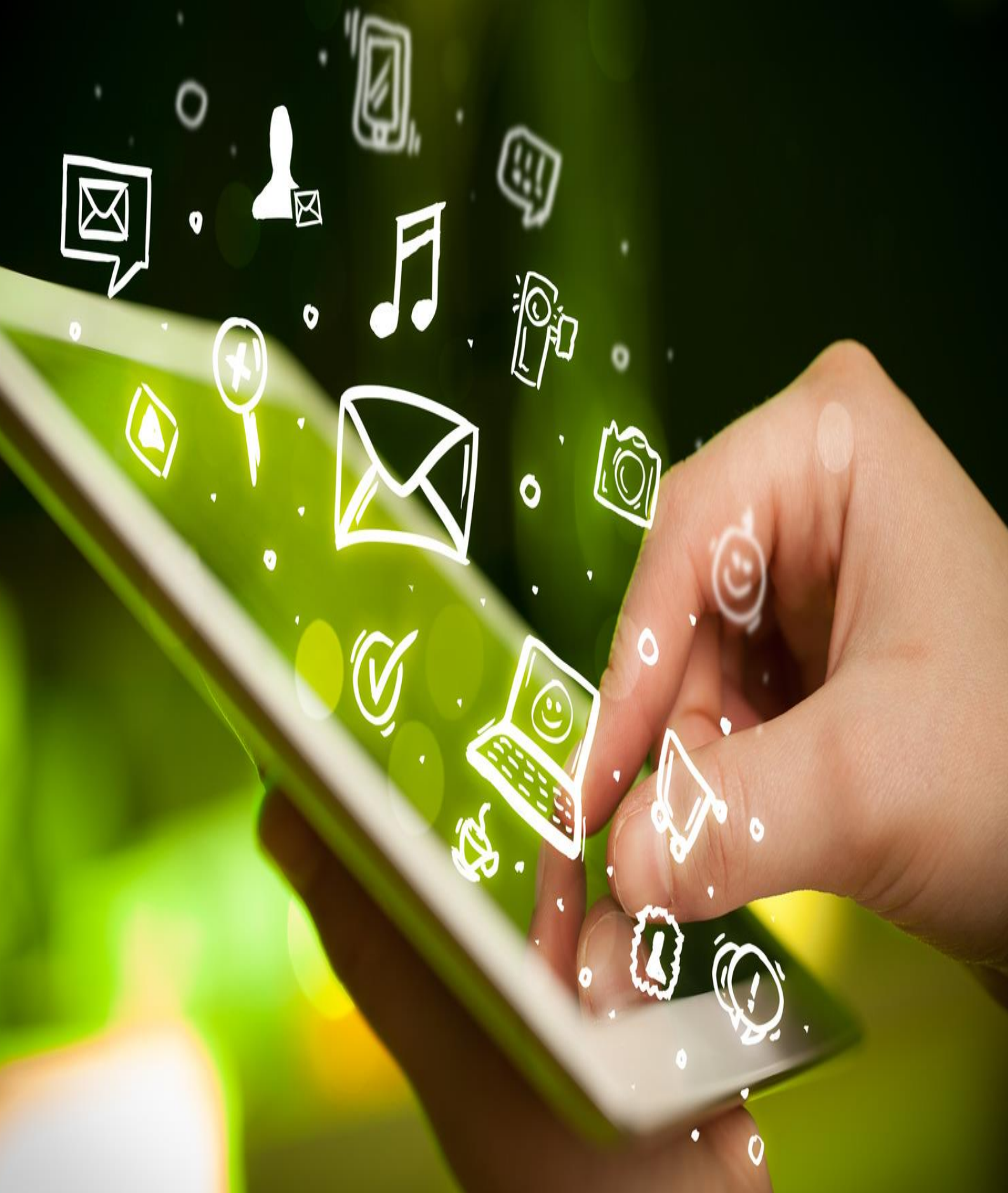


ONE TOUCH MAKES IT ALL EASIER



Bachelorrapport

Een evaluerend onderzoek naar de effecten van een digitaal planbord ter ondersteuning van de dagelijkse activiteiten van en voor verstandelijk beperkten

Onderzoekers: Nanne Kalvenhaar, 353366
Joy Alferink, 355372

Bachelor begeleiders: Docenten E. Mol en P. Stegen

Opdrachtgever: Welnaweg 90, Twentse Zorgcentra

Sociaal Pedagogisch Hulpverlener
Leerjaar 4, Academie Mens en Maatschappij
Saxion te Enschede

Enschede, januari 2017



Inhoudsopgave

Voorwoord.....	5
Samenvatting.....	6
1. Inleiding.....	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Doelstelling	9
1.2.1 Doelstelling korte termijn	9
1.2.2 Doelstelling lange termijn	9
1.3 Onderzoeksvraag	9
1.3.1 Hoofdvraag.....	9
1.3.2 Theoretische deelvragen	9
1.3.3 Praktische deelvragen.....	9
1.4 Leeswijzer	9
2.Theoretisch kader.....	10
2.1 Werkwijze gehandicaptenzorg.....	10
2.1.1 Gehandicaptenzorg.....	10
2.1.2 Doelgroep.....	10
2.1.3 Communicatie met een beperking	11
2.1.4 Menselijke behoeftes.....	11
2.1.5 Ontwikkelingen gehandicaptenzorg	12
Wet en regelgeving.....	12
Digitalisering	12
eHealth.....	13
2.1.6. Ontwikkelingen Twentse Zorgcentra	13
Transities.....	13
Cliëntmedezeggenschap	13
STERK methode.....	13
2.2 Digitaal planbord.....	14
2.2.1 Digitaal hulpmiddel	14
2.2.2 Digitaal voor verstandelijk beperkten.....	14
2.2.3 Digitaal communicatie middel	14
2.2.4 Vervanging pictogrammenbord	15
2.2.5 Pictoplanner	16
2.3 Conclusie theoretisch kader.....	16
3. Methode van onderzoek.....	17
3.1 Onderzoeksmethode.....	18

3.2 Onderzoekstype	18
3.3 Methoden van dataverzameling	18
3.3.1 Populatie	18
3.3.2 Interview begeleiders Welnaweg 90	19
3.3.3 Interview cliënten Welnaweg 90	19
3.3.4 Interview betrokkenen	19
3.4 Instrumenten	19
3.5 Betrouwbaarheid	20
3.6 Validiteit	21
3.7 Ethische overwegingen	21
4.Resultaten.....	21
4.1 Effecten volgens begeleiders Welnaweg 90	22
4.2 Effecten volgens cliënten Welnaweg 90 groep.	25
4.3 Effecten volgens betrokkenen van de Welnaweg 90.	26
5.Conclusie.....	29
5.1 Conclusie interviews begeleiders Welnaweg 90.....	29
5.2 Conclusie participatie observatie cliënten Welnaweg 90.....	30
5.3 Conclusie interviews betrokkene Welnaweg 90.....	30
5.4 Conclusie onderzoeksvraag.....	31
5.5 Aanbevelingen	32
Aanbeveling 1.....	32
Aanbeveling 2.....	32
Aanbeveling 3.....	32
5.6 Reflectie op onderzoek	34
5.7 Discussie	37
Literatuurlijst	39
Bijlagen.....	42
Bijlage 1. Benadering begeleiders Welnaweg 90	43
Bijlage 2. Werkwijze begeleiders Welnaweg 90	44
Bijlage 3. Benadering cliënten Welnaweg 90	46
Bijlage 4. Werkwijze cliënten Welnaweg 90	47
Bijlage 5. Benadering andere betrokkene	49
Bijlage 6. Werkwijze betrokkene	50
Bijlage 7. Model overeenkomst onderzoeksopdracht	52
Bijlage 8. Evaluatieformulier opdrachtgeefster	54
Bijlage 9. Presentatie uitkomsten onderzoek	56

Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van het evaluatie onderzoek naar de effecten van een digitaal planbord ter ondersteuning van de dagelijkse activiteiten van en voor verstandelijk beperkten. Met als doel dat dit onderzoek de effecten van het digitale planbord op de Welnaweg 90 inzichtelijk maakt. Op de langere termijn is de doelstelling dat dit onderzoek een eerste aanzet is in de verdere inventarisering van digitale hulpmiddelen binnen de Twentse Zorgcentra.

Via deze weg willen wij een ieder bedanken die heeft bijgedragen aan dit onderzoek. Dit zijn alle begeleiders, cliënten, en andere betrokkenen die wij hebben mogen interviewen. Zonder hen hadden wij geen antwoord kunnen krijgen op onze onderzoeksvraag. In het bijzonder Vanessa Bennink en Diane in het Veld, die ons beiden veel extra informatie hebben gegeven over digitale hulpmiddelen in de zorg en communicatie bij verstandelijk beperkten.

Als laatste willen wij Pim Stegen bedanken, onze supervisor die ons vooral in onderzoektechnisch opzicht goede richting heeft gegeven in ons onderzoek.

Joy Alferink & Nanne Kalvenhaar

Enschede, januari 2017

Samenvatting

Sinds begin 2016 maakt de Welnaweg 90 groep, onderdeel van De Twentse Zorgcentra, gebruik van een digitaal planbord. Ten tijde van de opdrachtgeving voor dit onderzoek was het digitale planbord een halfjaar in gebruik door cliënten en medewerkers.

De opdrachtgeefster, Vanessa Bennink, was benieuwd naar de effecten die dit digitale planbord met zich meebracht. Dit vormde de hoofdvraag van het onderzoek: 'Wat zijn de effecten van het digitale planbord op de Welnaweg 90 van de Twentse Zorgcentra volgens de directe betrokkenen?'.

Om antwoord te krijgen op deze hoofdvraag moest er geëvalueerd worden wat de effecten zijn van het digitale planbord, zowel bij cliënten, begeleiders, als bij andere betrokkenen.

Deze evaluatie is gerealiseerd middels semigestructureerde interviews met vijf begeleiders en vijf betrokkenen. Daarnaast is een participatie observatie gehouden met de negen cliënten van de Welnaweg 90. De resultaten uit de interviews en observaties hebben geleid tot inzicht in mogelijke effecten van gebruik van het digitale planbord. Zo is het grootste effect voor de cliënten dat het bord veiligheid en structuur biedt, en tevens leeft voor hen het dagprogramma meer omdat het digitale interessanter is. Voor de begeleiders is het grootste positieve effect dat zij minder conflicten hebben met de cliënten, dit doordat zij kunnen terug verwijzen naar het digitale planbord en deze leidend is. Opvallend is dat de betrokkenen vaak noemen dat het planbord structuur geeft en dat daardoor meer duidelijkheid ontstaat voor cliënten. Een belangrijk effect aangezien het bijdraagt aan de primaire en natuurlijke behoefte van mensen aan veiligheid en zekerheid. Een negatief gemeten effect is dat wanneer het digitale planbord niet volledig of juist is ingevuld dit onduidelijkheid en onrust veroorzaakt. Zowel cliënten, begeleidsters en betrokkenen gaven aan dat dit nog te vaak voorkomt. Op basis van de gevonden effecten, waaronder de genoemde twee die hierboven zijn beschreven, worden er tot slot een aantal aanbevelingen gedaan in dit onderzoek. De belangrijkste aanbeveling is dat structuur voor cliënten pas ontstaat wanneer er consequent en volledig wordt gewerkt met het digitale planbord. Begeleidsters dienen het bord dus op tijd en juist in te vullen en tijdig ook weer. Daarnaast gaven de begeleidsters een aantal verbeterpunten aan voor de ontwerpers van het programma, de Pictoplanner, op het digitale planbord. Wanneer deze punten zouden worden verbeterd door de ontwerpers, zou het werken met de pictoplanner op het digitale planbord gemakkelijker worden gemaakt voor de begeleidsters. Tot slot vinden zowel de begeleidsters als de betrokkenen het van belang dat er maatwerk wordt geleverd met het digitale planbord of een eventuele Ipad voor cliënten in de toekomst. Hiervoor wordt aanbevolen om individueel te werken met de cliënt en zijn dagprogramma op het digitale planbord of op een Ipad. In gesprek te blijven met de cliënten over zijn wensen en behoeften betreft het digitale hulpmiddel. Uiteindelijk wordt met het leveren van maatwerk gestreefd naar het behalen van een hoger doel, namelijk het ondersteunen van de cliënten in hun dagelijkse activiteiten.

1. Inleiding

In dit hoofdstuk staat de aanleiding, de doelstelling en de onderzoeksvraag van dit onderzoek beschreven. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een leeswijzer waarin de opbouw van dit onderzoek wordt weergegeven.

1.1 Aanleiding

Dankzij het internet digitaliseert onze maatschappij. Uit het grote aantal internetaansluitingen in ons land, 94%, lijkt dan ook dat Nederland de digitalisering heeft omarmd. Ons land houdt dan nog 6% over die niet aangesloten zijn op het internet. Van die 6% woont een groot deel langdurig in een zorginstelling. Daar hebben zij soms beperkt of zelfs geen toegang tot het internet (Timmer, 2014). Toch blijkt dat ook in de zorginstellingen het internet en digitale middelen meer in opkomst zijn. Het toepassen van technologische applicaties in de zorg, wordt ook wel eHealth genoemd. EHealth staat voor het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën bedoeld om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. Om de zorg toekomstbestendiger te maken wordt veel verwacht van de inzet van technologie. De inzet van eHealth moet een bijdrage leveren aan betaalbare toegankelijke zorg van hoge kwaliteit (Technologie in de zorg en ehealth, 2016). Digitale middelen hebben steeds meer te bieden en kunnen voor verschillende doeleinden gebruikt worden. Zo kunnen digitale hulpmiddelen een uitkomst bieden bij het structureren van het dagprogramma voor mensen met een stoornis in het autismespectrum (Teunisse, 2012). In zijn onderzoek naar het centraal stellen van de zorgverlener bij het gebruik van digitale hulpmiddelen laat Bogaarts (2016) zien dat onder andere mantelzorgers hun zorg kunnen optimaliseren door gebruik te maken van digitale hulpmiddelen. In dit onderzoek is te zien dat voor zowel de zorgvrager als de zorgverlener een digitaal hulpmiddel een uitkomst kan bieden. Het werk van de mantelzorger wordt door gebruik van digitale hulpmiddelen verlicht en mede daardoor kunnen mantelzorgers langer zorg blijven verlenen aan diegene die zorg vragend zijn. Ook onderzoek naar de effectiviteit van digitale middelen neemt toe (Schalken, 2013).

Digitalisering is inmiddels zo sturend, dat een zorginstelling geen andere keuze heeft dan meegaan in de ontwikkelingen. Ook zorginstelling de Welnaweg 90, onderdeel van Het Bouwhuis van de Twentse Zorgcentra, ging mee in deze ontwikkeling en heeft in 2016 dan ook een digitaal planbord aangeschaft. De Twentse Zorgcentra is een aanbieder van zorg en dienstverlening aan mensen met een verstandelijke beperking. De kernwaarden van de Twentse Zorgcentra luiden dat zij dichtbij blijven, in eenvoud en deskundigheid leveren. Door als zorginstelling mee te gaan in de digitale ontwikkelingen, blijven zij dichtbij en kunnen zij deskundigheid ontwikkelen en leveren. Zonder daarbij de regie van de cliënt overnemen. Daarvoor werkt de Twentse Zorgcentra in zelforganiserende teams, bestaande uit de cliënten, cliëntvertegenwoordigers en begeleiders. Deze manier van werken wordt ook wel de STERK methode genoemd (Twentsezorgcentra, 2014). Deze methode houdt in: Samen Toewerken Naar Eigen Regie en Kracht en is sinds kort ingevoerd op de Welnaweg 90,. De methode zorgt ervoor dat de groep de regie meer in eigen handen krijgt. Door het gebruik van de STERK methode is de Welnaweg 90 inmiddels zover dat zij hun eigen beslissingen mogen en kunnen maken. Een van deze beslissingen was het invoeren van een digitaal planbord. In samenwerking met Logopedie is besloten als pilot groep te onderzoeken op welke manier digitalisering toepasbaar is en de kwaliteit kan bevorderen of vergemakkelijken van de zorg die de Welnaweg 90 groep dagelijks met zijn allen bieden aan de cliënten. De Welnaweg 90 kan volgens de opdrachtgeefster en persoonlijk begeleider van de groep Vanessa worden gekenmerkt als een groep met jonge, en dynamische medewerkers die open staan voor nieuwe ontwikkelingen. Al hoewel de groep bestaat uit mensen met een verstandelijk beperking, is de verwachting dat de bewoners ook in staat zijn een verandering in hun dagelijkse functioneren te kunnen accepteren. Dit in de vorm van een digitaal hulpmiddel, mits duidelijk vertaald naar hun kunnen en hanteerbaar gemaakt voor de specifieke doelgroep.

De Welnaweg 90 had dan ook behoefte aan een onderbouwd en uitgewerkt plan, waarin beschreven staat wat de effecten zijn van het digitale planbord en wat aanbevolen wordt voor de toekomst van het digitale planbord in werking op de Welnaweg 90. Middels dit onderzoek wordt er aandacht geschonken aan deze vragen en behoeften van de Welnaweg 90 en worden de effecten van het digitale planbord inzichtelijk gemaakt.

1.2 Doelstelling

Dit onderzoek heeft een korte en langere termijn doelstelling.

1.2.1 Doelstelling korte termijn

De opdrachtgever wil inzicht krijgen in de effecten van huidig gebruik van het digitale planbord. Het antwoord hierop wordt verkregen door met gebruikers en betrokkenen van het digitale planbord in gesprek te gaan om zo op korte termijn meer inzicht te krijgen in gebruik van het planbord en de effecten hiervan. In het onderzoek wordt geëvalueerd wat de effecten zijn van het digitale planbord volgens de betrokkenen op de Welnaweg 90. Om zo het gebruik van het product, het digitale planbord, te kunnen evalueren en beoordelen op korte termijn.

1.2.2 Doelstelling lange termijn

Op lange termijn is de doelstelling dat dit onderzoek een eerste aanzet is in de verdere inventarisering van digitale hulpmiddelen binnen de Twentse Zorgcentra.

1.3 Onderzoeksvraag

In dit hoofdstuk staan de hoofd- en deelvragen van het onderzoek beschreven.

1.3.1 Hoofdvraag

Wat zijn de effecten van het digitale planbord op de Welnaweg 90 van de Twentse Zorgcentra volgens de direct betrokkenen?

1.3.2 Theoretische deelvragen

1. Wat noemt de literatuur over gehandicaptenorganisatie de Twentse Zorgcentra?
2. Wat noemt de literatuur over het digitale planbord?

1.3.3 Praktische deelvragen

1. Wat zijn de effecten van het digitale planbord volgens de begeleiders van de Welnaweg 90?
2. Wat zijn de effecten van het digitale planbord volgens de cliënten van de Welnaweg 90?
3. Wat zijn de effecten van het digitale planbord volgens de betrokkenen van de Welnaweg 90?

1.4 Leeswijzer

In dit onderzoek wordt toegewerkt naar het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen van het evaluerende onderzoek. Hoofdstuk twee geeft antwoord op de theoretische deelvragen, deze antwoorden zijn door middel van een literatuuronderzoek gevonden. In het derde hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode beschreven en onderbouwd. De resultaten van de afgenomen interviews en de participerende observatie met de cliënten staan beschreven in hoofdstuk vier. In hoofdstuk vijf wordt de conclusie geschreven en tevens antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een discussie.

2.Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt getracht antwoord te geven op de theoretische deelvragen door middel van literatuur onderzoek.

2.1 Werkwijze gehandicaptenzorg

In deze eerste paragraaf zal antwoord worden gegeven op de theoretische deelvraag: Wat voor organisatie is de Twentse Zorgcentra?

2.1.1 Gehandicaptenzorg

De opdrachtgever Twentse Zorgcentra is een gehandicaptenzorg instelling. De gehandicaptenzorg is de overkoepelende term voor alle organisaties, diensten en instellingen binnen de gezondheidszorg die als missie de zorg-, hulp en dienstverlening voor en aan mensen met een beperking hebben. De gehandicaptenzorg kent vele vormen, zowel als wordt gekeken naar de organisatievorm als naar de doelgroep. Al deze verschillende vormen samen vormen de gehandicaptenzorg. Zo zijn er ook verschillende vormen van beperkingen, ten eerste spreken we over verstandelijk beperkten en lichamelijk beperkten, deze verschillende handicaps zorgen ook voor verschillende ondersteuningsbehoeften (Gehandicaptenzorg, 2016).

