aan het onderzoek niet mogelijk.

Goedkeuring

De aspirant onderzoekers denken dat er geen goedkeuring aangevraagd zal hoeven worden bij de interne- of externe Medisch Ethische Toetsingscommissie. De aspirant onderzoekers zullen namelijk geen veranderingen aanbrengen aan de inhoud van de ergotherapeutische dienstverlening. Tevens zullen tijdens het (kwalitatieve) onderzoek ergotherapeuten in de praktijk worden geïnterviewd, dit zal hen niet lichamelijk en/of psychisch schaden. De privacy van de respondenten zal gewaarborgd worden. Ook zal er toestemming gevraagd worden voor het verkrijgen en opslaan van de gegevens van de respondenten.

Onder de respondenten spelen geen cognitieve beperkingen. Zij zijn wilsbekwaam en in staat om zelf te bepalen of zij deel willen nemen aan het onderzoek en welke vragen zij wel of niet willen beantwoorden.

6.6 Bijlage 6: Transcriptie-afspraken

Er is woordelijk getranscribeerd, omdat bij deze vorm van transcriberen geen gegevens verloren kunnen gaan en de aspirant-onderzoekers objectiviteit en volledigheid belangrijk vinden (Evers, 2015).

- De transcripten zijn uitgewerkt in Calibri (Hoofdtype) 11.
- De transcripten zijn genummerd op volgorde van de interviews en aan het begin van ieder transcript wordt de setting waar de respondent werkzaam is beschreven.
- In de transcripten wordt onderscheidt gemaakt tussen de vragen van de interviewer (**V**) en de antwoorden van de respondent (**A**).
- De transcripten zijn in een tabel geplaatst, waarbij iedere vraag en antwoord in een aparte kolom geplaatst zijn.
- Emoties worden als volgt weergegeven: *lachen*.
- Wanneer zinnen niet afgemaakt worden wordt dit aangegeven met: ...
- Taalfouten zijn in de meaning units gecorrigeerd.
- Bij een onverstanebare tekst is dit aangegeven: (**niet verstaanbaar**).
- Wanneer de verbinding haperde of verbroken werd, is dit aangegeven met ***internet viel weg***.
- Wanneer respondenten namen noemen (bijvoorbeeld personen, bedrijven, organisaties etc.): *naam persoon*/ *naam bedrijf*.
- Irrelevante tekst, zoals herhalingen, worden in eerste instantie uitgewerkt. Omdat voor de data-analyse de transcripten meerdere malen zijn doorgelezen voor het ontdekken van verbanden, zijn voor de leesbaarheid deze irrelevante stukken tekst later verwijderd. Het gaat hierbij om stotteren zoals 'uhm' of herhalingen zoals 'dat, dat, dat...'.- Instemmende tekst van de interviewers, zoals 'oké' en 'hmm' wordt in eerste instantie wel getranscribeerd.

(Omdat voor de data-analyse de transcripten meerdere malen zijn doorgelezen voor het ontdekken van verbanden, zijn voor de leesbaarheid deze irrelevante stukken tekst later verwijderd).

6.7 Bijlage 7: Thema's met bijbehorende categorieën

Overwegingen van de ergotherapeut	Zorgtechnologie inzetten is afhankelijk van alle betrokkenen
	Alleen inzetten wanneer écht nodig
	Verantwoordelijkheidsgevoel van de ergotherapeut bij de inzet van zorgtechnologie
	Vertrouwen in zorgtechnologie is van invloed op overweging
	Erkenning rol van belang voor overwegingen zorgtechnologie
	Takenpakket van invloed op de overwegingen van zorgtechnologie
	Normen en waarden van de ergotherapeut hebben invloed op het overwegen van zorgtechnologie
	Zorgtechnologie als ergotherapeutische oplossing zien
	Motivatie ergotherapeut van invloed op het overwegen van zorgtechnologie
	Zorgtechnologie mag geen vervanging zijn
	Eigen ervaringen zijn van invloed op het overwegen van zorgtechnologie

De cliënt is van invloed op de inzet van zorgtechnologie	Zorgtechnologie moet passend zijn bij de cliënt
	Inzet is afhankelijk van vaardigheden van de cliënt
	Inzet is afhankelijk van doelgroep
	Daadwerkelijk gebruik van zorgtechnologie door de cliënt is een voorwaarde voor de inzet
	Inzet zorgtechnologie afhankelijk van de vraag van de cliënt
	Acceptatie van de cliënt van invloed bij de inzet van zorgtechnologie
	Inzet zorgtechnologie afhankelijk van het cliëntsysteem

De effectiviteit van zorgtechnologie is van invloed	Algemeen ervaren effectiviteit van zorgtechnologie
	Inzetten wanneer zorgtechnologie de cliënt veiligheid biedt
	Inzetten wanneer zorgtechnologie de cliënt vrijheid biedt
	Inzetten wanneer zorgtechnologie de cliënt zelfstandigheid biedt
	Inzetten wanneer zorgtechnologie bijdraagt aan het welzijn van de cliënt
	Zorgtechnologie inzetten wanneer van meerwaarde voor zorg en organisatie
	Praktische belemmeringen zijn van invloed op de effectiviteit
	Technische belemmeringen zijn van invloed op de effectiviteit

Het aanvraagproces	Onduidelijkheid financiering zorgtechnologie
	Veranderende vergoedingen
	Kosten van invloed op de aanvraag van zorgtechnologie
	Vergoeding is een voorwaarde voor de inzet van zorgtechnologie
	Afweging van de kosten en baten van zorgtechnologie
	Inzet zorgtechnologie is afhankelijk van het budget van de organisatie
	Verantwoording zorgtechnologie is van invloed op de aanvraag van zorgtechnologie
	Aanvraag zorgtechnologie kost veel tijd
	Toegankelijkheid van invloed op de aanvraag van zorgtechnologie
	Financiële mogelijkheden cliënt van invloed op de aanvraag van zorgtechnologie
	Bekendheid van producten van invloed op vergoeding van zorgtechnologie

Beïnvloedende factoren bij de implementatie	Weerstand bij de implementatie van zorgtechnologie
	De invloed van tijd op de implementatie van zorgtechnologie
	Acceptatie van zorgtechnologie is van invloed op de implementatie
	Gedragsverandering is nodig voor de implementatie van zorgtechnologie
	Ontwikkelingen van zorgtechnologie zijn van invloed op de implementatie

Behoeftes die (verder) vervuld kunnen worden	Behoefte aan informatie over zorgtechnologie
	Behoefte aan praktische ondersteuning bij inzet van zorgtechnologie
	Behoefte aan duidelijkheid rondom de aanvraag en vergoedingen van zorgtechnologie
	Behoefte aan realistische weergave van (de werking van) producten
	Behoefte aan het uitproberen van zorgtechnologie
	Behoefte aan het delen van (succes)ervaringen over de inzet van zorgtechnologie