Volgens cijfers van het Nationaal Kompas Volksgezondheid (2014) waren er in 2013 75 verschillende instellingen voor de verstandelijke gehandicaptenzorg, waarvan 66 voor gecombineerde vormen van gehandicapten zorg. Dit maakt het lastig om het begrip 'gehandicapten zorg' te definiëren. Het onderzoek richt zich op mensen met een verstandelijke beperking binnen de zorginstelling de Twentse Zorgcentra.

De Twentse Zorgcentra is de grootste aanbieder van zorg- en dienstverlening aan mensen met een verstandelijke beperking in Twente. Ruim 1900 cliënten maken gebruik van uiteenlopende vormen van zorg- en dienstverlening, die direct of indirect geboden wordt door 2400 medewerkers en meer dan 600 vrijwilligers. Zij werken vanuit de zorgvisie: 'Net als ieder ander mens heb ik recht om te bepalen hoe ik mijn leven wil inrichten. Ik wil graag dat mensen echt naar mij luisteren en mij respecteren om wie ik ben. Ik zou zoveel mogelijk dingen willen doen waar ik blij van word.' Om dat te bereiken werkt de TZC vraaggericht en bieden zij begeleiding, ondersteuning en behandeling. Altijd vanuit de kernwaarden: dichtbij, eenvoud en deskundig (Wie zijn wij, 2016).

2.1.2 Doelgroep

De Twentse Zorgcentra biedt begeleiding, ondersteuning en behandeling aan jong en oud, van moeilijk verstaanbaar gedrag tot meervoudig gehandicapt, van licht verstandelijk beperkt tot ernstig verstandelijk beperkt. De cliënten wonen onder andere op de beschermde terreinen van de LosserHof en 't Bouwhuis. De cliënten leven, wonen, werken en recreëren hier in een omgeving die nadrukkelijk rekening houdt met hun mogelijkheden en beperkingen. Daarnaast biedt de TZC ook meer kleinschaligere woon- en werkvoorzieningen in onder andere Almelo, Tubbergen en Nijverdal. Op verschillende locaties wordt ook ambulante begeleiding, behandeling en scholing geboden (Wie zijn wij, 2016).

Een verstandelijke beperking is een ontwikkelingsstoornis waarbij de verstandelijke vermogens zich niet met de normale snelheid ontwikkelen en hierdoor een gemiddeld niveau niet zullen bereiken. Deze verstandelijke beperkingen komen voor in verschillende gradaties. In de DSM-5 (algemeen erkent diagnostisch handboek) worden verstandelijke beperkingen op vier niveaus van elkaar onderscheiden, te weten licht, matig, ernstig en diep (Carehouse, 2012).

De mate van de verstandelijke beperking wordt veelal bepaald door het IQ van een persoon. Intelligentie quotiënt, vaak afgekort als IQ, wordt gezien als de beste methode om intelligentie te meten. Door het afnemen van een aantal gestandaardiseerde tests komt er een score uit. Deze score geeft een goede indruk van de mate van intelligentie van een persoon. De tests die

worden afgenomen zijn voornamelijk ontwikkeld om de cognitieve vaardigheden te bepalen (Zobegaafd, 2016).

Deze manier van vaststellen van een verstandelijke beperking wordt onder andere ook in Amerika gehanteerd, op de site van de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, wordt beschreven dat een IQ score rond de 70 duidt op minimale intellectuele vaardigheden (AAIDD, 2013). Deze definitie is in 1910 gepubliceerd, en het was de eerste professionele definitie en classificatie voor een intellectuele handicap.

2.1.3 Communicatie met een beperking

Als we iemand aanspreken gaan we er vaak vanuit dat deze persoon ons kan zien, ons kan horen, dat hij kan spreken, zijn aandacht op ons kan richten, onthoudt wat we gezegd hebben en daarop binnen korte tijd kan reageren. Wij gaan er vanuit dat al deze voorwaarden voor het contact aanwezig zijn. Bij mensen met een verstandelijke beperking zijn die voorwaarden niet vanzelfsprekend aanwezig, al is dit op het eerste gezicht niet altijd merkbaar. Om die reden verloopt de communicatie met hen nogal eens met horten en stoten, met verwarring en teleurstelling bij alle betrokkenen. Als iemand niet kan horen of zien is het vaak eenvoudig om je aan te passen in de communicatie, maar het wordt moeilijker als het om zaken gaat die niet goed zichtbaar zijn. De begrippen interactie en communicatie worden vaak door elkaar gebruikt. Toch is er een verschil. Bij interactie gaat het om beurten over en weer, het gaat (nog) niet om de boodschap. Er is contact, betrokkenheid. Bij communicatie gaat het juist wel om de boodschap. Bij communicatie draag je actief kennis of informatie over, je wilt de ander iets duidelijk maken. Interactie en communicatie lopen dus logischerwijs geleidelijk in elkaar over. Bijna alle emoties hebben invloed op communicatie en op het emotionele gedrag. Bij mensen met een (ernstige) verstandelijke beperking zullen emoties vooral de non-verbale communicatie en het emotionele gedrag beïnvloeden.

In de reactie op contact kunnen we een aantal gedragingen onderscheiden:

- *Oriëntatie reactie*: bewust worden dat er iets aan de hand is, dat iemand iets van je wilt.
- *Het verwerken*: wat er gebeurt, moet even verwerkt worden.
- *Het geven van de reactie*: pas als het gebeuren verwerkt is, kan er gereageerd worden.

Mensen met een verstandelijke beperking kunnen moeite hebben met het zich oriënteren op hun omgeving. Dit betekent dat het soms langer kan duren voordat er begrepen wordt dat het contactinitiatief voor hen bedoeld is. Ook kan het zijn dat ze een langere verwerkingstijd nodig hebben. Het kan erg verwarrend zijn als ze de eerste vraag nog aan het verwerken zijn, terwijl de tweede vraag al gesteld wordt (Blokhuys & van Kooten, 2003).

2.1.4 Menselijke behoeftes

Ieder mens met of zonder een verstandelijke of lichamelijke beperking heeft behoeftes, als deze niet worden beantwoord of vervuld kan er onbalans ontstaan. Binnen de humanistische psychologie is zelfverwerkelijking de kern van het mens-zijn. De natuur van ieder mens is er op uit de mogelijkheden en talenten tot ontplooiing te brengen. Een bekende vertegenwoordiger van deze psychologie is Maslow. Maslow onderscheidt de behoeftes van de mens in vijf behoefteniveaus. Deze verschillende behoefteniveaus heeft hij, zoals hiernaast op de afbeelding te zien, verdeeld in piramide vorm. De meest essentiële behoeften zijn de lichamelijke, of te wel de primaire biologische behoeften zoals voedsel en drinken, dit heeft de mens nodig om te overleven.

Vervolgens is er bij de mens de natuurlijke behoefte aan veiligheid en zekerheid. Dit kan geboden worden door bescherming en stabiliteit. Wanneer iemand zich veilig voelt is uiteraard persoonsgebonden en dit kan op verschillende manieren. Als aan de veiligheidsbehoeften is voldaan ontstaat er vertrouwen. Het basisvertrouwen ontstaat in het contact veiligheid en is duidelijk voelbaar. Als dit vertrouwen



Fig 1. Piramide van Maslow

tussen bijvoorbeeld zorgverlener en cliënt is ontstaan, breidt zich dit uit en ontstaat er bij een gezonde ontwikkeling ook vertrouwen in zichzelf.

Wanneer deze behoeften zijn vervuld komt de behoefte aan sociaal contact, dit is door Maslow omschreven als de behoefte om bij een groep te horen. Vervolgens komt de behoefte aan waardering en erkenning, zowel zelfwaardering, dus het vertrouwen in jezelf. Als de behoefte aan waardering en erkenning van anderen. De hoogste laag in de piramide van Maslow is die van zelfontplooiing. Wanneer alle behoefte voldaan zijn en het individu niet langer wordt gedreven door behoefte zich te bewijzen. Volgens Maslow voel je, je dan vrij van angst, vrij van de waardering of beoordeling van anderen, hierdoor word je een vrij mens (BTSG, 2016).

2.1.5 Ontwikkelingen gehandicaptenzorg

Mensen met verstandelijke beperkingen hebben op sommige vlakken hulp nodig, zodat ze worden voorzien in hun primaire behoeften waaronder dus ook communicatie. Deze hulp kunnen zij krijgen vanuit de gehandicaptenzorg, maar hoe en wat zijn de ontwikkelingen in de gehandicaptenzorg. In deze paragraaf wordt daar dieper op in gegaan.

Wet en regelgeving.

Met ingang van 1 januari 2015 is de zorg in Nederland veranderd. De Wet langdurige zorg, regelt nu de zware intensieve zorg voor kwetsbare ouderen en gehandicapten en heeft de AWBZ vervangen. Gemeenten en zorgverzekeraars hebben meer taken gekregen. Zo moeten zij er voor zorgen dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. De gemeente geeft ondersteuning thuis via de Wet maatschappelijke ondersteuning. Verpleging en verzorging thuis is opgenomen in de Zorgverzekeringswet. Deze zorg heet ook wel wijkverpleging. Vanaf 2015 hebben alle cliënten, van jong tot oud, wettelijk recht op gratis en onafhankelijke ondersteuning, vanuit de Onafhankelijke cliëntondersteuning wet. Ook zijn gemeenten verantwoordelijk voor bijna alle zorg en ondersteuning voor kinderen en jongeren, in de Jeugdwet. Voor mensen die voor hun achttiende of tijdens een studie een ziekte of handicap hebben kregen is er vanaf 2015 de Wajong. Iedereen die kan werken maar daarbij ondersteuning nodig heeft, valt sinds 1 januari 2015 onder de Participatiewet (wetwijzer, 2012-2016).

Naast de wettelijke ontwikkelingen in de zorg vanuit de landelijke overheid zijn er ook andere ontwikkelingen die van invloed zijn op zorg in Nederland. Allereerst blijkt dat de doelgroep (patiënt/cliënt) steeds mondiger wordt. Daarnaast speelt vergrijzing een belangrijke rol. In Nederland stijgt het aantal zorgbehoevende. En dit in strijd met zorgverzekeraars die zorgkosten zo min mogelijk willen laten toenemen. En tot slot zien we dat vandaag de dag innovatie en technologie zeer veel invloed heeft op zorg en tevens hard nodig is om de groeiende zorgvraag te beantwoorden. Vandaar dat in de onderstaande subparagrafen dieper ingegaan wordt op deze technologische ontwikkelingen.

Digitalisering

Het internet is niet meer weg te denken. Zo kom je tegenwoordig nergens meer zonder e-mailadres. Dit soort digitalisering is zeer sturend, dat een zorginstelling ook geen andere keuze heeft dan meegaan in de ontwikkelingen. We gaan namelijk een tijdperk in waar 'zorg op afstand' normaal wordt. Waarin in het zorgproces de afstand wordt overbrugd door gebruikmaking van ICT of telecommunicatie. De ziekenhuizen, ggz-instellingen, ouderenzorginstellingen, thuiszorg, gehandicaptenzorg en veel eerstelijnaanbieders maken steeds vaker gebruik van eHealth. Overheidsorganisaties en de Europese commissie stimuleren bovendien digitalisering binnen de zorg met als einddoel de zorgkosten te beperken. Zowel de vraag als het aanbod stijgt, en het toepassen van eHealth wordt steeds effectiever zowel in kosten als in de uitvoering van de zorg (Friso, 2016).

Ook in de gehandicaptenzorg wordt de waarde van inzet van digitale zorg gezien en gebruikt. Toegang tot het internet en technologische middelen bieden eindeloze mogelijkheden, zowel voor de

ontwikkeling van vaardigheden van mensen met een beperking, als voor het primaire zorgproces. De digitale technologie werd ten tijde van hun onderzoek echter nog weinig gebruikt in het primair zorgproces. Sanne van der Hagen, een van de onderzoekers, zegt dat in 2016 nog dezelfde uitgangspunten gelden:

“Enerzijds ziet men de mogelijkheden, anderzijds is er angst voor wat er online kan gebeuren en onderschatten zorgmedewerkers hoe digitaal vaardig hun cliënten zijn of kunnen worden.

Er zijn locaties waar cliënten nog geen toegang hebben tot het internet, al wordt daar vaak wel aan gewerkt. Steeds meer organisaties experimenteren met digitale toepassingen.” (Snethlage, 2016).

eHealth

Hoewel is gebleken dat digitale technologie nog maar weinig wordt gebruikt in het primaire zorgproces, blijkt Nederland op wereldniveau wel koploper te zijn op gebied van eHealth. Dit komt doordat eHealth in Nederland wordt geïntegreerd in tweedelijns hulpverlening. Duitsland, Engeland en Spanje volgen, maar in het buitenland ligt het zwaartepunt voor alsnog meer bij preventie. Samen met andere EU-koplopers Denemarken, Finland, Zweden en Engeland deelt Nederland een aantal belangrijke kenmerken die gunstig zijn voor ontwikkelaars van digital eHealth toepassingen, zoals de acceptatie van eHealth, internetpenetratie, het gemak om een onderneming te starten en de beperkte regeldruk. Research2Guidance is een instantie die hier onderzoek naar heeft gedaan door duizenden app ontwikkelaars, zorgprofessionals en uitgevers over de hele wereld naar hun mening te vragen over de wereldwijde en Europese markt voor eHealth toepassingen. Uit het onderzoek komt naar voren dat Nederland voorop loopt met digitale zorgtoepassingen en de bereidheid van artsen om met apps te werken. Waar Duitsland vooral werd genoemd vanwege haar grote markt, noemden ondervraagden Nederland vooral omdat wij voorlopen met digitale zorgtoepassingen, een goed klimaat hebben start-ups en de bereidheid van artsen om met apps te werken (Jacobs, 2015).

2.1.6. Ontwikkelingen Twentse Zorgcentra

De Twentse Zorgcentra noemt voortdurend in beweging te zijn. Zo springen zij in op ontwikkelingen in de politiek en werken aan initiatieven voor meer kwaliteit van leven van mensen met een beperking. Hieronder zijn de ontwikkelingen beschreven, waar de Twentse Zorgcentra zich mee bezighoudt.

Transities

In 2015 is er veel veranderd binnen de gezondheidszorg. De Twentse Zorgcentra speelde in op deze veranderingen door middel van twee projecten. Zo bestaat sinds 1 januari 2015 de AWBZ niet meer. De zorg aan cliënten wordt nu gefinancierd op andere manieren. De TZC heeft hiervoor het project 18+ opgericht. Voor de transitie en transformatie vanuit de Jeugdwet is in 2014 is project groep 18- opgericht. Door beide projectgroepen zijn nieuwsbrieven, handreikingen, praatplaten een speciale brochure uitgebracht, om de cliënt en zijn betrokken goed te kunnen informeren over de veranderingen (clientservicebureau/transities, 2014).

Cliëntmedezeggenschap

De Twentse Zorgcentra wil mensen met een verstandelijke beperking optimale ondersteuning bieden bij het leiden van hun leven. Volgens de TZC spreekt het dus voor zich dat de stem van de cliënten, bewoners en de deelnemers van de activiteitscentra, belangrijk is voor het reilen en zeilen van de organisatie. Hiervoor is een cliëntmedezeggenschap raad in het leven geroepen. De doelstelling is om in dialoog met de Raad van Bestuur en het management, het perspectief van de cliënten te vertegenwoordigen en weergeven in gevraagde en ongevraagde adviezen, zodat de TZC een optimaal woon-, werk- en recreatieklimaat kan realiseren voor hun cliënten (familie/clientmedezeggenschap-ccr, 2012).

STERK methode

Zelfmanagement staat bij de zorginstelling Twentse Zorgcentra hoog op de agenda. Zo zijn zij op 1 december 2014 gestart met de STERK methode om zelforganiserende teams te ontwikkelen. Deze methode is ontstaan uit een ideaalbeeld van de organisatie van zorg rondom cliënten. Namelijk goed leven voor cliënten, mooi werk voor medewerkers, onder de voorwaarde dat dit op een financieel gezonde wijze kan plaatsvinden. Hiermee komen de verantwoordelijkheden, bevoegdheden en budgetten bij de teams te liggen. De teams bestaan uit cliënten, cliëntvertegenwoordigers en medewerkers (Twentsezorgcentra, actueel/in-ontwikkeling/STERK, 2014).

2.2 Digitaal planbord

Duidelijk is nu dat de zorgsector onvermijdelijk te maken heeft met de trend digitalisering, maar ook is duidelijk geworden dat de Twentse Zorgcentra hier mogelijkheden in ziet. Niet alleen organisatorisch zoals in de vorige paragraaf is beschreven, maar ook in zorgverlening. In deze tweede paragraaf gaan we specifiek in op één van de digitale hulpmiddelen waar de Twentse Zorgcentra nu al gebruik van maakt en zal antwoord worden gegeven op de tweede theoretische deelvraag: Wat noemt de literatuur over het digitale planbord?

2.2.1 Digitaal hulpmiddel

Een digitaal planbord is een digitaal hulpmiddel. Een digitaal hulpmiddel wordt ook wel een technologisch product genoemd. Onder technologische producten wordt een hele variatie verstaan. Waaronder computers, mobiele applicaties, sensoren enzovoorts (woorden, 2010).

Technologische producten kunnen binnen de zorg op verschillende manier worden ingezet. Op gebied van behandeling, preventie of nazorg en ook kan men de digitale hulpmiddelen op afstand, in de woonsituatie of voor persoonlijk gebruik in zetten. Op afstand kan men gebruik maken van digitale middelen door het gebruik van de computer, mobiele telefoon, face- time, skype enz. Wanneer men technologische producten in verband brengt met de zorg, komt men al gauw terecht bij eHealth. eHealth staat voor het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën bedoeld om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. Cliënten zijn dankzij eHealth in staat om regie te nemen over hun eigen dagelijkse functioneren en gezondheid.

2.2.2 Digitaal voor verstandelijk beperkten

Het is voor iedereen belangrijk om goed deel te kunnen nemen aan de gedigitaliseerde samenleving. Volgens het Engelse marktonderzoeksbureau Globe Scan vinden vier van de vijf mensen wereldwijd toegang tot het internet een fundamenteel recht. Dat zou een goede reden kunnen zijn om een vrije internettoegang voor mensen met een verstandelijke beperking te faciliteren (technology, 2010). In april 2016 tekende de eerste kamer het VN-verdrag voor de rechten van mensen met een handicap. Hiervoor moet de landelijke overheid aan de slag met aanpassingen van straten, openbaar vervoer en ook met de toegankelijkheid van digitale informatie en diensten voor mensen met een beperking. Het VN-verdrag stelt dat alle online diensten en informatie toegankelijk moeten zijn voor iedereen. Dat betekent onder meer dat websites voorzien moeten worden van de mogelijkheid grote letters te kiezen, ondertiteling en voorleesfuncties (pcob, 2016).

Pameijer (2014) zet zich in om mensen met een verstandelijke beperking te ondersteunen en zette diverse digitale innovaties in om de zelfstandigheid van cliënten en de regie op het eigen bestaan te vergroten. Hiervoor ontworpen zij een programma, waarbij op afstand digitaal contact kan worden gemaakt met de cliënt met beeld en geluid. Cliënten ervoeren, zo bleek uit hun interviews, een toename in de zelfstandigheid, een verminderde afhankelijkheid van face to face afspraken met begeleiders op vaste tijdstippen, omdat het hen de mogelijkheid biedt om contact met begeleiders te zoeken op momenten waarop zij behoefte hebben aan ondersteuning. Cliënten ondervonden hierdoor een toename in de bereikbaarheid van begeleiders, wat hun gevoel van controle bevorderde (Wit, 2014).

2.2.3 Digitaal communicatie middel

Eerder werd in paragraaf 2.1.2 al benoemd dat men er vaak vanuit gaat dat als we iemand aanspreken dat alle voorwaarden voor het contact aanwezig zijn. Bij mensen met een verstandelijke beperking zijn die voorwaarden niet vanzelfsprekend aanwezig, al is dit op het eerste gezicht niet altijd merkbaar. Om die reden verloopt de communicatie met hen nogal eens met horten en stoten, met verwarring en teleurstelling bij alle betrokkenen. Als iemand niet kan horen of zien is het vaak eenvoudig om je aan te passen in de communicatie, maar het wordt moeilijker als het om zaken gaat die niet goed zichtbaar zijn. Hiervoor kan een digitaal communicatie middel hulp bieden.

Wat wordt er beoogd met het gebruik van een (digitaal) communicatie middel?

- Een communicatiemiddel geeft de cliënt informatie waar hij recht op heeft.
- Biedt overzicht, veiligheid en structuur, doordat de voorspelbaarheid wordt vergroot.
- Stimuleert de communicatieve ontwikkeling.
- Vergroot de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de cliënt.
- Geeft de cliënt de kans om op zijn eigen manier te communiceren met zijn omgeving.
- Stimuleert associaties en tijdsbesef.
- Bevordert de sociale vaardigheden en contacten.
- Biedt de cliënt de mogelijkheid om keuzegedrag te ontwikkelen en dus zelf keuzes te maken (Oskam & Scheres, 2005).

2.2.4 Vervanging pictogrammenbord

Brieven worden vervangen door digitale mails en zo worden papieren pictogrammen borden vervangen door digitale planborden. Zorgorganisatie Odion verving de papieren planborden door digitale en ineens waren er veel meer mogelijkheden voor communicatie. De organisatie startte met de ontwikkeling van interactieve digitale nieuws-planborden. Volgens clustermanager Marcel van Barlingen zijn de borden een hulpmiddel om cliënten meer regie over hun eigen leven te geven. Wat aan sluit bij de visie van Odion om technologie in het leven van cliënten te integreren. De cliënten vinden het leuk om het digitale toepassingen te werken, dus Odion biedt hen de mogelijkheid daartoe. Daarnaast biedt het digitale planbord tijdswinst, doordat het makkelijker te onderhouden is, en meer informatie kan overbrengen dan de oude papieren borden. De tijd die medewerkers voorheen kwijt waren aan bijvoorbeeld het uitknippen en lamineren van foto's, kunnen ze nu besteden aan de cliënt.

Dit systeem vereist geen diepe digitale vaardigheden van de medewerkers, maar de grootste drempel zit misschien wel in de angst voor het internet en gebrek aan vertrouwen in de technologie. Volgens Mieke Kleppe, onderzoeker bij Kenniscentrum Publieke Zaak van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, heeft iets minder dan de helft van de zorgmedewerkers wel dat vertrouwen. Dat vertrouwen, samen met de knoppenkennis die nodig is om technologie te gebruiken, is volgens haar wel de basis voor een succesvolle introductie van digitale hulpmiddelen in het primair proces. Deze gegevens komen uit een onderzoek met de Zelftest Digitale Vaardigheden in Zorg en welzijn onder ruim vierhonderd medewerkers van ziekenhuizen, ouderenzorg en gehandicaptenzorg.

De risico's van het internet zijn een punt van aandacht, maar als men op het internet wil, vinden ze daarvoor altijd wel een manier. Misschien niet op de woonlocatie zelf, maar in een café of in de buurt. Zorgorganisaties kunnen daarom beter hun cliënten helpen bij hun digitale vaardigheden zodat zij ook aandacht kunnen geven aan veiligheid. Bij Odion zijn ook hiervoor de digitale planborden een hulpmiddel. Hierbij gaat het om een veilige, afgeschermd omgeving en een tevens een leeromgeving. Een manier om internetgebruik van cliënten bespreekbaar te maken met hun en hun betrokkenen. De initiatiefnemers willen graag alle zorgorganisaties overtuigen van het nut en de waarde van de digitale planborden (Snethlage, 2016).

Het Kenniscentrum Gezondheid, Welzijn en Technologie van Saxion heeft de krachten gebundeld met Nedap Healthcare, Auger en zorginstelling De Lichtenvoorde om gezamenlijk een digitaal planbord voor cliënten van deze instelling te ontwikkelen. De Lichtenvoorde is een zorgorganisatie

voor mensen met een verstandelijke beperking in het oosten van Gelderland. Als pilot zijn planborden geplaatst in het appartement van twee individuele cliënten en in de huiskamers van groepswoonings. De activiteiten van cliënten worden door de medewerkers van De Lichtenvoorde met behulp van een centrale beheeromgeving ingevoerd en zijn vervolgens zichtbaar op de digitale planborden in de algemene ruimtes van groepswoonings of in de eigen kamers/appartementen van cliënten. In de toekomst kunnen ook familieleden van cliënten afspraken inplannen door gebruik te maken van het persoonlijk zorgportaal van Nedap Healthcare. De pilot wordt gevolgd door middel van praktijkgericht onderzoek. SPH studenten brengen met behulp van observatie en interviews voorafgaand aan de plaatsing van de planborden de beginsituatie in kaart voor wat betreft de dagstructuur (voormeting) (digitale zorg, 2011).

2.2.5 Pictoplanner

De Pictoplanner is het programma wat zich bevindt op het digitaal planbord op de Welnaveg. De Pictoplanner wordt aangeboden als een touchscreen PC, digitaal bord voor in de woonkamer of op een woongroep, of als een iPad app voor thuis of onderweg. De Pictoplanner biedt de cliënt houvast binnen haar nieuw verworven zelfstandigheid voor de uitvoering van de algemene dagelijkse levensrichtingen. Heeft een cliënt meer ondersteuning nodig bij bepaalde taken? Dan kan er meer detail aangebracht worden in de Pictoplanner, zodat de cliënt in overzichtelijke stappen toch bijvoorbeeld op tijd klaar kan staan voor de taxi met een ingepakte tas. Dit wordt gevisualiseerd door pictogrammen. Pictogrammen zijn sterk vereenvoudigde afbeeldingen in een voornamelijk zwart-wit uitvoering. Pictogrammen behoren tot een erkend codesysteem dat is ontwikkeld door Visitaal. De afbeelding geeft alleen datgene weer wat nodig is om de betekenis duidelijk te maken. Het niveau van de cliënt bepaalt welke betekenis wordt gehecht aan de inhoud van het pictogram als communicatievorm. De betekenis varieert van situatie- tot symboolbegrip, net als in gesproken taal (Oskam & Scheres, 2005).

De Pictoplanner bestaat uit slechts vier eenvoudige schermen. Het weekoverzicht biedt cliënten het overzicht over een hele week. Het toont alle activiteiten die in die week plaatsvinden. Door een dag aan te raken wordt het dag overzicht getoond. Wanneer een activiteit actief is, of wanneer er in het dagscherm op activiteit wordt geklikt, worden de details van die activiteit getoond. Het pictogram wordt groot afgebeeld en de subactiviteiten worden getoond. Ook wordt er een medewerkers overzicht weergegeven. Door de Pictoplanner kunnen de cliënten zelf zien wie er vandaag dienst hebben en wanneer hun persoonlijke begeleider weer dienst heeft. Het belangrijkste scherm is het dagscherm. Op dit scherm zijn de activiteiten te zien die op die dag plaatsvinden en worden de medewerkers getoond die op deze dag dienst hebben. Ook worden in dit scherm de mededelingen, of verjaardagen getoond in de post-it rechts onderin (Coachend, 2011-2016).

2.3 Conclusie theoretisch kader

In dit hoofdstuk is met het empirische onderzoek getracht zo volledig mogelijk inzicht te geven over de gehandicaptenzorg organisatie de Twentse Zorgcentra en zijn digitale planbord. Er is geïnventariseerd wat de achtergronden van het digitale planbord bij de organisatie zijn. Naast meer algemene achtergronden is ingegaan op specifieke invulling van digitalisering voor de gehandicaptensector. Er is gezocht naar factoren die invloed hebben gehad op de implementatie van de digitalisering, meer concreet uitgewerkt naar het planbord op de Welnaveg 90. Op die manier biedt het theoretisch kader een framework op basis van relevante literatuur om tot uitwerking van het empirisch gedeelte van dit onderzoek te komen, waarin wordt geëvalueerd wat de effecten zijn van het digitale planbord op de Welnaveg 90.

Kijkend naar de vraag over hoe de Twentse Zorgcentra werkt, kunnen we concluderen dat zij na 40 jaar van hiërarchische structuur sinds 2014 aan een opmars begonnen zijn naar een nieuwe, modernere stijl van zorgverlening. Dit doen zij door middel van de STERK methode. Waarin de cliënt centraal staat en er meer regie komt voor zorgverleners en cliënten. De Twentse Zorgcentra is de grootste zorgaanbieder van zorg en dienstverlening aan mensen met een verstandelijke beperking in Twente. De werkwijze van de Twentse Zorgcentra is dat zij altijd werken vanuit hun kernwaarden dichtbij, eenvoudig en deskundig. Zonder dat zij daarbij de regie over willen nemen. Hiervoor is de stem van de cliënten erg belangrijk, de cliëntmedezeggenschap raad verwoordt deze stem.

Om antwoord te krijgen op de vraag wat de literatuur zegt over het digitaal planbord, kunnen we vanuit het gedane literatuur onderzoek concluderen dat digitale hulpmiddelen in de zorg steeds meer gebruikt worden. Dit bedoeld om de gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. De doelgroep die gebruik kan maken van digitale hulpmiddelen word steeds breder, waaronder mensen met een verstandelijke beperking. Deze cliënten kunnen door het gebruik van digitale hulpmiddelen steeds meer de regie over hun eigen leven in handen krijgen. Een van deze digitale hulpmiddelen is een digitaal planbord, deze kan worden aangeboden als ondersteuning voor het dagprogramma. Een programma hiervoor is de PictoPlanner, deze biedt de cliënt houvast voor de uitvoering van de algemene dagelijkse activiteiten. Met deze PictoPlanner kun je voor elke cliënt maatwerk leveren. In het veldonderzoek zal worden onderzocht of deze verwachtingen ook kloppen zijn. In hoofdstuk vier wordt één specifiek digitaal middel onderzocht om te toetsen of de veronderstellingen uit deze conclusie kloppend zijn.

3. Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk zal de onderzoeksmethode worden beschreven. Waarmee de beantwoording van de hoofd en deelvragen tot stand is gekomen.

3.1 Onderzoeksmethode

Allereerst is er literatuuronderzoek verricht op het gebied van de digitale hulpmiddelen, en de doelgroep verstandelijke beperkten en de werkwijze die binnen de organisatie wordt gehanteerd. Vervolgens is er een analyse verricht op de huidige situatie omtrent gebruik van het digitale pictogrammen bord op de Welnaweg 90 groep van Het Bouwhuis in Enschede. De volgende stap is geweest dat er semigestructureerde interviews zijn afgenomen bij de betrokkenen betreft hun meningen, wensen en behoeften met betrekking op het gebruik van digitale hulpmiddelen ter bevordering van de zelfredzaamheid/eigenzeggenschap van de cliënten. Tevens zijn de meningen, wensen en behoeften van de cliënten meegenomen wanneer zij deze hebben willen geven, dit is gedaan doormiddel van observatie. Tijdens deze observatie zijn er verschillende topics besproken, waardoor het een semigestructureerd interview bleef zoals vooraf beschreven. Dit om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen.

Dit onderzoek is gericht op het verkrijgen van informatie omtrent het huidige gebruik van het digitale planbord op de Welnaweg 90 groep. Op basis van de theoretische verkenning, zoals uitgewerkt in hoofdstuk twee is er doorgevraagd naar de meningen, ervaringen en behoeftes van de begeleidsters en cliënten van de Welnaweg 90 betreft het gebruik van het digitale planbord. Om te kijken of deze ontwikkeling ook effect heeft gehad op de organisatie, zijn ook een manager, coach, logopediste, gedragskundige en een medewerker van Bureau zeggenschap geïnterviewd. Zij zijn immers ook betrokken bij het digitale planbord en de ontwikkelingen.

In dit onderzoek is er gezocht naar de ervaringen van de betrokkenen op de Welnaweg 90 groep betreft het digitale planbord. Het gaat hierbij om de mening van mensen. Dit zullen meerdere subjectieve werkelijkheden zijn. Een belangrijk uitgangspunt van deze studie is dat er geen eenduidige, enkelvoudige werkelijkheid bestaat. Bij het onderzoek naar de ervaringen van gebruikers van het planbord is het van belang de 'werkelijkheid' van de gebruikers centraal te stellen. Een kwalitatieve onderzoeksbenadering is passend bij het zoeken en ordenen van deze gebruikservaringen. Een kwalitatief onderzoek is een onderzoek waarbij de onderzoeker het onderzoek uitvoert in de praktijk. De onderzoeker is hierbij geïnteresseerd in de betekenis die onderzochte personen zelf aan situaties geven. Kwalitatieve onderzoekers gaan niet alleen af op de cijfers, maar luisteren ook naar de verhalen van mensen (Verhoeven, 2011).

3.2 Onderzoekstype

Het doel van het onderzoek is om het product, het digitale planbord, te beoordelen op zijn mate van invloed en effect op de Welnaweg 90 en zijn betrokkenen, zodat vervolgens aanbevelingen gedaan kunnen worden voor gebruik van digitale middelen op de lange termijn. Dit maakt het een evaluerend onderzoek. In de evaluatie wordt tevens het proces als de effecten van het proces en het digitale planbord onderzocht. Met dit onderzoek wil men het resultaat weten en meten van het digitale planbord. Dit maakt het een effectevaluatie. Bij een effectevaluatie wordt onderzocht of het handelen, 'het handelen' betreft in dit onderzoek het gebruik van het digitale planbord, geslaagd is (Michgelbrink, 2008).

3.3 Methoden van dataverzameling

In deze paragraaf zijn per dataverzamelmethode de populatie, steekproef, procedure en de bijbehorende instrumenten beschreven. De beschreven literatuur in hoofdstuk twee dient als basis voor de totstandkoming van deze dataverzamelmethode.

3.3.1 Populatie

Onder een populatie verstaan we alle eenheden waarover men in het onderzoek uitspraken wil doen en die in het onderzoek worden betrokken. Zij zijn het domein waarbinnen het onderzoek zich afspeelt. Deze onderzoekseenheden kunnen personen of objecten zijn en worden ook wel de populatie van het onderzoek genoemd (Verhoeven, 2011).

De populatie van dit onderzoek zijn de direct betrokkenen van de Welnaweg 90. Hieronder wordt in tabelvorm de populatie aangegeven per groep. Om de privacy van de respondenten te bewaken zijn alleen hun voorletters gebruikt.

De populatie betreft de volgende personen:

Begeleiders	Cliënten	Betrokkenen
Begeleidster A.	Cliënt E.H.	Coach G.
Begeleidster F.	Cliënt E.T.	Gedragskundige F.
Begeleidster M.	Cliënt F.	Logopediste D.
Persoonlijk begeleider N.	Cliënt I.	Manager J.
Persoonlijk begeleider V.	Cliënt K.	Medewerker communicatie Bureau cliëntmedezeggenschap P.
	Cliënt N.	
	Cliënt M.	
	Cliënt T.	
	Cliënt R.	

3.3.2 Interview begeleiders Welnaweg 90

Om een solide antwoord te geven op de onderzoeksvraag zijn kennis en ervaringen van de begeleiders op de Welnaweg 90 verzameld, met betrekking op het digitale planbord. Hiervoor zijn semigestructureerde interviews afgenomen bij de geselecteerde groep. Op de Welnaweg 90 werken zeven begeleiders, twee van de zeven zijn persoonlijk begeleider. Hiervan hebben wij beide persoonlijk begeleiders geïnterviewd, en drie groepsbegeleiders. Van deze populatie is er slechts een begeleider die de aanschaf en opstart proces van het digitale planbord niet heeft meegemaakt. Inmiddels hebben alle begeleiders ervaring en kennis opgedaan betreft het gebruik van het digitale planbord.

3.3.3 Interview cliënten Welnaweg 90

Om een compleet beeld te krijgen van het digitale planbord, wat sinds kort in de woonkamer hangt van de Welnaweg 90, worden niet alleen de begeleiders maar ook de cliënten geïnterviewd. Het planbord bevindt zich namelijk in de woonsituatie van negen cliënten en ondersteunt hen in de dagelijkse bezigheden. Zij vormen dan ook de populatie van deze dataverzamelmethode. Naast het gezamenlijk gebruik van het planbord kan er ook individueel gebruik gemaakt worden van het planbord. Hiermee is het planbord overzichtelijk voor de gehele groep, maar ook individueel inzetbaar. De cliënten weten dan ook het beste te vertellen wat zij vinden van hun digitale planbord, die hen ondersteuning moet bieden. Het bord is immers voor hen.

3.3.4 Interview betrokkenen

De aanschaf en opstart van het digitale planbord is niet alleen een proces geweest wat zich op de groep heeft afgespeeld. Onder andere logopedie heeft hier een rol in gespeeld. Wat deze rol precies is geweest en wat voor effecten zij ondervinden van het digitale planbord wordt duidelijk in de afgenomen interviews. De populatie van deze onderzoeksgroep bestaat uit een manager, een logopediste, een gedragsdeskundige, een medewerker van communicatie bureau cliënt medezeggenschap en de coach van de Welnaweg 90.

3.4 Instrumenten

Om de meningen en ervaringen van de respondenten te inventariseren is er voor gekozen om een open interview af te nemen. Er is gekozen om te werken met een semigestructureerde vragenlijst, omdat er op deze manier gemakkelijker informatie kan worden gewonnen. Op deze manier kan er doorgevraagd worden als de respondent iets interessants zegt, hierdoor zal er meer gedetailleerde informatie ontvangen worden (Dingemanse, 2015).

Naast interviews is er gekozen voor een participatie observatie om de meningen en ervaringen van de cliënten op de Welnaweg 90 te kunnen inventariseren. Dit is gedaan om het gedrag van de cliënten te kunnen zien en beschrijven, wanneer zij gebruik maakten van het digitale planbord. Bij participerende observatie maak je als observator deel uit van de context waarbinnen het gedrag van mensen bestudeerd wordt. Op die manier kun je duidelijk maken welke betekenis mensen hebben voor hun omgeving en welk gedrag ze hierbinnen uitvoeren. Zo kan een nauwkeurig en gericht beeld van een bepaalde situatie verkregen worden (Scribbr, 2016) Ook is er gekeken naar de toegankelijkheid van de cliënten tijdens de interviews. De cliënten zijn bekend met onderzoekster Nanne. Een bekend persoon maakt het vaak prettiger om contact mee te maken en gemakkelijk er om een interview te kunnen afnemen. Er is dan ook voor gekozen dat onderzoekster Nanne de vragen stelde richting de cliënten en onderzoekster Joy de observerende houding aannam.

De interviews zijn opgenomen met een voice-recorder, zodat achteraf een transcriptie van het mondelinge interview geschreven kon worden. Het transcriptie is vervolgens naar de respondenten gemaïld, zodat zij nog aanvullingen konden geven op de verkregen data. Het transcriptie is hierna gelabeld, waarna met behulp van het labelschema de betreffende deelvragen worden beantwoord.

3.5 Betrouwbaarheid

Onderzoek wordt vaak beoordeeld op de betrouwbaarheid van de resultaten. De resultaten van een onderzoek worden gebruikt voor het nemen van belangrijke beslissingen in een organisatie. Het onderzoek moet dus van goede kwaliteit zijn en de resultaten moeten betrouwbaar zijn. De betrouwbaarheid kan worden aangetast door toevallige fouten in de opzet en uitvoering van het onderzoek. Zou het onderzoek onder andere omstandigheden, in een andere periode worden herhaald, dan moet dat tot dezelfde resultaten leiden. Deze herhaalbaarheid van onderzoek is een belangrijke voorwaarde om de betrouwbaarheid te kunnen onderzoeken. Onder betrouwbaarheid van onderzoek wordt verstaan de mate waarin het onderzoek vrij is van toevallige fouten (Verhoeven, 2011).

Een aantal factoren kunnen de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten beïnvloeden, bij het afnemen van de interviews. Voorafgaand aan het interview is benadrukt dat de anonimiteit wordt gewaarborgd in het verstrekken van informatie, zodat de betrouwbaarheid vergroot word. Allereerst is de omgeving een factor, wanneer er een interview plaats vind, is het van belang dat er weinig afleiding in de omgeving bestaat. Daarom is er voor gekozen om interviews af te nemen op het eigen terrein van de Twentse Zorgcentra, het Bouwhuis. Dit zal op de Welnaweg 90 groep zijn, voor cliënten een vertrouwde plek zonder veel afleiding. Een andere toevallige factor kan de interviewer zelf zijn, het is van belang om hier bewust van te zijn en aan verschillende punten aandacht te schenken, zoals communicatie, uiterlijk, en een goede vragenlijst. Zo is ervoor gekozen dat onderzoekster Nanne de interviews afnam bij de cliënten, aangezien zij bekend is met hen, wat zorgde voor een vertrouwd gezicht en een gemakkelijkere afname van interviews. Onderzoekster Joy nam bij de cliënten de objectieve houding aan. Bij de begeleidsters en andere betrokkenen stelde zij juist de interview vragen, omdat onderzoekster Nanne bekend was met hen, wat kon zorgen voor een onobjectieve vragen stelling. Bij dit onderzoek is er gewerkt met semigestructureerde interviews. Dit om zoveel mogelijk respons te genereren, hierdoor word de betrouwbaarheid aangetast omdat de herhaalbaarheid gering is, op een ander moment zou er tot andere doorvragen gekomen kunnen worden (Baarda & Goede, 2006).

3.6 Validiteit

Validiteit hangt samen met de geldigheid en de zuiverheid van onderzoeksresultaten. Men moet er allereerst zeker van zijn dat ze meten wat ze willen meten en dat er bij het onderzoek geen systematische fouten zijn gemaakt. Het betreft het vertrouwen in de inhoud van de gegevens. Bij kwalitatief onderzoek, zoals dit onderzoek betreft, wordt ook wel gesproken van geloofwaardigheid van de resultaten (Verhoeven, 2011). Bij een praktijkonderzoek in de zorg zijn er verschillende soorten validiteit. Kijkend naar dit onderzoek is resultaatvaliditeit belangrijk, hierbij word de validiteit verhoogd als de uitkomsten van het onderzoek leiden tot een bruikbare oplossing. Bij dit onderzoek zou dit dus een manier en/of nieuw digitaal hulpmiddel zijn die de zelfredzaamheid van de cliënten van de Welnaweg 90 vergroot (Donk & Lanen, 2015).

Er wordt informatie geïnventariseerd van medewerkers die daadwerkelijk al met het digitale planbord hebben gewerkt en de effecten hiervan zouden kunnen merken. Dit betekend dat de komende resultaten op werkelijkheid gebaseerd zullen zijn.

Verder worden er in het interview vragen gesteld die betrekking zullen hebben op het literatuuronderzoek, hierdoor word getracht een duidelijk antwoord op de hoofdvraag te genereren. Doordat de interviews worden afgenomen aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst, zal er genoeg ruimte zijn voor doorvragen op topics. Dit samen zal de uitkomsten geloofwaardig maken. Deze interviews zullen gehouden worden met de betrokkenen die belang hebben bij dit onderzoek, dit zullen medewerkers en cliënten zijn. Dit verhoogt de democratische validiteit (Donk & Lanen, 2015).

3.7 Ethische overwegingen

Bij iedere dataverzamelmethode zullen diverse ethische overwegingen een rol spelen, waar verschillend mee om kan worden gegaan. Bij alle interviews zullen de gegevens anoniem verwerkt worden, waardoor de verzamelde data niet herleidbaar is. De persoonlijke gegevens van de respondenten zullen na verwerking direct worden verwijderd. De wijze waarop respondenten zullen worden uitgenodigd voor deelname aan de interviews en de manier waarop zij worden geïnterviewd zal in een volledig vrijwillige setting plaats vinden. De begeleiders zullen via mail worden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek, waardoor de begeleiders zelf kunnen bepalen of zij willen deelnemen aan het onderzoek en de interviews. De cliënten en naasten zullen via een brief, in naam van Twentse Zorgcentra Het Bouwhuis, op de hoogte worden gesteld van dit onderzoek en waarin de vraag gesteld wordt of zij bereid zijn hun medewerking te geven aan dit onderzoek door deel te nemen aan een interview. Hierbij wordt nadrukkelijk vermeld dat zij vrij zijn om af te zien van deze uitnodiging. Pas na het verkrijgen van toestemming zullen er afspraken worden gemaakt voor uitvoering van de interviews. Hierdoor is het vrijwillige kader van dit onderzoek zoveel mogelijk gewaarborgd. De anonimiteit zal bijgedragen aan het gegeven dat de respondenten geen nadelige effecten waarnemen na deelname aan dit onderzoek. Tevens zal het vrijwillige kader bijgedragen aan het voorkomen van nadelige effecten voor de begeleiders en hun cliënten.

4.Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten weergegeven van de afgenomen interviews met de direct betrokkenen van de Welnaweg 90.

4.1 Effecten volgens begeleiders Welnaweg 90

Er zijn verschillende effecten van het digitale planbord genoemd door de begeleiders van de Welnaweg 90 groep. Deze effecten zijn verdeeld in de volgende aandachtsgebieden; Als eerst wordt gekeken naar het opstartproces van het digitaal planbord, hiermee wordt bedoeld op het proces waarin het digitale planbord werd aangeschaft en geïmplementeerd op de groep. Vervolgens is uit gegaan van de eerste reactie en oordeel van de begeleiders op het digitale planbord onder het kopje eerste indruk. De gebruiksvriendelijkheid van het digitale planbord is gemeten. De begeleiders zijn gevraagd voor en nadelen van het digitale planbord te noemen. Er is gemeten in hoeverre de STERK methode van invloed was op het opstart proces van het digitale planbord en in hoeverre het digitale planbord invloed heeft op de medezeggenschap van de cliënten. De begeleiders geven onder het kopje aanbevelingen een aantal verbeterpunten aan voor het programma de Pictoplanner op het digitale planbord en een aantal adviezen voor het werken met het digitale planbord. Als laatste is begeleiders gevraagd naar hun ervaringen en meningen betreft digitalisering binnen de Twentse Zorgcentra en op de Welnaweg 90.

Het opstartproces van het digitale planbord

Uit het interview met vijf begeleiders kwam naar voren dat er twee van de vijf een aandeel hadden in het opstart proces van het digitaal planbord. De andere drie begeleiders hebben geen tot minimaal aandeel in het opstart proces van het digitale planbord.

Behalve dat niet het gehele team een aandeel heeft in de opstart van het digitale planbord, blijkt dat de Twentse Zorg Centra ook geen aandeel te hebben in de opstart van het digitale planbord. Zo gaven alle vijf de begeleider aan. Wel had de logopedie, in het bijzonder één logopediste een groot aandeel in de opstart van het digitale planbord zo gaven twee begeleiders aan. Dit blijkt uit het volgende citaat:

‘Ik denk dat zij amper een aandeel hebben gehad, eigenlijk. Volgens mij is V. er in gesprek geraakt met D. van de logopedie en die hebben het eigenlijk met zijn tweeën uit eigen initiatief opgepakt en pas later kwam de aandacht van de organisatie erop, tenminste meer van organisatie breed, andere woongroepen. Van waar zijn jullie eigenlijk mee bezig, die kregen ook interesse.’

Eerste indruk digitaal planbord

Alle vijf de begeleiders gaven in het interview aan dat ze een positieve eerste indruk hadden van het digitaal planbord. Zo werd het woord ‘mooi’ door vier begeleider meerdere malen genoemd. Vier van de vijf de begeleider gaven aan dat deze eerste indruk het zelfde is gebleven. Één begeleider gaf aan dat haar eerste indruk nog positiever is geworden. Dit blijkt uit het volgende citaat:

‘Ja, misschien was mijn eerste indruk ook wel van ooo help hoe werkt dat dan en dan moet je via de computer, kan dat allemaal wel. Maar dat werkt nu wel, heel gemakkelijk’.

Alle vijf de begeleider hadden een positieve eerste indruk van het digitale planbord en hebben deze behouden. Echter gaven twee van de vijf begeleider aan inmiddels ook mindere punten te hebben opgemerkt. Deze liggen echter buiten het digitale planbord. Zo gaf de ene begeleider aan: *‘Het digitale planbord is nog steeds heel makkelijk, maar ik merk wel dat niet alle bewoners er mee kunnen werken, dat ze het helemaal snappen. Dat het wel aan een bepaald niveau ligt.’*

De andere begeleider gaf aan:

‘ik vind het nog steeds een mooi systeem. Het enige is dat niet ieder er even consequent mee is en even actief mee is, dat haalt dan het enthousiasme er een beetje naar beneden.’

Ook konden drie van vijf de begeleidsters tijdens het interview vertellen over de positieve reacties van anderen buiten de groep om. Zo vertelde één begeleidster; *'Die zijn heel enthousiast, omdat ze het niet kennen en ze nu zien dat het werkt.'*

Alle vijf de begeleidsters gaven aan positief te zijn over het digitale planbord. De positieve punten die naar voren komen zijn; bied duidelijkheid, structuur, zelfregie, interactie, gemakkelijk aan te passen en begeleidsters kunnen de cliënt terugverwijzen naar het digitale planbord wat onrust en conflicten vermijdt.

Gebruiksvriendelijkheid

Alle vijf de begeleidster zijn ook positief over de gebruiksvriendelijkheid van het digitaal planbord. Zij vinden het zelf een makkelijk systeem, overzichtelijk, milieuvriendelijk, gemakkelijk en snel aan te passen. De begeleidsters gaven aan dat ook voor de cliënten het digitale planbord gemakkelijk in gebruik is door het touchscreen waardoor ze zelf kunnen aantikken en door de plaatjes wat het geheel visueel maakt. Echter is dit wel afhankelijk van het niveau en de problematiek van de cliënt. Zo blijkt uit het volgende citaat:

'Ja, het is gewoon een makkelijk systeem. Heel overzichtelijk. Het is makkelijk aan te leren, bewoners ook, ik verbaas me erover hoe snel ze het door hadden. Maar het ligt ook wel beetje aan niveau en de problematiek die ze hebben.'

Ook denken alle vijf de begeleidsters dat het gebruik van het digitale planbord continu zal blijven of zelfs meer zal worden door de uitbreiding naar bijvoorbeeld de lpads. Zo noemt een begeleidster: *'Dat gevoel heb ik nog wel. Het wordt ook wel wat meer omdat er wordt gekeken naar het individu. Ook omdat de verbetering met de lpad er aan zit te komen ook voor meerdere. Als ik het zo zie denk ik dat het veel meer gaat worden. Dit is wel een ontwikkeling die breed doorgevoerd gaat worden. Ik denk ook niet meer dat het weg te denken is hier op de groep. Het is echt onderdeel geworden van, Welnaweg 90.'*

De begeleidsters merken een positief verschil met het oude pictogrammenbord. De twee verschillen die het meest werden genoemd door de begeleidsters, was dat er nog weinig interesse was voor het oude pictogrammen en het vele werk dat het oude pictogrammenbord kostte.

Nadelen

Het digitaal planbord heeft ook zo zijn nadelen en negatieve punten. Zo gaven drie van de vijf begeleidsters aan wanneer het digitaal planbord het niet doet, hapert of stoort door bijvoorbeeld een elektrische storing, uitval van internet of stroom het onrust veroorzaakt bij de cliënten en daarmee op de gehele groep. Een ander negatief punt dat vier van de vijf begeleidsters aangaven was dat het digitaal planbord niet altijd volgens behoren wordt ingevuld of aangepast, dit veroorzaakt onrust bij cliënten. Veroorzaakt door collega's die moeite hebben met invullen of aanpassen van het digitale planbord, niet alert zijn of überhaupt geen interesse hebben in het digitale planbord en het daarom aan andere collega's over laten. Dit blijkt uit het volgende citaat: *'Dat is eigenlijk dat het nog niet altijd even goed word ingevuld, als er diensten worden geruild of iemand is ziek, dan zijn mensen nog niet zo proactief dat dit direct veranderd word. Het zit er gewoon nog niet helemaal in. Er moet meer bewustwording zijn.'*

Voordelen

Alle begeleidsters zijn van mening dat het digitale planbord effect heeft voor de cliënt op verschillende gebieden. Volgens de begeleidsters bied het digitale planbord de cliënt duidelijkheid, overzicht, structuur en neemt het daarmee onrust weg. Het digitale planbord heeft ook iets persoonlijk door de foto's van cliënten en begeleidsters.

Dit creëert tegelijkertijd ook interactie mogelijkheden. Mede door deze interactie wordt er gewerkt aan communicatie, maar ook door het digitale planbord zelf kunnen sommige cliënten beter communiceren. Zij kunnen bijvoorbeeld aangeven en aanwijzen, wat zij wel of niet leuk vinden. Dit wordt benoemd door begeleidsters.

Hiermee wordt ook de zeggenschap van de cliënt vergroot en deze vergroot weer de zelfstandigheid van een cliënt en wanneer een cliënt zelfstandig is ontwikkelt hij ook zelfredzaamheid. Zo blijkt uit het volgende citaat:

‘Het bevordert de communicatie, zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de bewoners. Ze zijn minder afhankelijk van begeleiders. Dit is volgens mij alleen maar goed voor het zelfvertrouwen van iemand.’ Zo blijkt het digitale planbord bij te dragen aan de ontwikkeling van de cliënt volgens de begeleidsters.

Het digitale planbord heeft ook effect op de begeleidster. Zo gaven vier van de vijf begeleidsters aan dat zij door het digitale planbord de cliënten gemakkelijker kunnen ‘verwijzen’. Terug of toe verwijzen naar het digitale planbord en daarmee naar de cliënten hun dagprogramma’s, activiteiten of taken. Volgens de begeleidsters vermijdt dit discussies, vergemakkelijkt dit het zorg verlenen en maakt het de cliënten zelfstandiger.

Invloed van de STERK methode

Wanneer we kijken naar de invloed van de STERK methode gaven begeleidsters aan dat door de STERK methode er ruimte is gekomen om met eigen initiatieven te komen met het budget in eigen beheer en daar was voorheen minimale ruimte voor. Dit blijkt uit het volgende citaat:

‘Ja er is natuurlijk wel een stukje ruimte gekomen om met eigen initiatieven te komen en dat was voorheen denk ik niet zo. Voorheen moest je dan eerst met die in gesprek van het bestuur en die en een hele uitleg moet geven waarom je zoiets wil aanschaffen en waarvoor, want het is natuurlijk niet echt eigen geld wat je uitgeeft.’

Twee van de vijf begeleidsters gaven aan dat de STERK methode wel van invloed is geweest, maar dat ook zonder de STERK methode het digitale planbord er zou zijn geweest. Mede doordat een aantal collega’s zich ‘sterk’ hebben gemaakt voor het digitale planbord.

Invloed op medezeggenschap cliënt

De begeleidsters hebben wel het idee dat het digitale planbord invloed heeft op de zeggenschap van de cliënt, er is meer bewustwording gekomen. Echter kan het digitale planbord daar meer invloed op uitoefenen volgens de begeleidsters. Dit blijkt uit het volgende citaat: *‘Ja, ik denk dat we uiteindelijk ook wel echt meer zeggenschap hebben gekregen. Je gaat gewoon bewust het gesprek in, en je krijgt ook meer communicatie over clubjes en dingetjes, heh wat vinden ze daar nou eigenlijk van?’*

Aanbevelingen

De meningen van de begeleidsters zijn verdeeld betreft het missen van extra informatie of een cursus omtrent het digitale planbord. Twee van de vijf begeleidsters gaven aan dat het niet nodig is. Één van de vijf begeleidster geeft duidelijk dat dit nog wel nodig is ook voor eventuele nieuwe medewerkers en stagiaires. Dit blijkt uit het volgende citaat:

‘Ik denk dat er wat meer aandacht voor moet komen. We hebben wel een teamvergadering gepland in december. Ik denk dat we het daar dan nog een keer onder de aandacht moeten brengen, want volgens mij is het ook niet voldoende om in de overdracht te zetten van; denken jullie er nog aan! Misschien ook extra uitleg hoe het werkt. Om even ervoor te gaan zitten met je collega’s van zo werkt het, want het is eigenlijk helemaal niet moeilijk.’

Alle begeleidsters gaven verschillende verbeteringen aan betreft het programma Pictoplanner op het digitale planbord:

- De mogelijkheid om afspraken privé te kunnen maken in het programma

- De mogelijkheid om afspraken voor twee á drie cliënten in het programma kunnen zetten.
- Gemakkelijkere inlog gegevens voor het digitale planbord

Voor het werken met het digitale planbord gaven de begeleidsters een aantal adviezen aan:

- Veranderingen meteen bijwerken in het digitale planbord
- Mensen enthousiast maken voor het werken met het digitale planbord
- Individueel blijven werken met de cliënt en zijn pictoplanner
- Rekening houden met de kostbaarheid van het digitale middel.
- Ipads voor meerdere cliënten als verbetering op de zelfstandigheid.
- Een extra handleiding in Jip en Janneke taal over het digitale planbord voor nieuwe medewerkers en stagiaires.

Digitalisering

Over de algemene digitalisering binnen de gehandicaptenzorg hebben de begeleidster een vrij gezamenlijke mening. Hun cliënten kwamen voor het digitale planbord niet of nauwelijks in aanraking met digitale middelen. Alle begeleidsters zijn van mening dat een digitaal middel iets kan toevoegen op een gehandicapten groep echter moet dit wel per groep, cliënt en zijn niveau bekeken worden. Ook zijn alle begeleidster van mening dat digitale middelen de zorg niet geheel over kan nemen. Dit blijkt uit het volgende citaat:

‘Het neemt de zorg niet over, het blijft een controle middel en geen overname middel.’

4.2 Effecten volgens cliënten Welnaweg 90 groep.

Er is zowel een participatie observatie als een open interview uitgevoerd met de negen cliënten op de Welnaweg 90. Alle eerst zijn de effecten van het digitale planbord beschreven die tijdens de participatie observatie zijn gesignaleerd. In een open interview zijn de cliënten gevraagd voor en nadelen van het digitale planbord te noemen. Als laatste is cliënten gevraagd naar hun ervaringen en meningen betreft het digitale planbord.

Tijdens de participatie observatie, is er gesignaleerd dat alle negen de cliënten het digitale planbord zagen hangen en er naar keken. Twee van hen keken bewuster naar het bord nadat hen vragen werd gesteld over het digitale planbord. De andere zeven keken meerdere malen uit eigen initiatief, naar het digitale planbord. Vijf van hen wezen naar het digitale planbord en benoemde welke pictogrammen zij zagen op het bord. Deze zelfde vijf maakte ook gebruik van het digitale planbord tijdens de observatie. Zij klikten en schoven met de pictogrammen. Vier van hen klikte als eerste het scherm met de diensten aan. Zij konden daarop zien welke medewerker die dag werkte, die middag en de volgende dag. Zeven van de negen cliënten benoemden ook als eerste, met het zien van het digitale planbord, de diensten/medewerkers van die dag. Daarnaast maakten vier van de negen cliënten interactie met andere cliënten, door te praten over dat wat zij op het digitale planbord zagen. Zo vertelde een cliënt over haar dagprogramma en dat voor die middag ‘het clubje’ erop stond. Een andere cliënt vroeg hierop wat ze daar gingen doen en of dat leuk is. Hierdoor ontstond een gesprek over ‘het clubje’ en daarmee interactie.

Nadelen

In het open interview is de cliënten gevraagd wat zij voor en nadelen vonden van het digitale planbord. Vijf van de negen cliënten gaven aan nadelen te hebben ondervonden. Drie van hen gaven aan dat er soms fouten in het dagprogramma staan. Één van de vijf vond het jammer dat ze niet voldoende vooruit kon kijken, hierdoor kon ze niet zien of ze volgende week corvee had. Als laatste nadeel gaf één cliënt aan dat ze de pictogrammen kleurloos vond en hierdoor er minder interesse voor had. Ook gaf deze cliënt aan dat ze het nadeel vond dat het digitale planbord in woonkamer hing en niet in haar eigen kamer. Dit blijkt uit het volgende citaat: *‘Als het bord in mijn eigen kamer zou hangen, zou ik het fijner vinden voor bijvoorbeeld het douchen’*

Voordelen

Naast de nadelen gaven acht van de negen cliënten ook voordelen aan. Zo vonden drie van hen het fijn om te kunnen zien op het digitale planbord welke medewerkers er werkten. Dit blijkt uit het volgende citaat: 'Makkelijk, kan ik alles in de gaten houden, wat er komt'. Twee van hen gaven aan het een 'mooi' bord te vinden. Ook gaven twee van de acht aan het makkelijk te vinden dat ze hun vele activiteiten konden zien en dat ze voor de activiteit een herinnering krijgen van het digitale planbord. Ook kan het digitale planbord als voorbeeld dienen zo gaf cliënt K. aan: *'Mooi, want het geeft eigenlijk een voorbeeld van wat je moet doen'*.

4.3 Effecten volgens betrokkenen van de Welnaweg 90.

Er zijn een vijftal betrokkenen respondenten geïnterviewd. Dit waren de gedragsdeskundige, de logopediste, de manager, de coach en medewerker bureauzeggenschap. Door de betrokkenen zijn meerdere effecten van het digitale planbord genoemd. Deze effecten zijn verdeeld in de volgende aandachtsgebieden; Als eerst is uit gegaan van de eerste reactie en oordeel van de betrokkenen op het digitale planbord onder het kopje eerste indruk. Vervolgens is gekeken naar het aandeel van de betrokkenen in het opstartproces van het digitaal planbord. Er is besproken in hoeverre de betrokkenen een aandeel hierin hadden, hadden kunnen bieden of hadden willen bieden. De ontwikkeling van digitale middelen binnen de Twentse Zorgcentra is gemeten. Er is gemeten in hoeverre de STERK methode van invloed was op het opstart proces van het digitale planbord en in hoeverre het digitale planbord invloed heeft op de medezeggenschap van de cliënten. De betrokkenen zijn gevraagd positieve en negatieve punten over het digitale planbord te noemen. Als laatste is met de betrokkenen gesproken over de toekomst of eventuele verdieping van het digitale planbord.

Eerste indruk

Alle vijf de betrokkene zijn bekend met het digitale planbord. Alle vijf de betrokkene gaf aan een positieve eerste indruk te hebben van het digitale planbord en dat deze eerste indruk weinig tot niet veranderd is. Vier van de vijf betrokken zijn er in zoverre bekend mee dat zij het digitale planbord hebben gezien en er kort uitleg over hebben gekregen. Dit blijkt uit het volgende citaat:

'Ja, in zover de begeleidsters hebben mij het digitaal planbord een keer uitgelegd. Ik weet niet echt van de hoed en de rand, ik weet wat de principes zijn en het doel er achter ken ik.'

Aandeel

Allen hebben zij gehoord van het digitale planbord wat op de Welnaweg 90 hangt, maar (bijna) geen aandeel gehad in de opstart hiervan. De logopediste zegt hierover: *'Ja daar heeft de Welnaweg 90 heel veel zelf ingedaan en dat ging heel goed. De voor informatie heb ik gedeeld en de rest heeft de Welnaweg 90 zelf gedaan.'*

De coach van de Welnaweg 90 geeft aan geen aandeel te hebben gehad in de opstart, maar wel ondersteuning heeft geboden, *'Ik heb wel ondersteuning geboden in met name bij de begeleidster die van plan waren het digitale planbord aan te schaffen. Zij hadden vragen van hoe het te doen en daar heb ik in ondersteund van; ga het maar gewoon doen en zorg dat je een aantal slimigheden uithaalt, zodat het gewoon kan. Ze hebben het zelf gedaan, maar ik heb gezegd van dit is je speelveld en soms moet je ook risico's nemen om te doen'*.

Op de vraag of zij ondersteuning hadden willen bieden word niet door iedereen duidelijk antwoord gegeven. Manager J. geeft aan dat hij dit niet zou willen:

'Ik vind als je manager bent die ver weg is, je ook los moet kunnen laten. Dan moet je ook kunnen vertrouwen op de mensen met expertise.' Verder noemt hij het uit de tijd dat managers overal een mening over moeten hebben.

Vanuit bureau zeggenschap hadden ze juist wel willen helpen blijkt uit het antwoord dat P. geeft: *'Ja, dat had wel gekund denk ik. In mee denken waarvoor je het bord gebruikt. Op welke manier je het kunt gebruiken.'*

Digitale middelen

Alle vijf de betrokkenen geven aan dat de Twentse Zorgcentra behoorlijk achterloopt op het gebied van digitale hulpmiddelen. Gedragsdeskundige F. geeft aan dat ze graag meer met digitale middelen wil werken, P. van bureau zeggenschap geeft aan blij te zijn met de digitale ontwikkeling die binnen de Twentse Zorgcentra gaande is, blijkt uit dit citaat:

'Ja, ik ben er heel blij mee dat de digitale ontwikkeling op gang komt. Omdat het volgens mij voor heel veel cliënten heel veel kan betekenen als ze goede digitale hulpmiddelen hebben met goede ondersteuning daarbij met name op het gebied van zelfregie.'

Invloed STERK methode

Op de vraag of de STERK methode invloed heeft gehad op de komst van het digitale planbord word wisselend antwoord gegeven. Vier van de vijf geïnterviewde geeft aan dat zij denken dat dit niet zo is, zijn noemen allen dat de groep al sterk van zichzelf was in het nemen van beslissingen. Twee van de vier geven hierbij aan dat ze dit pas over een jaar echt kunnen zien, de Welnaweg 90 is immers nog niet klaar met het STERK proces.

Manager J. denkt dat STERK wel invloed heeft gehad, hij zegt hier het volgende over:

'..omdat je de ruimte neemt en krijgt om veranderingen en mogelijkheden die je hebt toe te passen. En ik schat in dat dit proces dit voorbeeld is, maar dat is een inschatting.'

Invloed op medezeggenschap

Er wordt aangegeven dat de medezeggenschap van de cliënt steeds meer vergroot word, en dat het digitale planbord hier deels aan bij heeft gedragen. Wel word hierover nog gesproken met een kritische noot:

'Ik denk wel dat, dat geprobeerd wordt. Echter tijdens de laatste bijeenkomst hoorde ik een cliënt van de Welnaweg 90 zeggen dat hij het rustmoment helemaal niet prettig vond en op dat moment ging de begeleidster die erbij was aan hem uitleggen waarom hij dat rust moment nodig was. Er werd op dat moment niet gekeken naar wat de cliënt wil of vind hoe het er uit moet zien. Op dat moment ga je eigenlijk weer naar de beheersing. Ik denk als het dagprogramma met de cliënt goed wordt doorgenomen voor die tijd dan zal het ook meer de zelfstandigheid van de cliënt bevorderen doordat hij zelf met plezier gebruik maakt van het bord en zijn dagprogramma.'

Wat alle betrokkenen telkens aangeven is dat het gebruik en de inzet van digitale middelen op maat moet zijn.

Positieve punten

Positieve punten die genoemd worden over het digitale planbord is dat het door cliënten meer gebruikt word als het oude pictogrammenbord. Ook word benoemd dat het mooi is dat taken opgesplitst kunnen worden, en cliënten dus zelf op onderzoek kunnen gaan naar hoe ze een taak moeten uitvoeren. Dit geeft overzicht. Ook word benoemd dat het digitale pictogrammen een aanleiding is voor cliënten om (meer) met elkaar te communiceren, ze hebben nu een gezamenlijke interesse.

Negatieve punten

De negatieve punten die genoemd worden van het digitale planbord zijn vooral praktische zaken, bijvoorbeeld als de stroom uitvalt, of het bord zelf niet meer werkt. Ook de kosten die gemaakt moeten worden zijn volgens coach G. een negatief punt, ook benoemd hij het verkrijgen van de software en de leverancier. Wat ook nog benoemd word is dat het digitale planbord wel moet kloppen, dat het juiste dagprogramma er in moet staan. G. zegt hierover:

'Zorg dat de informatie die er op staat ook gewoon klopt, anders heeft het volgens mij helemaal geen zin.'

Effecten

Alle betrokkenen zien ook veel effecten van het bord voor de cliënten, zo benoemd gedragsdeskundige F. dat het dagprogramma voor cliënten nu meer gaat leven en dat dit zorgt voor rust. Ook geeft ze aan dat cliënten meer regie krijgen, hierover zegt ze:

'Meer regie ook denk ik wel, voor de cliënt. En dan niet in de zin van ik ga nu bepalen hoe mijn programma er uit ziet maar wel in ik wil nu even zelf bepalen waar ik na ga kijken en wat ik aanklik. Ik hoef het niet te vragen aan mijn begeleider maar ik kan er zelf naar gaan kijken, in die zin regie.'

Manager J. geeft aan dat het effect volgens hem is dat iedereen elkaar sneller verstaat, de communicatie gaat sneller. En dat je escalaties en misverstanden op dat gebied dus wat meer voor bent.

Volgens logopediste D. zijn het juist de kleine stapjes die cliënten maken een succes ervaring:

'Ik zie op het planbord dat ik mijn tas in moet pakken en wat er in moet dus ik kan dat zelf en ik heb dat nu door het planbord zelf gedaan, wauw knap van mij. Nu heb ik daar begeleiding niet voor nodig, dat geeft de cliënt vertrouwen, autonomie en kijk stoer dat kan ik.'

Volgens haar biedt het veiligheid, duidelijkheid, overzicht en structuur. De veiligheid die het bord biedt word door meerdere betrokkenen benoemd.

Wat zij nog benoemd is dat het belangrijk is dat voor iedereen het bord duidelijk is, zowel voor cliënten als medewerkers, hierin zijn volgens haar nog verbeterpunten zichtbaar.

P. van bureau zeggenschap noemt zelfstandigheid als grootste effect. Coach G. noemt overzicht en inzicht als effect.

Wat ook nog benoemd word is de verbinding die het digitale planbord creëert, niet alleen tussen cliënten, maar ook tussen medewerkers en verwanten.

Ipad

Een iPad wordt vaak genoemd als volgende stap, dat zou de verdieping kunnen zijn. Hierbij word benoemd dat dit nog voor meer interactie kan zorgen, bijvoorbeeld tussen cliënten van een andere woongroep. Een aandachtspunt bij zulke uitbreidingen is wel dat het veilig moet zijn, er wordt gewerkt met een kwetsbare doelgroep die alles leuk vinden, maar niet alles aan kunnen. Het is de taak van de medewerkers, en ieder ander die hier aan kan bijdragen, om de veiligheid van cliënten te waarborgen.

5. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op zowel de praktische deelvragen als op de hoofdvraag van dit onderzoek.

5.1 Conclusie interviews begeleiders Welnaweg 90.

Uit de resultaten van de afgenomen interviews die als doel hadden antwoord te krijgen op de praktische deelvraag: 'Wat zijn de effecten van het digitale planbord volgens de begeleiders van de Welnaweg 90?' komt het volgende naar voren:

Wanneer het om de effecten van het digitale bord gaat is te concluderen dat het digitale bord zowel op de cliënten als op de begeleider zelf effect heeft. De grootste effecten op de cliënten zijn volgens de begeleiders, dat het digitale planbord de cliënten duidelijkheid, overzicht, structuur biedt en daarmee onrust weg neemt. Daarnaast heeft het digitale planbord ook iets persoonlijk door de foto's van cliënten en begeleiders. Dit biedt de cliënt mogelijkheid tot interactie en daarmee ook zeggenschap, volgens de begeleider.

In de literatuur wordt beschreven dat door het gebruik van het digitale planbord waarop het programma pictoplanner echt maatwerk kan worden geleverd. Zo bepaalt het niveau van de cliënt welke betekenis wordt gehecht aan de inhoud van het pictogram als communicatievorm. Heeft een cliënt meer ondersteuning nodig bij bepaalde taken? Dan kan er meer detail aangebracht worden op het digitale planbord, zodat de cliënt in overzichtelijke stappen toch bijvoorbeeld op tijd klaar kan staan voor de taxi met een ingepakte tas (Oskam & Scheres, 2005). Dit maatwerk wordt door begeleiders regelmatig genoemd en kun je dus zien als een effect.

Opvallend is dat de grootste effecten van het digitale planbord op de cliënten terugkomen in enkele basisbehoeften van de piramide van Maslow. Maslow onderscheidt de behoefte van de mens in vijf behoefteniveaus. Bij de mens is de natuurlijke behoefte aan veiligheid en zekerheid (BTSG, 2016). Dit kan geboden worden door bescherming en stabiliteit. Het digitale planbord duidelijkheid, overzicht en structuur biedt en neemt daarmee onrust weg, wat veiligheid en stabiliteit creëert. Daarmee draagt het digitale planbord bij aan de vijf basisbehoeften van Maslow.

Het grootste effect van het digitale planbord op de begeleider zelf is volgens hen, dat de begeleider door het digitale planbord de cliënten gemakkelijker kunnen 'verwijzen'. Dit betekent het terug of toe kunnen verwijzen van cliënten naar het digitale planbord en daarmee naar hun dagprogramma's, activiteiten of taken. Volgens de begeleiders vermijdt dit discussies, vergemakkelijkt dit het zorg verlenen en maakt het de cliënten zelfstandiger.

De literatuur benoemt dat mensen met een verstandelijke beperking moeite hebben met het zich oriënteren op hun omgeving. Dit betekent dat het soms langer kan duren voordat er begrepen wordt dat het contactinitiatief voor hen bedoeld is. Ook kan het zijn dat ze een langere verwerkingstijd nodig hebben. Het kan dan ook erg verwarrend zijn als ze de eerste vraag of aansturing van hun begeleiders nog aan het verwerken zijn, terwijl de tweede vraag of aansturing al gegeven wordt. Wanneer de begeleiders hun cliënten kunnen verwijzen naar een pictogram, een visualisatie in plaats van dat zij hen een verbale uitleg moeten geven, is het effect voor de cliënt dat zij tijd krijgen in het begrijpen en verwerken van verwijzing (Blokhuys & van Kooten, 2003).

5.2 Conclusie participatie observatie cliënten Welnaweg 90.

Er is zowel een participatie observatie als een open interview uitgevoerd met de negen cliënten op de Welnaweg 90.

Uit de participatie observatie is te concluderen dat alle negen cliënten van de Welnaweg 90 kijken naar het digitale planbord. Twee van hen kijken naar het digitale planbord, wanneer daar op aangestuurd wordt. Dezelfde twee cliënten maakten ook zichtbaar minder gebruik van het digitale planbord op eigen initiatief. De andere zeven cliënten maken gebruik van het digitale planbord. Uit het geobserveerde gebruik is te concluderen dat alle zeven de cliënten als eerst keken en klikten op het dienstenschema, waar wordt aangegeven welke medewerkers er werken die dag. Een effect dat we hieruit kunnen zien is dat alle cliënten zich bewust zijn van het digitale planbord en zeven van de negen cliënten actief bezig zijn met het digitale planbord en hun eigen dagprogramma.

Het kunnen zien van het dienstenschema op het digitale planbord werd door de meerderheid van de cliënten ook aangegeven als een voordeel van het bord. Hieruit valt te concluderen dat de zichtbaarheid van een dienstenschema op het digitale planbord een belangrijke bijdrage is voor de cliënten. Het effect hiervan is, dat de cliënten duidelijkheid en structuur hebben, en tevreden zijn als zij kunnen zien wie er werkt.

Echter werden er ook nadelen aangegeven door de cliënten tijdens de participatie observatie. Hieruit is te concluderen dat het grootste nadeel voor hen is dat er soms missende of foute informatie wordt aangegeven op het digitale planbord. Dit heeft als effect dat het onduidelijkheid en onrust veroorzaakt voor de cliënten.

5.3 Conclusie interviews betrokkene Welnaweg 90.

Om antwoord te krijgen op de praktische deelvraag: ‘Wat zijn de effecten van het digitale planbord volgens de betrokkenen van de Welnaweg 90?’ is er een interview gehouden met vijf verschillende betrokkenen. Deze mensen hebben allen, op hun eigen manier, een connectie met de Welnaweg 90 en indirect of direct ook met het digitale planbord.

Wat op viel tijdens de interviews was dat de organisatie pas sinds kort gebruikt maakt van digitale hulpmiddelen om de zorg te optimaliseren. Dit is opmerkelijk omdat Nederland op het gebied van eHealth een koploper is, er is binnen ons land veel acceptatie voor eHealth (Jacobs, 2015). Toegang tot het internet en technologische middelen bieden eindeloze mogelijkheden, zowel voor de ontwikkeling van vaardigheden van mensen met een beperking, als voor het primaire zorgproces (Snethlage, 2016). Twee van de vijf betrokkenen die nog niet veel met digitale hulpmiddelen werken geven aan dat ze dit wel graag zouden willen, ze zijn er enthousiast over.

Wat we hier uit kunnen concluderen is dat de Twentse Zorgcentra als organisatie een voorbeeld kan nemen aan de Welnaweg 90, die het digitale planbord gebruiken om te ontwikkelen. Een effect van het digitale planbord hier in is, dat leken worden aangezet tot nadenken over het gebruik van digitale hulpmiddelen in de zorg.

Volgens de betrokkenen word het digitale planbord door cliënten meer gebruikt dan het oude planbord, met als effect dat het dagprogramma meer gaat leven. Dit zorgt voor rust en een stukje regie, ze kiezen zelf waar ze op het bord naar willen kijken.

Als we kijken wat er volgens de theorie beoogd word te behalen met een (digitaal) communicatie middel zoals een digitaal planbord, zien we de volgende punten:

- Een communicatiemiddel geeft de cliënt informatie waar hij recht op heeft.
- Biedt overzicht, veiligheid en structuur, doordat de voorspelbaarheid word vergroot.
- Stimuleert de communicatieve ontwikkeling.

- Vergroot de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de cliënt.
- Geeft de cliënt de kans om op zijn eigen manier te communiceren met zijn omgeving.
- Stimuleert associaties en tijdsbesef.
- Bevordert de sociale vaardigheden en contacten.
- Biedt de cliënt de mogelijkheid om keuzegedrag te ontwikkelen en dus zelf keuzes te maken (Oskam & Scheres, 2005).

Als we dan kijken of het digitale planbord dit beoogde effect heeft volgens de betrokkenen, zien we dat al deze bovenstaande punten genoemd worden (zie hfs. 4.3).

Al deze bovenstaande punten vinden de beoogden dus een effect van het digitale planbord.

Als we de geïnterviewden vroegen naar de effecten van het digitale planbord benoemden zij vaak structuur en daardoor duidelijkheid voor cliënten. In de literatuur wordt beschreven dat volgens Maslow de mens een natuurlijke behoefte heeft aan veiligheid en zekerheid, als dit er is ontstaat er vertrouwen.

Hieruit kun je concluderen dat een effect volgens de betrokkenen is dat het digitale planbord bijdraagt aan de zelfontplooiing van de cliënt.

5.4 Conclusie onderzoeksvraag

Door het vergelijken en integreren van bovenstaande uitkomsten kan een volledige conclusie worden getrokken met als doel antwoord te geven op de hoofdvraag wat de effecten zijn van het digitale planbord op de Welnaweg 90.

De effecten zijn mede te danken aan het feit dat het digitale planbord nieuw is en daardoor interessanter is voor de cliënten dan het oude pictogrammenbord. Ook worden zij visueel geprikkeld door de pictogrammen en persoonlijke foto's op het digitale planbord. Wat ook mee speelt hierin is dat het digitale planbord op een centrale plek in het huis hangt. Dit alles maakt dat het effect van het digitale planbord voor de cliënten onder andere is dat hun dagprogramma's meer gaan leven.

Het meeste genoemde positieve effect van het digitale planbord is dat het duidelijkheid, overzicht en structuur biedt voor de cliënten van de Welnaweg 90. Hiermee voldoet het digitale planbord volgens Oskam en Scheres (2005) aan de beoogde te behalen punten van een (digitaal) communicatiemiddel. Ook is een vaak genoemd positief effect dat de begeleidster door het digitale planbord de cliënten gemakkelijker kunnen 'verwijzen' naar het digitale planbord. Dit vermijdt discussies, omdat het digitale planbord leidend is de discussie kan dus buiten de persoon/begeleiders zelf worden gevoerd. Dit vergemakkelijkt het zorg verlenen en maakt de cliënten zelfstandiger doordat de cliënten niet zozeer door een begeleidster worden aangestuurd, maar door een pictogram.

Echter wanneer het digitale planbord niet volgens behoren is ingevuld of aangepast veroorzaakt dit onrust onder de cliënten en daarmee beïnvloed het de gehele groep en begeleiders. Hierdoor krijg je dus niet altijd de gewenste structuur, terwijl dit juist als positief effect wordt genoemd. Om dit negatieve effect te verbeteren in de toekomst is er een aanbeveling gedaan in de volgende paragraaf.

5.5 Aanbevelingen

Hieronder zijn de aanbevelingen geschreven die voortkomen uit de resultaten en conclusies.

Aanbeveling 1.

Een uitkomst naar aanleiding van dit onderzoek is dat in het werken met het digitale planbord een aantal begeleidsters het enthousiasme en consequent werken met het digitale planbord missen volgens andere begeleidsters, waardoor invullingen en aanpassingen op het digitale planbord soms niet op tijd, consequent en juist worden gedaan. Tijdens de participatie observatie merkten ook de cliënten op dat er een aantal fouten stonden in hun dagprogramma's. Wat voor hen onrust veroorzaakt, en begeleiders de onrust weer moeten wegnemen. Hierdoor gingen de cliënten uiteindelijk alsnog bij de begeleidsters navraag doen over hun dagprogramma's. Iets wat het digitale planbord eigenlijk zou moeten overnemen.

Om dit te voorkomen wordt de begeleidsters aanbevolen om invullingen en aanpassingen in het digitale planbord op tijd, consequent en juist te doen. Daarnaast is het van belang dat erom bevestiging wordt gevraagd van de cliënten betreft invullingen en aanpassingen in hun dagprogramma's, zodat van beide kanten het dagprogramma voldoende en duidelijk is. Hiervoor wordt in eerste instantie aanbevolen om met alle begeleidsters om tafel te gaan en een uitleg te geven over hoe te werken met het digitale planbord. Wanneer dit niet voldoende blijkt te zijn kan er vanuit extern een uitleg of cursus worden gegeven over hoe te werken met een digitale planbord. Daarbij gaf een begeleidster aan dat het verstandig was om een handleiding te maken als uitleg voor nieuwe medewerkers en stagiairs. Op het moment is er al een handleiding, maar deze is volgens de begeleidsters niet gemakkelijk te lezen en te gebruiken. Er wordt dan ook aanbevolen om een handleiding te schrijven in Jip en Janneke taal met daarbij mogelijk foto's of pictogrammen, om het visueel te maken. Als laatste is het van belang dat de begeleidsters elkaar enthousiast blijven maken voor het werken met het digitale planbord.

Aanbeveling 2.

De uitkomsten van dit onderzoek laten zien dat er een aantal verbeterpunten zijn gesignaleerd, gericht op het verbeteren van het programma Pictoplanner. Zo missen de begeleidsters de mogelijkheid om afspraken van cliënten privé te kunnen maken in het programma, zodat andere cliënten de afspraak van een andere cliënt niet kunnen zien. Hierdoor kun je meer afspraken verwerken in het programma en houdt je het persoonlijk, gaven begeleidsters aan. Daarnaast misten de begeleidsters de mogelijkheid om afspraken voor twee of meer cliënten in het programma te kunnen zetten. Wanneer drie cliënten dezelfde afspraak hebben, moet je de afspraak nu nog voor elke cliënt apart er inzetten. Als laatste gaven de begeleidsters aan makkelijker inloggegevens te wensen voor het programma. Deze drie verbeterpunten, maakt dat er wordt aanbevolen om met de programma maker van de Pictoplanner in gesprek te gaan over de eventuele mogelijkheden betreft de drie aangegeven verbeterpunten. Wanneer het mogelijk deze aangegeven punten te verbeteren bevordert dit het werken met het digitale planbord voor de begeleidsters.

Aanbeveling 3.

Voor de toekomst van het digitale planbord gaven begeleidsters en betrokkenen aan dat het van belang is om individueel te blijven werken met de cliënt en zijn pictoplanner, om zo maatwerk te leveren. Een aantal cliënten gaven tijdens de participatie observatie aan dat zij het fijn zouden vinden als ze vooruit kunnen kijken in hun dag en/of weekprogramma. Zij misten nu soms de informatie van de volgende dag of week dat voor hen van belang is. Echter werd vanuit de opdrachtgeefster duidelijk dat er een bewuste keuze kan worden gemaakt en is gemaakt over hoe ver de cliënten vooruit kunnen kijken in hun dagprogramma. Sommige cliënten kunnen namelijk hun programma van de hele week zien en anderen van alleen één dag. In deze aanbeveling zijn meerdere partijen en meningen meegenomen en op basis daarvan wordt er aanbevolen om per individueel cliënt te bekijken, bespreken en besluiten hoever hij/zij vooruit wil en kan kijken naar zijn dagprogramma.

Naast het individueel bekijken van de optie tot vooruit kijken, kwam er uit de participatie observaties met cliënten naar voren dat sommigen van hen het prettig zouden vinden om het digitale planbord op hun eigen kamer te kunnen bekijken. Dit zou opgelost kunnen worden in de vorm van Ipads. Met deze Ipads zou volgens de begeleiders en betrokkenen meer maatwerk kunnen worden geleverd. Een aanbeveling hierbij is dan ook om Ipads te verkrijgen voor die cliënten, waarbij het hen meer maatwerk oplevert. Hiermee wordt een eerste aanzet gedaan in de verdere inventarisering van digitale hulpmiddelen binnen de Twentse Zorgcentra. Bij het bereiken van deze lange termijn doelstelling te moet volgens de respondenten rekening gehouden worden met het individueel blijven werken met een digitaal hulpmiddel, zodat maatwerk kan worden geleverd.

5.6 Reflectie op onderzoek

In deze paragraaf worden de sterktes en zwaktes van het onderzoek weergegeven en toegelicht. De sterktes en zwaktes zijn tijdens de uitvoering van het onderzoek zichtbaar geworden.

Sterktes	Zwaktes
Afwijkende populatie	Afwijkende populatie
Semigestructureerde interviews	Werkwijze interview eenmalig afwijkend
Participatie observaties	Semi-gestructureerde interviews
	Participatie observaties
	Objectiviteit van onderzoekers beïnvloed
	Onderzoeksvraag niet correct
	Effecten onduidelijk
	Missend Lectoraat

Sterktes van het onderzoek

Afwijkende populatie:

Tijdens het onderzoek en de eerste interviews is er voor gekozen om ook andere betrokkenen naast de begeleidsters en cliënten te interviewen. Om meer informatie te verkrijgen betreft de effecten van het digitale planbord. Daarbij is gekeken naar verschillende functies, lagen en betrokkenheid met de Welnaweg 90. Hierdoor is er vanuit verschillende invalshoeken antwoord verkregen op de vraag wat de effecten zijn van het digitale planbord. Waardoor er meer resultaten zijn verkregen en een betere conclusie geschreven kon worden.

Semigestructureerde interviews:

Aan de hand van de semigestructureerde diepte-interviews zijn de werkelijke ervaringen met het digitale planbord van begeleidsters, cliënten en betrokkene naar voren gekomen. Dit maakt dat de effecten van het digitale planbord geïnventariseerd zijn die volgens hen belangrijk zijn. Hiermee konden conclusie worden geschreven en realistische aanbevelingen worden gedaan, volgens de behoeften van de begeleidsters, cliënten en andere betrokkene.

Participatie observatie:

Door een participatie observatie te hebben toegepast bij het verkrijgen van antwoorden van de cliënten. Werden er ongedwongen antwoorden gegeven en gesignaleerd. Ook is er voor gekozen om de onderzoeker die het minst betrokken was met de Welnaweg 90, de cliënten te observeren in gebruik met het digitale planbord. Dit zorgde voor een objectievere kijk. De andere onderzoeker die meer betrokken is bij de Welnaweg 90 heeft de interviews afgenomen met de cliënt. Hiervoor is gekozen om dat zij een vertrouwd gezicht is voor de cliënten en dit zorgde voor vertrouwen en ontspannenheid bij de cliënt. Wat hen de kans gaf om beter en meer antwoorden te kunnen geven op de gestelde vragen. Waardoor de antwoorden ook betrouwbaarder werden. Wat waardevol was voor het onderzoeken van de effecten van het digitale planbord op en voor de cliënten.

Zwaktes van het onderzoek

Afwijkende populatie:

In eerste instantie was er voor gekozen alleen begeleiders en cliënten te interviewen voor het onderzoek. Naast begeleiders en cliënten, zijn er extra respondenten vanuit management, logopedie, gedragskundige, coach en bureau zeggenschap betrokken bij het onderzoek door middel van interviews. Dit zorgde ervoor dat er meer interviews werden afgenomen en daardoor er meer tijd ging in het afnemen van interviews dan vooraf gedacht en geplant. Hierdoor is er voor gekozen om één interview met een andere betrokkene te laten vervallen. In plaats van is er een mail met vragen verstuurd naar de respondent. Echter is hier geen antwoord op verkregen.

Werkwijze interview eenmalig afwijkend:

In eerste instantie was afgesproken om één respondent per keer te interviewen. Dit om meer en betrouwbaarder antwoorden te kunnen verkrijgen. Echter is er in het eerste interview voor gekozen om twee respondenten tegelijkertijd te interviewen. *Hier is voor gekozen, omdat de begeleiders alleen op dat moment beiden tijd hadden voor het interview. Wij zijn hier akkoord mee gegaan, omdat wij op dat moment ook geen andere oplossing zagen. Achteraf was dit een mooi leer, omdat wij hebben ondervonden dat we minder antwoorden ontvingen dan gehoopt.* Ook hadden beide respondenten invloed op elkaars antwoorden, waardoor de betrouwbaarheid er van minder werd. Hieruit is voortgekomen om de rest van de interviews daadwerkelijk per één respondent af te nemen. *Dit hebben we ook aangehouden en leverde een beter resultaat op.*

Semigestructureerde interviews:

Mede door de semigestructureerde diepte-interviews zijn de werkelijke ervaringen met het digitale planbord van begeleiders, cliënten en betrokkene naar voren gekomen. De semigestructureerde vragenlijst zorgde er ook voor dat het interview soms van hak op de tak verliep. Hierdoor werden belangrijke vragen gemist en/of onbelangrijke antwoorden gegeven.

Participatie observatie:

Tijdens de participatie observatie waren enkele cliënten niet staat om alle vragen te beantwoorden en/of al hun handelingen met het digitale planbord te laten zien, vanwege tijdsgebonden redenen. Ook waren enkele cliënten niet in staat om zonder aansturing, antwoord te kunnen geven op de vragen en/of gebruik te maken van het digitale planbord. Wat niet bijdraagt aan de betrouwbaarheid van de participatie observatie.

Objectiviteit van onderzoekers beïnvloed:

De onderzoekers c.q. interviewers hebben zich voorafgaand verdiept in de desbetreffende literatuur en praktijk waardoor de mate van objectiviteit tijdens de interviews is beperkt. Ook was een van de onderzoekers nauw betrokken bij de opstart van het digitale planbord, waardoor haar objectiviteit beperkt was. Mede hierdoor heeft de andere onderzoekster de meeste interviews geleid, vragen gesteld en reactie gegeven.

Onderzoeksvraag/onderzoeksmethode niet correct:

De wens van onze opdrachtgever was om de effecten van het digitale planbord te meten. Met deze wens in ons achterhoofd zijn wij begonnen aan een effecten onderzoek. De keuze voor een evaluerend onderzoek was dus gebaseerd op de wens van onze opdrachtgever om de effecten te meten van het digitale planbord.

Met het schrijven van de conclusie kwamen wij er echter achter dat we voor een effecten onderzoek een nulmeting misten. Door het missen van deze nulmeting hebben we geen duidelijk effect kunnen meten. Hierdoor was onze onderzoeksmethode, evaluerend onderzoek, niet meer betrouwbaar. Er is geen eerder onderzoek gedaan naar de effecten van het digitale planbord op de Welnaweg 90.

Hierdoor hadden wij er beter voor kunnen kiezen om een nulmeting of procesevaluatie te doen. Een aanbeveling had dan kunnen zijn om de effecten over één jaar te meten.

Effecten onduidelijk:

Achteraf hadden wij niet duidelijk voor ogen welke effecten we wilden meten met dit onderzoek. In eerste instantie was de vraag, vanuit de opdrachtgever, of wij het effect van het digitale planbord op het bevorderen van de zelfstandigheid van de cliënten van de Welnaweg 90 wilden gaan meten. Echter gaf onze onderzoeksdocent aan dat dit een te breed effect was om te meten. Wij zijn daarom ook terug gegaan naar het meten van de algemene effecten van het digitale planbord, zonder deze van tevoren concreet te hebben gemaakt. Daarnaast hadden we geen nulmeting uitgevoerd, wat het meten van de effecten lastiger maakte. Achteraf hadden we de effecten die we wilden meten concreter moeten maken, waardoor we duidelijkere resultaten konden aantonen met behulp van een nul meting en deze vervolgens konden beargumenteren.

Missend Lectoraat:

Het literatuuronderzoek is gebaseerd op zelf opgedane kennis vanuit artikelen, boeken, internet enz. Wij waren niet op de hoogte van het bestaan van het lectoraat vanuit Saxion wat aansloot bij ons onderzoek. Dit is een gemiste kans, omdat wij de kennis wat betreft digitalisering misten tijdens het ondersteuningsproces vanuit school. Achteraf blijkt dat deze kennis en begeleiding er wel was, maar bij ons niet bekend. Waardoor wij hier dan ook geen gebruik van hebben kunnen maken. Dit had het onderzoek en specifiek de onderzoeksvraag betreft digitalisering sterker kunnen maken.

5.7 Discussie

‘Willen wij als zorgverleners de cliënt te veel beschermen voor het internet, sociale media en digitale hulpmiddelen en zijn we hiermee beheersmatig bezig?’ Een veel voorkomend discussie onderwerp tijdens de afgenomen interviews voor dit evaluerend onderzoek met begeleiders en betrokkenen. Een vraag die ons als beginnend professionals aan het denken zette. Dat is dan ook de reden dat wij ons in deze discussie richten op onze rol als professionals met betrekking op het beschermen of loslaten van onze doelgroep in het gebruik van internet en digitale middelen.

In de aanleiding kwam naar voren dat 6% van de mensen in ons land niet aangesloten zijn op het internet. Van die 6% woont een groot deel langdurig in een zorginstelling. Daar hebben zij soms beperkt of zelfs geen toegang tot het internet. Uit de interviews kwam naar voren dat ook bij Twentse Zorgcentra de cliënten soms beperkt tot zelfs geen toegang tot het internet hebben. Inmiddels is de organisatie bezig met implementeren van internet, social media en digitale hulpmiddelen. Echter gaven de respondenten aan dat deze omslag nog niet op alle groepen van de Twentse Zorgcentra merkbaar is. De respondenten gaven aan dat velen vaak meer risico's dan kansen zien in het gebruik met internet voor hun doelgroep, namelijk mensen met een verstandelijke handicap. De betrokkenen waren dan ook enthousiast over de Welnaweg 90, die als pilot groep aan de slag zijn gegaan met een digitaal planbord op de groep. Men vroeg zich wel af of hiermee niet alsnog beheersmatig te werk wordt gegaan. Kijkend naar het digitale planbord, waar vooraf de dagprogramma's voor cliënten worden ingevuld door begeleiders. Dit zouden sommige kunnen zien als beheersmatig werken, waarin de begeleiders de keuze voor de cliënt maken.

Als wij kijken naar onze eigen gebruik van het internet en digitale middelen, kunnen we eigenlijk niet meer zonder. Zonder de informatie die te vinden is op het internet, onze laptops en de andere digitale middelen was het schrijven van dit onderzoek een stuk gecompliceerder geweest. Wij hebben dan ook veel baat bij de digitalisering en gunnen wij dit onze medemens ook, of diegene nou een beperking heeft of niet. Als beginnend professionals denken wij dat er ook veel te behalen valt met digitalisering voor onze doelgroep. Dit hebben wij ondervonden in het onderzoek naar de effecten van het digitale planbord. Maar hoe kunnen wij als professionals onze cliënten in omgang met digitale middelen nou het beste begeleiden, zonder te veel te beschermen en daarmee beheersmatig te werken?

Voor dit vraagstuk gaan we terug naar de basis, onze beroepscode, de ethische leidraad waaraan het handelen van de professionals getoetst kan worden. De beroepscode geldt als norm en bescherming. Als eerste stellen wij professionals onze cliënten centraal en nemen dat als uitgangspunt in ons handelen. Wanneer een cliënt de wens heeft om gebruik te maken van digitale middelen, nemen wij deze wens serieus. Een cliënt heeft namelijk het recht op zelfbeschikking, het recht op eigen keuzen en zelfstandigheid. Daarbij zullen wij ons moeten onthouden van machtsmisbruik ten aanzien van de cliënt. Dat betekent dat de professional geen misbruik mag maken van de afhankelijk positie van de cliënt. De professional heeft dan ook niet het recht om internet of digitale middelen voor de cliënt te onthouden. Als professionals zullen we de privacy van onze cliënten moeten respecten. Zoals persoonlijke informatie, gesprekken of het respecteren van de persoonlijke eigendommen van de cliënten. Het internet gebruik of het gebruik van een persoonlijk digitaal middel van een cliënt zullen we dan ook in samenspraak met de cliënt mogen controleren en begeleiden. Echter dragen professionals ook de zorg voor de veiligheid van hun cliënten. Dat betekent dat we soms de nodige maatregelen moeten nemen om eventuele schadelijk gevolgen of mogelijke gevaren te voorkomen (Phorza, 2013).

De huidige, vaak beheersmatige ingestoken ICT-functie staat innovatie bij zorginstellingen vaak in de weg. ICT is binnen de zorg van oudsher beheersmatig ingestoken. Digitale vernieuwing vraagt echter om een infrastructuur die snelle veranderingen toestaat. Denk aan slimme apparaten waarbij informatie van patiënten digitaal wordt gemeten en doorgegeven. Wendy Haas, consultant van

Capgemini noemt: 'In een wereld waar digitale innovaties en veranderingen elkaar snel afwisselen doen zorginstellingen er slim aan om parallel aan hun bestaande ICT-infrastructuur een soort flexibel schil te creëren waarop ze allerlei verbeteringen kunnen neerzetten, testen, implementeren en doorontwikkelen (Eerste hulp bij digitalisering, 2016).

Met de beroepscode in ons achterhoofd weten we dat we in de omgang met de digitale wereld ons cliënten centraal moeten stellen, ons moeten onthouden van machtsmisbruik, de privacy moeten respecteren en zorg zullen moeten dragen voor de veiligheid van onze cliënten. Zelfbepaling is een belangrijke factor die er voor zorgt dat het kwaliteit van bestaan van een persoon met een beperking verbetert. Ten eerste is het de keuze van de persoon wat hij/zij wilt doen. Zo ook de keuze of hij/zij gebruik wil maken van het internet en digitale middelen. Dit is niet altijd vanzelfsprekend aangezien je alert moet zijn voor de gevaren die hij/zij kan tegenkomen in de digitale wereld. Daarbij is het een kwetsbare doelgroep die zelf niet altijd de gevaren van het internet kunnen inzien of overzien. Het is de taak van de zorgprofessional om te bewaken dat elk gebruik van het internet, op welke manier dan ook veilig verloopt (Goffart, 2003).

Toch zullen vele professionals het liefst onze cliënten willen beschermen tegen alle risico's in de digitale wereld. We zijn niet voor niets gaan 'zorgen voor de ander'. Maar zoals bij alle thema's, vraagstukken en dilemma's in ons werk als professionals, is het altijd belangrijk om de juiste balans te zoeken. Wanneer grijp je in en wanneer niet? Het siert ons professionals wanneer wij onze cliënten proberen te beschermen, maar tegelijkertijd beperken we hem of haar daarmee ook. Er moet dan worden afgestapt van het beheersmatig werken en meer worden aangesloten bij de cliënten. Door volgens ons, gericht op de langere termijn doelstelling van het onderzoek, samen in gesprek te gaan en te blijven over de wensen, mogelijkheden en risico's van cliënten in de digitale wereld en in omgang met digitale hulpmiddelen.

Literatuurlijst

- (sd). Opgeroepen op september 14, 2016, van zobegaafd: <https://www.zobegaafd.nl/intelligentie-quotient-iq/>
- (2010). Opgeroepen op september 13, 2016, van woorden: <http://www.woorden.org/woord/digitaal>
- AAIDD. (2013). *Definition of Intellectual Disability*. Opgeroepen op oktober 2016, van <http://aidd.org/intellectual-disability/definition#.WCm9AFXNy70>
- actueel/in-ontwikkeling/STERK*. (2014). Opgeroepen op augustus 31, 2016, van detwentsezorgcentra: <http://www.detwentsezorgcentra.nl/actueel/in-ontwikkeling/STERK>
- ANP. (2013, februari 8). Kabinet zet in op zelfredzaamheid in zorg . *Telegraaf*, p. 1.
- Baarda, & Goede, D. (2006). *Basisboek Methoden en Technieken: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Blokhuis, A., & van Kooten, N. (2003). *Je luistert wel, maar je hoort me niet*. Utrecht: Uitgeverij Agiel.
- Boogaarts. (2016). *HBO-kennisbank*. Opgeroepen op augustus 31, 2016, van <http://kennisbank.hva.nl/document/638243>
- Brink, C. (2013, juli). *Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid*. Opgeroepen op september 13, 2016, van Movisie: https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Kennisdossier%205%20Zelfregie%20eigen%20kracht%20zelfredzaamheid%20en%20eigen%20verantwoordelijkheid%20%5BMOV-1421737-0.1%5D.pdf
- BTSG. (2016, Januari 3). *De behoeftehiërarchie van Maslow*. Opgeroepen op December 8, 2016, van BTSG Bibliotheek: <http://www.btsg.nl/infobulletin/Maslow.html>
- Carehouse. (2012). *(Licht) Verstandelijke Beperking*. Opgeroepen op September 20, 2016, van <http://www.carehouse.nl/verstandelijke-beperking>
- clientservicebureau/transities*. (2014). Opgeroepen op 2016, van detwentsezorgcentra: <http://www.detwentsezorgcentra.nl/15066/clientservicebureau/transities>
- Coachend. (2011-2016). *Pictoplanner*. Opgeroepen op oktober 2016, van pictoplanner: <http://www.pictoplanner.net/het-product/>
- CrossOver, K. (2012). *Lichamelijk beperkt*. Opgeroepen op Oktober 14, 2016, van http://www.kcco.nl/werk_en_handicap/lichamelijk_beperkt
- Diamanis, P. (2016, juni). *Technologie als oplossing voor wereldproblemen*. Opgeroepen op september 2016, van NRC: <https://www.nrc.nl/nieuws/2016/06/03/technologie-als-oplossing-voor-wereldproblemen-2566077-a303816>
- digitale zorg*. (2011, maart). Opgeroepen op oktober 2016, van Zorginnovatie: <http://www.digitalezorg.nl/digitale/digitaal-planbord-zorgt-voor-rust-en-structuur/>
- Dingemanse, K. (2015, September 29). *Scribbr*. Opgeroepen op Oktober 5, 2016, van Soorten interviews: <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/soorten-interviews/>

- Donk, C. v., & Lanen, B. v. (2015). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.
- Es, R. v. (2014, december 22). *Clënten op weg helpen met digitale hulpmiddelen*. Opgeroepen op september 13, 2016, van Invoorzorg: <http://www.invoorzorg.nl/ivz/praktijkvoorbeeld-pluryn-en-e-health-veelbelovende-resultaten.html>
- Eerste hulp bij digitalisering (2016, december). *FD*
- familie/clientmedezeggenschap-ccr*. (2012). Opgeroepen op 2016, van detwentszorgcentra: <http://www.detwentsezorgcentra.nl/1074/familie/clientmedezeggenschap-ccr>
- Feiten en cijfers zelfregie*. (2013). Opgeroepen op september 13, 2016, van Movisie: <https://www.movisie.nl/movisie-zoeken/feiten%20en%20cijfers%20zelfregie>
- Friso. (2016, januari). *Geen ontspannen aan digitale zorg*. Opgeroepen op oktober 2016, van ehealth : <https://ehealth88.nl/blogposts/ehealth/geen-ontsnappen-aan-digitale-zorg/>
- Gehandicaptenzorg*. (sd). Opgeroepen op september 13, 2016, van Kennisplein: <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/gehandicaptenzorg/Gehandicaptenzorg-Verstandelijke-beperking.html>
- Jacobs, J. (2015, mei 13). *smarthealth*. Opgeroepen op september 2016, van <http://www.smarthealth.nl/2015/05/13/the-netherlands-douze-points-voor-ehealth/>
- Jansen. (2013). *Handreiking zelfredzaamheid*. Opgeroepen op september 13, 2016, van Vilans: http://www.vilans.nl/docs/producten/Handreiking_zelfredzaamheid.pdf
- kennisplein*. (sd). Opgehaald van <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/gehandicaptenzorg/Gehandicaptenzorg-Verstandelijke-beperking.html>
- Kentalisonderwijs*. (2016). Opgeroepen op september 2016, van Koninklijke Kentalis: <https://www.kentalisonderwijs.nl/Over-Kentalis/Praktische-informatie/Pictogrammen>
- Michgelbrink. (2008). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Moonen, X., & Verstegen, D. (2006). *LVG-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving*. Utrecht: Onderzoek & Praktijk, tijdschrift voor de LVG-zorg.
- Nationaalkompas*. (sd). Opgeroepen op 2016, van <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/huidig-zorgaanbod/>
- Observatie in je scriptie*. (2016, april). Opgeroepen op oktober 2016, van Scribbr. : <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/observatie-je-scriptie/>
- Oskam, E., & Scheres, W. (2005). *Totale communicatie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Palmen. (2013). *effectieve interventies*. Opgeroepen op september 6, 2016, van Dr. Leo Kannerhuis: <http://www.leokannerhuis.nl/onderzoek-annemiek-palmen>

- pcob. (2016, april). Opgeroepen op 2016, van nederland-wordt-fysiek-en-digitaal-toegankelijker-voor-mensen-met-een-beperking: <http://www.pcob.nl/nieuws/nederland-wordt-fysiek-en-digitaal-toegankelijker-voor-mensen-met-een-beperking>
- Peeters, P. H. (2015). Zelfredzaamheid lijkt een bevel uit Den Haag. *Zorg+welzijn*, 2.
- Schalken. (2013). *Handboek Online Hulpverlening met internet zorg en welzijn verbeteren*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Snethlage, P. F. (2016). Digitaal plannen: internet aan de muur. *VGN*.
- Technologie in de zorg en ehealth*. (2016). Opgeroepen op september 13, 2016, van Nivel: <http://www.nivel.nl/nl/technologie-in-de-zorg-en-ehealth>
- technology*. (2010, maart). Opgeroepen op 2016, van news bcc: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/technology/8548190.stm>
- Teunisse. (2012). *HBO-kennisbank*. Opgeroepen op augustus 31, 2016, van <https://hbo-kennisbank.nl/record/oai:repository.samenmaken.nl:smpid:12925>.
- Thijm, C. A. (2007, april 16). *Wat is informatierecht*. Opgeroepen op november 2016, van SOLV: <http://www.solv.nl/files/weblog/4566.pdf>
- Timmer. (2014). *Ehealth in de langdurige zorg*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Twentsezorgcentra. (2014). *actueel/in-ontwikkeling/STERK*. Opgeroepen op augustus 31, 2016, van detwentsezorgcentra: <http://www.detwentsezorgcentra.nl/actueel/in-ontwikkeling/STERK>
- Twentsezorgcentra. (2016). */clients/wonen/Keuzepalet-wonen*. Opgeroepen op augustus 31, 2016, van detwentsezorgcentra: <http://www.detwentsezorgcentra.nl/clients/wonen/Keuzepalet-wonen>
- Vandale*. (2016). Opgeroepen op september 2016, van opzoeken: <http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=digitaal&lang=nn>
- Verhoeven. (2011). *Wat is onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma.
- Verkooijen. (2006). *Ondersteuning Eigen Regievoering & Vraaggestuurde Zorg*. Jutrijp: Verkooijen en Beima.
- wetwijzer*. (2012-2016). Opgeroepen op januari 2017, van zorghulpatlas: <http://www.zorghulpatlas.nl/zorghulpnieuws/ontwikkelingen-2013/>
- Wie zijn wij*. (2016). Opgeroepen op Oktober 14, 2016, van Maak kennis met De Twentse Zorgcentra: <http://www.detwentsezorgcentra.nl/organisatie/wie-zijn-wij>
- Wit, d. (2014). *Online ondersteuning in het dagelijks functioneren van cliënten*. Rotterdam.
- Zobegaafd. (2016). Opgeroepen op september 14, 2016, van zobegaafd: <https://www.zobegaafd.nl/intelligentie-quotient-iq/>

Bijlagen

Bijlage 1.	Benadering begeleidsters Welnaweg 90
Bijlage 2.	Werkwijze begeleidsters Welnaweg 90
Bijlage 3.	Benadering cliënten Welnaweg 90
Bijlage 4.	Werkwijze cliënten Welnaweg 90
Bijlage 5.	Benadering andere betrokkene
Bijlage 6.	Werkwijze andere betrokkene
Bijlage 7.	Model overeenkomst onderzoeksopdracht
Bijlage 8.	Evaluatieformulier opdrachtgever
Bijlage 9.	Presentatie uitkomsten onderzoek

Bijlage 1. Benadering begeleiders Welnaweg 90

Hallo allemaal,

Wij zijn Nanne en Joy en wij willen via deze mail graag jullie medewerking vragen voor ons onderzoek.

Dit onderzoek zal zich richten op het verzamelen van ervaringen en kennis van de begeleiders en cliënten van de Welnaweg 90 groep, betreft het digitale planbord. Specifiek gericht op de bevordering van de zelfredzaamheid van de cliënten door het gebruik van het digitale planbord. Om deze doelstelling te kunnen behalen zal er een inventariserend onderzoek worden gedaan binnen de Welnaweg 90 groep. De inventarisatie zal leiden tot een beeldvorming wat betreft de kennis en ervaringen van de groep, met het digitale planbord. Deze inventarisatie is lijkend op een gebruikersonderzoek, wat onderzoekers helpt om een beter product te maken en aan te bieden aan de hand van de gebruikerservaringen. Hieruit zal een conclusie worden getrokken, dat de basis wordt van een ontwikkelingsonderzoek. In het ontwikkelingsonderzoek kan worden gekeken naar wat de behoeftes en wensen zijn van de Welnaweg 90 groep. Aansluitend kunnen er aanbevelingen worden gedaan tot het bevorderen van de zelfredzaamheid van de cliënten op de Welnaweg 90 groep, door het gebruik van digitale hulpmiddelen.

We willen jullie uitnodigen om over dit onderwerp in gesprek te gaan in de vorm van een interview. Wij hopen dat jullie door middel van dit interview een bijdrage willen doen aan ons onderzoek voor de Welnaweg 90. Voor afname van de interviews hebben we aantal data en tijden vanuit ons genoteerd. Graag ontvangen we van jullie de mogelijke data en tijden voor afname van de interviews.

Willen jullie achter onderstaande data aangeven wat jullie mogelijkheden zijn voor een interview.

Datum	Beschikbaarheid	Begeleidster naam	Beschikbaarheid

We zullen jullie dan voor laten weten wat de definitieve datum wordt, zodat wij een planning kunnen maken en ons kunnen gaan voorbereiden op de interviews.

Hopelijk hebben we jullie voldoende geïnformeerd. Bij vragen kunnen jullie altijd contact met ons opnemen. Dit kan via de mail: nannekalvenhaar@hotmail.com of via telefoon: 06-11937162.

Met vriendelijke groet,

Nanne Kalvenhaar en Joy Alferink

Bijlage 2. Werkwijze begeleiders Welnaweg 90

Benodigdheden:

- Voice recorder
- Koffie/thee/water
- Papier en pen
- Afgesloten, rustige ruimte
- Vragenlijst

Verloop interview:

- **Welkom:** bedanken voor het willen mee werken, onszelf voorstellen, doel van het interview en onderzoek duidelijk maken. Vertellen in welke vorm we gaan interviewen, dus wel aan de hand van vragen maar ook ruimte voor verdieping. Het interview word opgenomen, zo vergeten we geen dingen. Vragen om akkoord.
- **Interview:** duur van het interview is ongeveer 15 minuten, afhankelijk van de antwoorden en (door) vragen. Interview aan de hand van vooraf opgestelde vragen, hiervan kan afgeweken worden. Dit om het enigszins te structureren en de benodigde antwoorden te krijgen die nodig zijn voor het beantwoorden van de hoofdvraag.
- **Afsluiting:** ervaring van het interview delen, eventueel ruimte voor inbreng (vragen/opmerkingen). Het vervolg duidelijk maken en nogmaals bedanken voor de medewerking.

Het verloop van het interview kan er anders uit gaan zien, dit zal met name zo zijn tijdens de interviews met cliënten, zij zullen zich minder lang kunnen concentreren en ook over andere dingen willen praten. Deze interviews zullen dus meer gesprekken worden, in deze gesprekken zullen we proberen zoveel mogelijk van de vooraf opgestelde vragen beantwoord te krijgen, mocht dit niet lukken, is het belangrijkste dat wij aan het einde van het gesprek weten wat zij van het digitale planbord vinden en of ze hier nu veel mee werken.

Rolverdeling:

- **Voicerecorder:** gereserveerd, Nanne haalt deze op.
- **Drinken en ruimte:** geregeld op de groep, daar doen wij de interviews.
- **Vragenlijst:** Uitgeprint door Nanne
- **Papier en pen:** Joy neemt dit mee
- **Welkom:** Gezamenlijk
- **Interview:** Joy of Nanne neemt het interview af, dit gebeurt bij de begeleiders willekeurig, de ander schrijft mee en zorgt ervoor dat de voice recorder werkt en houdt de tijd bij. Tijdens de interviews met cliënten zal er gekeken worden naar de toegankelijkheid van de cliënt. De cliënten zijn bekend met Nanne en dat maakt het soms prettiger en gemakkelijker om contact te maken en een interview te kunnen afnemen.

Interview vragen voor begeleiders

1. Wat is uw functie op de Welnaweg 90 groep?
2. Wat is uw aandeel in het ontwerp en/of opstart van het digitale planbord?
3. Heeft u het idee dat de organisatie (De Twentse Zorgcentra) hierin voldoende gestimuleerd en gemotiveerd heeft?
4. Wat was uw eerste indruk van het digitale planbord?
5. Is deze eerste indruk veranderd of hetzelfde gebleven na het gebruik ervan?
6. Hoe functioneert het digitale planbord binnen de Welnaweg 90 groep, na uw idee?
7. Wat zijn de positieve punten/voordelen van het digitale planbord?
8. Wat zijn de negatieve punten/nadelen van het digitale planbord?
9. Hoe gebruiksvriendelijk is het digitale planbord voor u en de cliënt?
10. Blijft het gebruik van het digitale planbord continu?
11. Heeft het digitale planbord meerwaarde naar u idee?
12. Wat is het effect van het digitale planbord op de groep/cliënt?

Topic	Vraag nummer(s)	Beargumentering
Algemeen	1, 2	De functie van een begeleider is relevant om te zien welke taken zij op de groep hebben en hoe betrokken ze wel of niet zijn geweest in de opstart van het digitale planbord, dit zou van invloed kunnen zijn op de mening over het bord.
Digitaal planbord - theoretische deelvraag 1	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	Er wordt vanuit theorie verondersteld dat digitale hulpmiddelen een bijdrage leveren aan de zelfstandigheid van de cliënt. Deze 'zelfstandigheid' is een steeds belangrijkere factor binnen de zorg, en hier proberen zorginstellingen en de overheid zoveel mogelijk op te anticiperen. Belangrijk is daarom om te kijken of dit vanuit de praktijk wordt beaamt of dat hier andere meningen over zijn.
Werkwijze gehandicaptenzorg - theoretische deelvraag 2	3, 11	De Twentse Zorgcentra beschrijft haar werkwijze als betrouwbaar, correct en met respect voor iedereen. Dat betekent dat er geluisterd wordt naar wensen en ideeën, en dat er ruimte is om dat te ontwikkelen wat je wel kan. Het digitale planbord op de Welnaweg 90 is een pilot. Dit betekent dat het nieuw was binnen de organisatie. Heeft de organisatie voldaan aan haar beloofde werkwijze? En is het digitale planbord een aanvulling op de bestaande aangeboden hulpmiddelen?
Welzijn Nieuwe Stijl STERK methode Zelfmanagement Zelfredzaamheid	2,3,11 en 12	Door het gebruik van de STERK methode is de Welnaweg 90 groep onderhand zover dat zij hun eigen beslissingen mogen en kunnen maken. Een van deze beslissingen was het invoeren van een digitaal planbord. In samenwerking met Logopedie is besloten als pilot groep te onderzoeken op welke manier digitalisering toepasbaar is en de kwaliteit kan bevorderen of vergemakkelijken van de zorg die de Welnaweg 90 groep biedt. Door het gebruik van het digitale planbord is de Welnaweg 90 groep benieuwd naar de effecten van het digitale planbord, gericht op zelfredzaamheid voor de cliënt en eventuele verdere mogelijkheden wat betreft digitale hulpmiddelen.

Bijlage 3. Benadering cliënten Welnaweg 90



Enschede, 11 oktober 2016

Beste,

Binnen de Welnaweg 90 groep word sinds kort gebruik gemaakt van het digitale planbord. De effecten van dit digitale planbord zullen wij (Joy Alferink & Nanne Kalvenhaar) gaan onderzoeken in ons onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Welnaweg 90. Dit onderzoek voeren wij uit in het kader van ons laatste jaar bij de studie Sociaal Pedagogische Hulpverlening aan Saxion Enschede.

Tijdens dit onderzoek zullen wij ons specifiek richten op de effecten van bevordering van de zelfredzaamheid van de cliënt met behulp van het digitale planbord, en eventuele digitale aanvullingen hierop. Om deze doelstelling te kunnen behalen zal er een inventariserend onderzoek plaatsvinden binnen de Welnaweg 90 groep. Hierbij zullen de gebruikerservaringen worden getest. Dit zal gebeuren aan de hand van interviews en de cliënten worden hierbij betrokken. Vanzelfsprekend zal de besproken informatie anoniem worden verwerkt, en gaan wij vertrouwelijk om met de verkregen antwoorden.

Onze vraag aan u, als wettelijkvertegenwoordiger, is of u toestemming wilt geven voor het afnemen van een interview met uw cliënt?

Bij bezwaar graag 17 oktober 2016 aangeven tijdens de STERK bijeenkomst aan Vanessa Bennink, zij is onze opdrachtgeefster en begeleid het onderzoek.

Met vriendelijke groet,
Joy Alferink en Nanne Kalvenhaar

Bijlage 4. Werkwijze cliënten Welnaweg 90

Benodigheden:

- Voice recorder
- Evt. Koffie/thee/water
- Papier en pen
- In de woonkamer waar het digitale planbord hangt.
- Vragenlijst

Verloop interview:

- Welkom: Onszelf voorstellen, vragen of zij zich willen voorstellen.
- Interview: duur van het interview/de observatie is ongeveer 15 minuten, afhankelijk van de antwoorden en (door) vragen. We zullen de cliënten vragen het digitale pictogrammenbord te laten zien en vragen of zij hier iets over kunnen vertellen. Interview tijdens de participatie observatie aan de hand van vooraf opgestelde vragen, hiervan kan afgeweken worden.
- Afsluiting: Vragen of ze nog iets willen vertellen, bedanken en duidelijk maken dat het nu afgelopen is.

Deze interviews zullen dus meer gesprekken worden, in deze gesprekken zullen we proberen zoveel mogelijk van de vooraf opgestelde vragen beantwoord te krijgen, mocht dit niet lukken, is het belangrijkste dat wij aan het einde van het gesprek weten wat zij van het digitale pictogrammenbord vinden en of ze hier nu veel mee werken. Ook zullen we de cliënten observeren, dit zullen we doen omdat we het gedrag van de cliënten willen zien als ze gebruik maken van het digitale pictogrammenbord. Ook zal het waarschijnlijk zijn dat de cliënten hun gedrag anders zullen omschrijven als dat het is. Bij participerende observatie maak je als observator deel uit van de context waarbinnen het gedrag van mensen bestudeerd wordt. Op die manier kun je duidelijk maken welke betekenis mensen hebben voor hun omgeving en welk gedrag ze hierbinnen uitvoeren. Zo kan een nauwkeurig en gericht beeld van een bepaalde situatie verkregen worden (Scribbr, 2016) .

Rolverdeling:

- Voicerecorder: gereserveerd, Nanne haalt deze op.
- Drinken en ruimte: geregeld op de groep, daar doen wij de interviews.
- Vragenlijst: Uitgeprint door Nanne
- Papier en pen: Joy neemt dit mee
- Welkom: Gezamenlijk
- Interview: Tijdens de interviews met cliënten zal er gekeken worden naar de toegankelijkheid van de cliënt. De cliënten zijn bekend met Nanne en dat maakt het soms prettiger en gemakkelijker om contact te maken en een interview te kunnen afnemen.

(Observatie in je scriptie, 2016).

Interview vragen voor cliënten

1. Wat dacht je toen het digitale planbord voor het eerst zag?
2. Denk je er nu nog steeds hetzelfde over het digitale planbord?
3. Wat doe jij met het digitale planbord?
4. Gebruik jij het digitale planbord vaak, weinig of niet?
5. Wat vind jij leuk/handig aan het digitale planbord?
6. Wat vind jij niet leuk/onhandig aan het digitale planbord?
7. Wat zou jij nog meer met het digitale planbord willen doen?
8. Wat is er veranderd sinds jullie het digitale planbord op de groep gebruiken?

Topic	Vraag nummer(s)	Beargumentering
Gedachten	1, 2, 5, 6	Het digitale planbord is in eerste instantie aangeschaft om de cliënten te helpen, en de kwaliteit kan bevorderen van de zorg die geboden word. En wie kan hier nou beter antwoord op geven dan de cliënten zelf? Daarom vinden wij hun gedachten en gevoel over het digitale pictogrammenbord erg belangrijk en zullen wij hier veel naar vragen.
Digibord - theoretische deelvraag 1	3, 4, 7	Om te kijken of het digibord daadwerkelijk zo gebruiksvriendelijk is als er gezegd word, en of het ook echt invloed heeft, willen we weten hoe vaak cliënten het bord gebruiken en wat ze er precies mee doen. Begrijpen zij de 'digitale wereld'?
Werkwijze gehandicaptenzorg - theoretische deelvraag 2	3, 4, 7, 8	De Twentse Zorgcentra beschrijft haar werkwijze als betrouwbaar, correct en met respect voor iedereen. Dat betekent dat er geluisterd word naar wensen en ideeën, en dat er ruimte is om te ontwikkelen wat je wel kan. Om te kijken of deze ruimte daadwerkelijk gegeven wordt aan cliënten zullen wij vragen naar de verandering die cliënten wel of juist niet merken.

Bijlage 5. Benadering andere betrokkene

Enschede, november 2016



Beste,

Wij zijn Nanne en Joy en wij willen via deze mail graag jullie medewerking vragen voor ons onderzoek.

Dit onderzoek richt zich op het verzamelen van ervaringen en kennis van de betrokkenen betreft het digitale planbord die op de Welnaweg 90 groep in gebruik is. Om deze doelstelling te kunnen behalen zal er effecten onderzoek worden gedaan in opdracht van de Welnaweg 90. Deze evaluatie zal leiden tot een beeldvorming wat betreft de kennis en ervaringen van de groep, met het digitale planbord.

Wij zijn benieuwd hoe dit in verschillende lagen van de organisatie De Twentse Zorgcentra gezien wordt en willen jullie daarom uitnodigen om over dit onderwerp in gesprek te gaan in de vorm van een interview. Wij hopen dat jullie door middel van dit interview een bijdrage willen doen aan ons onderzoek voor de Welnaweg 90. Graag ontvangen we van jullie de mogelijke data en tijden voor afname van de interviews zo snel mogelijk.

Hopelijk hebben we jullie voldoende geïnformeerd. Bij vragen kunnen jullie altijd contact met ons opnemen. Dit kan via de mail: nannekalvenhaar@hotmail.com of via telefoon: 06-11937162.

Met vriendelijke groet,

Nanne Kalvenhaar en Joy Alferink

Bijlage 6. Werkwijze betrokkene

Benodigdheden:

- Voice recorder
- Koffie/thee/water
- Papier en pen
- Afgesloten, rustige ruimte
- Vragenlijst

Verloop interview:

- **Welkom:** bedanken voor het willen mee werken, onszelf voorstellen, doel van het interview en onderzoek duidelijk maken. Vertellen in welke vorm we gaan interviewen, dus wel aan de hand van vragen maar ook ruimte voor verdieping. Het interview wordt opgenomen, zo vergeten we geen dingen. Vragen om akkoord.
- **Interview:** duur van het interview is ongeveer 15 minuten, afhankelijk van de antwoorden en (door) vragen. Interview aan de hand van vooraf opgestelde vragen, hiervan kan afgeweken worden. Dit om het enigszins te structureren en de benodigde antwoorden te krijgen die nodig zijn voor het beantwoorden van de hoofdvraag.
- **Afsluiting:** ervaring van het interview delen, eventueel ruimte voor inbreng (vragen/opmerkingen). Het vervolg duidelijk maken en wederom bedanken voor de medewerking.

Het verloop van het interview kan er anders uit gaan zien, dit zal voornamelijk zo zijn tijdens de interviews met cliënten, zij zullen zich minder lang kunnen concentreren en ook over andere dingen willen praten. Deze interviews zullen dus meer gesprekken worden, in deze gesprekken zullen we proberen zoveel mogelijk van de vooraf opgestelde vragen beantwoord te krijgen, mocht dit niet lukken, is het belangrijkste dat wij aan het einde van het gesprek weten wat zij van het digitale pictogrammenbord vinden en of ze hier nu veel mee werken.

Rolverdeling:

- **Voicerecorder:** gereserveerd, Nanne haalt deze op.
- **Drinken en ruimte:** geregeld op de groep, daar doen wij de interviews.
- **Vragenlijst:** Uitgeprint door Nanne
- **Papier en pen:** Joy neemt dit mee
- **Welkom:** Gezamenlijk
- **Interview:** Joy of Nanne neemt het interview af, dit gebeurt bij de begeleiders willekeurig, de ander schrijft mee en zorgt ervoor dat de voice recorder werkt en houdt de tijd bij. Tijdens de interviews met cliënten zal er gekeken worden naar de toegankelijkheid van de cliënt. De cliënten zijn bekend met Nanne en dat maakt het soms prettiger en gemakkelijk om contact te maken en een interview te kunnen afnemen.

Interviews betrokkene

Algemeen

13. Wat is uw functie binnen de Twentse Zorgcentra Het Bouwhuis te Enschede?
14. Bent u bekend met het digitale planbord op de Welnaweg 90 groep?
15. Wat is uw visie vanuit uw vakgroep op digitale hulpmiddelen en het digitale planbord op de groep?
16. Wat was uw eerste indruk van het digitale planbord?
17. Is deze eerste indruk veranderd of hetzelfde gebleven, nadat de Welnaweg 90 het bord in gebruik nam?

Vakgroep ondersteuning

18. Heeft u of uw vakgroep een aandeel in het ontwerp en/of opstart van het digitale planbord op de Welnaweg 90 groep?
19. In hoeverre heeft u of uw vakgroep ondersteuning geboden of kunnen bieden bij het proces met betrekking op het digitale planbord?
20. In hoeverre biedt u of uw vakgroep ondersteuning met betrekking op digitale hulpmiddelen op de groepen?
21. In hoeverre houdt u of uw vakgroep zich bezig met digitale hulpmiddelen?
22. Hoe kijken jullie als vakgroep aan tegen deze digitale ontwikkeling binnen de TZC?
23. Past dit binnen de visie die u of de Twentse Zorgcentra heeft op het zorg verlenen?

STERK, cliënt medezeggenschap

24. In hoeverre bent u betrokken bij de STERK methode en de invloed daarvan op de groepen?
Communicatie? Laagdrempelig groep?
25. In hoeverre heeft de STERK methode naar u idee invloed gehad op deze ontwikkeling op de Welnaweg 90 groep?
26. Hoe kijkt u vanuit uw vakgroep naar de STERK methode en zijn uitwerking op de groepen?
27. Moet je als begeleidster alleen maar volgen in al het aanbod wat er is of zijn er grenzen? En wat zijn die dan?

Effecten digitale planbord

28. Hoe functioneert het digitale planbord binnen de Welnaweg 90 groep, na uw idee?
29. Wat zijn de positieve punten/voordelen van het digitale planbord?
30. Wat zijn de negatieve punten/nadelen van het digitale planbord?
31. Heeft het digitale planbord meerwaarde naar u idee?
32. Wat is het effect van de komst het digitale planbord naar u idee?

Bijlage 7. Model overeenkomst onderzoeksopdracht

Model overeenkomst onderzoeksopdracht



Academie Mens en Maatschappij

OVEREENKOMST ONDERZOEKSOPDRACHT

STUDENTGEGEVENS	
Naam	Joy Allenink Name Kalvenhaar
Adres	Stokvisweg 10 Zilverchaan 3
Postcode/woonplaats	8111 RS Heeten 7443 GV Nijverdal
Telefoonnummer	06 21431222 06 11937162
Mobiel	-
Email	355372@saxion.nl
Opleiding	SPH - Voltijd
(Indien meerdere deelnemende studenten, naam en adresgegevens toevoegen)	
GEGEVENS INSTELLING/ORGANISATIE	
Naam Organisatie + afdeling	De Twentse Zorgcentra, Welheweg 90
Eindverantwoordelijke onderzoek	Vanessa Bennink
Onderzoeksbegeleider + opleiding	Esther MOL SAXION
Adres	Welheweg 90
Postcode/woonplaats	7524 AK Enschede
Telefoonnummer	0884 30 40 00
Email	welheweg90@detwentsezorgcentra.nl
De organisatie geeft wel/niet* toestemming voor publicatie van het bachelorrapport.	
GEGEVENS ACADEMIE MENS EN MAATSCHAPPIJ	
Naam Organisatie + afdeling	Saxion, Academie Mens en Maatschappij
Eindverantwoordelijke onderzoek	Karin Kremer-Baars
Onderzoeksbegeleider + opleiding	Esther MOL / Pim Stegen
Adres	M.H. Tromplaan 28
Postcode/woonplaats	Postbus 70.000/7513 AB Enschede
Telefoonnummer	053-4871111
Email	
GEGEVENS ONDERZOEK	
Onderwerp en achtergrondschets	ervaring digitaal pictaboard
Doelstelling/vraagstelling	ter bevordering van zelfredzaamheid
Projectomschrijving	inventariserend onderzoek
Werkwijze	kwantitatief onderzoek
Middelen (bijv. financiën, overlegtijd)	overleg tijd

Tijdsfasering (start-, loop- eindtijd) Let op: dit mag maximaal zeven maanden in totaal beslaan.	Starte 1 september 2016 eind 16 januari 2017
Beoogde tussenproducten	-
Producten ter beschikking	Onderzoeksplan
Geheimhoudingsplicht (bijv. privacy)	-

OVERIGE AFSPRAKEN / CONDITIES:

Het onderzoeksplan is gelezen en geaccordeerd door de opdrachtgever.

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

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

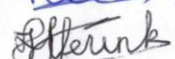
VOOR AKKOORD

- Handtekening Eindverantwoordelijke Opleiding

- Handtekening Eindverantwoordelijke Instelling

- Handtekening Student(en)

Nanne: 

Joy: 

Datum en Plaats

Evt. Bijlagen

Enschede

19-9-2016

Bijlage 8. Evaluatieformulier opdrachtgeefster



Academie Mens en Maatschappij

EVALUATIE ONDERZOEKSOPDRACHT	
STUDENTGEGEVENS	
Naam	Nanne Kalvenhaar en Joy Alferink
Onderwerp bacheloronderzoek	Evaluerend onderzoek naar de effecten van het digitale planbord ter ondersteuning van de dagelijkse activiteiten van en voor verstandelijk beperkten
Opleiding	Sociaal Pedagogisch Hulpverlener
GEGEVENS INSTELLING/ORGANISATIE	
Naam organisatie + afdeling	Twentse Zorgcentra, Welnaweg 90
Onderzoeksbegeleider	Vanessa Bennink
Adres	Welnaweg 90
Postcode/woonplaats	7524 AK Enschede
Telefoonnummer	08843040000
Email	Welnaweg90@detwentsezorgcentra.nl
Datum	24 januari

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

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

	Onvoldoende	Voldoende	Ruim voldoende	Goed
Inhoud (duidelijk, juiste weergave van feiten, voldoende diepgang etc.)			X	
Argumentatie (m.n. conclusies en aanbevelingen)			X	
Bereiken van de afgesproken doelen			X	
Bruikbaarheid voor de organisatie			X	

Heeft u aanvullende opmerkingen over de opdracht? (bijvoorbeeld welke nieuwe gezichtspunten heeft het opgeleverd) Vermeld ze dan hieronder:

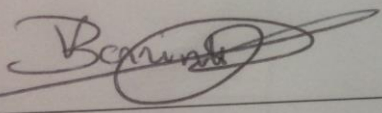
Inleiding en conclusie zijn voldoende op elkaar afgestemd. Hierdoor te gebruiken in het werkveld. Onderzoeksmethoden zijn goed beschreven.

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

	Onvoldoende	Voldoende	Ruim voldoende	Goed
Samenwerking tussen studenten (o.a. taakverdeling)				X
Samenwerking studenten vs. organisatie				X
Zelfstandigheid studenten				X
Effectiviteit van werken van studenten			X	
Omgaan met afspraken/planning			X	
Communicatie van studenten				X
Afronding van de opdracht door studenten				X

Heeft u aanvullende opmerkingen over de wijze waarop de opdracht tot stand is gekomen? (bijvoorbeeld individuele inbreng in geval van groepen / de mate, waarin de uitvoering binnen de organisatie heeft plaatsgevonden, etc).

Name en Joy hebben erg zelfstandig aan het onderzoek gewerkt. Het ging ze goed af om de verschillende lijnen te pakken binnen de organisatie.

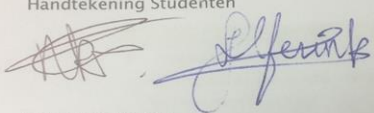


VOOR AKKOORD

Handtekening Eindverantwoordelijke Instelling



Handtekening Studenten



Datum en Plaats:

3 februari 2017
 Enschede

Bijlage 9. Presentatie uitkomsten onderzoek

Beoordelingsformulier T.AMM.31309 Presentatie uitkomsten onderzoek

Naam student		Nanne Kalvenhaar en Joy Alferink			
Studentnummer		353366 en 355372			
Datum		3-2-2017			
Beoordelaar		Vanessa Bennink			
Beoordelingsvoorwaarden		Feedback			
- De voorbereiding van de presentatie is besproken en gezien door de intervisiebegeleider (bewijs is per mail of op schrift aan te tonen door de student).					
Criteria	0	3	6	8	10
1. Student weet door zijn presentatievaardigheden een professionele presentatie neer te zetten waar de inhoud van het onderzoek inzichtelijk wordt gemaakt.	Student laat geen presentatievaardigheden zien waardoor de inhoud van het onderzoek niet inzichtelijk is gemaakt	Student laat geen presentatievaardigheden zien waardoor de inhoud van het onderzoek niet inzichtelijk is gemaakt	Student laat presentatievaardigheden zien waardoor de inhoud van het onderzoek inzichtelijk is gemaakt. De presentatie bevat een begin, midden en eindstuk.	Daarnaast zijn de presentatievaardigheden adequaat ingezet en toegespitst op de toehoorder	Daarnaast is het verhaal van de student door zijn presentatievaardigheden levendig en professioneel. De toehoorder wordt gedurende de hele presentatie geboeid en geactiveerd met betrekking tot de inhoud.
2. Bijdragen aan verspreiding van kennis (presenteren, publiceren) eigen maken	Student beheerst kennis rondom de thematiek van het onderzoek niet.	Student beheerst kennis rondom thematiek van het onderzoek, maar kritische, objectieve blik en helicopterview ontbreekt.	Student geeft er blijk van dat deze zich de kennis rondom de thematiek heeft eigen gemaakt.	Student geeft daarnaast een kritische blik op de kennis rondom het onderzoeksthema en de verspreiding daarvan.	Student heeft daarnaast een helicopterview ten aanzien van het onderwerp en gaat hierover met aanwezige toehoorders in gesprek/discussie.
3. Beroepsmatige trends analyseren en er op inspelen. Recente nationale en internationale ontwikkelingen vertalen naar consequenties voor het eigen handelen en voor de beroepsgroep.	Student maakt geen vertaalslag van de gevonden ontwikkeling en naar het onderzoek	Student bespreekt ontwikkelingen maar maakt onvoldoende vertaling naar het onderzoek	Student bespreekt ontwikkelingen en weet deze te vertalen als aanleiding voor het onderzoek	Student vertaalt daarnaast de ontwikkelingen in relatie tot beroepsmatig handelen	Student bespreekt en bediscussieert daarnaast met de toehoorder ontwikkelingen in relatie tot (internationale) maatschappelijke en beroepsmatige ontwikkelingen relevant voor het eigen onderzoek
4. Op professionele wijze onderzoeksrap	Student bespreekt methode van	Student licht methode van onderzoek onvoldoende	Student bespreekt methode van onderzoek.	Student beargumenteert daarnaast de keuzes die gemaakt zijn	De student laat zijn rol als onderzoeker aan de toehoorder zien en maakt daarbij kritische

portages verwoorden	onderzoek niet	toe en/of beargumenteert onvoldoende.		binnen het onderzoek ten aanzien van de methodologie.	noten ten aanzien van de methodologie en weet dit op waarde te schatten.
5. Andere professionals en buitenstaander s informeren over de eigen onderzoeksbevi ndingen.	Student bespreekt de eigen onderzoeksr esultaten niet of nauwelijks	Student geeft de resultaten uit het eigen onderzoek onduidelijk weer.	Student maakt de eigen onderzoeksresul taten op overzichtelijke wijze duidelijk aan de toehoorder.	Student interpreteert daarnaast de onderzoeksresultaten in het licht van het beroep en sluit aan bij de toehoorders.	Student bediscussieert met de toehoorder daarnaast de onderzoeksresultaten en legt verbanden tussen theorie en praktijk.
6. Een visie formuleren op de eigen bijdrage aan de versterking van het beroep. Vanuit de uitgangspunten van het beroep en de beroepscode een kritisch standpunt kunnen innemen tegenover ontwikkelingen in het beroep en in de samenleving.	Student geeft geen conclusie van het gedane onderzoek weer.	Student geeft nauwelijks conclusies en aanbevelingen weer en/of deze zijn niet navolgbaar uit de resultaten.	Student geeft conclusies en aanbevelingen weer en er wordt een basale koppeling gemaakt naar het beroep.	Student geeft daarnaast een duidelijk visie op de conclusies en aanbevelingen en bespreekt kritisch de consequenties voor de opdrachtgever.	De student beargumenteert zijn professionele visie ten aanzien van de conclusies en aanbevelingen, bediscussieert deze met de toehoorder. Ook neemt de student een standpunt in ten aanzien van de consequenties voor het beroep en de samenleving.
Totaal aantal behaalde punten (max. 6 x 10 = 60)	50				
Cijfer	8,3				
Feedback op totaalproduct					
Dikke vette 8, goed gedaan!					