



Face-to-face....online!

Kwalitatief onderzoek naar de intentie van behandelaren om beeldbellen in te zetten in de psychiatrische zorg voor mensen met een autisme spectrum stoornis

Master Health Care & Social Work, Saxion Enschede
Hengelo, 10 Juli 2015

1e beoordelaar: drs. D.M. Faber

2e beoordelaar: S. Ben Allouch, PhD

C. A. M. Smit-Oude Nijhuis (352860)



Face-to-face....online!

Kwalitatief onderzoek naar de intentie van behandelaren om beeldbellen in te zetten in de psychiatrische zorg voor mensen met een autisme spectrum stoornis

Opdrachtgever:

Centrum Ontwikkeling Stoornissen, Dimence te Deventer in samenwerking met het Lectoraat Technology, Health & Care, Saxion te Enschede

Onderzoeker:

C. A. M. Smit-Oude Nijhuis, e-mail c.a.m.smit@saxion.nl

Voorwoord

Dit onderzoek is tot stand gekomen op verzoek van het Centrum Ontwikkeling Stoornissen van Dimence te Deventer in samenwerking met het Lectoraat Technology, Health & Care van Saxion te Enschede. De beoogde doelgroep om onderzoek uit te voeren zijn cliënten met een Autisme Spectrum Stoornis (ASS) die intramuraal behandeld worden en hun directe behandelaren van de autismekliniek Lorna Wing van Dimence. Een verfijnd onderzoeksdoel is geformuleerd ten aanzien van de mogelijkheden die directe behandelaren zien om het middel beeldbellen in te gaan zetten in de behandelrelatie met hun cliënten met ASS.

In het kader van de masteropleiding Health Care & Social Work van Saxion te Enschede heb ik, met veel genoegen, uitvoering kunnen geven aan bovenstaand verzoek en is deze master thesis geschreven. Ondersteuning en hulp van anderen is hiervoor onontbeerlijk geweest en hiervoor wil ik graag mijn dank uitspreken.

Als eerste wil ik Renze van den Noort en de behandelaren van Lorna Wing heel hartelijk bedanken voor de kostbare tijd die zij hebben vrijgemaakt om dit onderzoek te kunnen realiseren en hierin te participeren! Bram Sizoo, Hendrikje Bloemert, Mirjam Brinkman en Diana Westerkamp wil ik bedanken omdat zij, namens Dimence, geholpen hebben om de condities en voorwaarden van dit onderzoek te realiseren.

Vanuit de opleiding Health Care & Social Work is de directe ondersteuning en begeleiding van Dorothé Faber, Somaya Ben Allouch en Richard Evering zeer belangrijk voor mij geweest waar ik mijn dank voor wil uitspreken. In het bijzonder wil ik Ines Schell-Kiehl bedanken voor haar persoonlijke support ten tijde van het realiseren van het onderzoeksplan.

Ten slotte wil ik mijn dank, vanuit het hart, uitspreken aan mijn dochters Anne en Loes en mijn man Hans. Zij hebben alle persoonlijke en praktische steun geboden die ik nodig had ten tijde van de uitvoering van dit onderzoek!

Karin Smit-Oude Nijhuis

Samenvatting

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de intentie van directe behandelaars om het middel beeldbellen als nieuw communicatiemiddel in te zetten voor-, tijdens- en na opname van cliënten met een Autisme Spectrum Stoornis (ASS) in een psychiatrische kliniek.

Een explorerend kwalitatief onderzoek is uitgevoerd, middels tien semigestructureerde interviews, om diepgaand inzicht te krijgen welke mogelijkheden en dilemma's behandelaars ervaren om beeldbellen in te gaan zetten. Aan de hand van zes thema's is een topiclijst samengesteld om zodoende de intentie tot gebruik te meten. Deze thema's zijn de verwachte inspanning, verwachte bruikbaarheid, ervaren barrières, sociale invloed, ondersteuning/gereedheid van de organisatie en faciliterende condities. Deze thema's zijn gebaseerd op het Technology Acceptance Model (TAM), de Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT) en aanvullende studies die specifiek van toepassing zijn op gezondheidszorgmedewerkers en hun intentie tot het inzetten van technologie.

Uit de resultaten blijkt dat de intentie van behandelaars om beeldbellen in te zetten is gebaseerd op het gegeven dat zij in hoge mate nut en bruikbaarheid van beeldbellen verwachten maar dat de organisatie onvoldoende gereed is om dit op korte termijn te realiseren. Behandelaars achten beeldbellen nuttig voor de cliënt met ASS omdat dit minder belastend is dan een live face-to-face gesprek en beeldbellen de zelfbepaling en onafhankelijkheid bevordert. Beeldbellen is voor behandelaars praktisch bruikbaar om de cliënt met ASS gericht voor te bereiden op de opname, succesvoller te coachen bij verloop en te begeleiden in de overgangsfase naar andere zorgverleners. Deze opvatting van behandelaars wordt zeer sterk bepaald door de mening en waarde die beeldbellen heeft voor de cliënt met ASS.

Implementatie van beeldbellen wordt aanbevolen gezien de hoge mate van nut en bruikbaarheid. Om implementatie tot een succes te maken moet de organisatie gericht investeren in een adequate digitale infrastructuur, zorgen voor voldoende borging van digitale privacybescherming, scholing en startvoorwaarden. Een gerichte scholing en introductie is noodzakelijk om het verwachte nut van beeldbellen niet verloren te laten gaan voordat behandelaars en cliënten de verschillende mogelijkheden hebben kunnen ontdekken. Zeer belangrijk is dat het gebruik van beeldbellen enkel wordt ingezet in afstemming tussen behandelaar en cliënt. Economisch of financieel motief om beeldbellen in te zetten mogen niet de eerste aanleiding zijn.

Abstract

The purpose of this study is to gain understanding in the intention of mental health care practitioners applying videoconferencing as a new way of communication before, during and after the hospitalization of clients with an Autism Spectrum Disorder (ASD) in a psychiatric clinic.

An exploratory qualitative study was carried out by means of ten semi-structured interviews to gain in-depth understanding of the opportunities and dilemmas practitioners experience regarding to the implementation of videoconferencing. Based upon six themes a topic list is compiled to measure the intention of using videoconferencing as a tool. These themes are the amount of effort needed for implementation, expected usefulness, perceived barriers, social influence, support/readiness of the organization and facilitating conditions. These themes are based on the Technology Acceptance Model (TAM), the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT) and additional studies that specifically apply to healthcare professionals and their intention to deploy technology.

Results have shown high intention among practitioners with regard to usefulness and usability of videoconferencing despite that, their organization is not ready for implementation in the short term. Practitioners consider videoconferencing useful for clients with ASD due to the fact that it is less stressful than a face-to-face consult and videoconferencing promotes client empowerment and independences. Videoconferencing can be used by practitioners to help clients with ASD prepare more appropriate before their hospitalization, to coach clients more successful during their temporary leave and during the process of the transition to other health care providers. The views of practitioners are strongly influenced by the opinion of the client about videoconferencing and the estimated value of using it in their own situation.

Implementation of videoconferencing is recommended given the high degree of usefulness and usability. For a successful implementation the organization has to invest in a proper digital environment, has to assure that digital privacy conditions are met, training facilities are available and preconditions. A specific training and introduction for practitioners about the applicability of videoconferencing is essential in order to make sure that certain applications of videoconferencing will not remain undetected among practitioners and clients. It is very important that using videoconferencing is a 'shared-decision' between practitioners and clients. Economical or financial reasons for deploying videoconferencing should not be the main reason for applying this in the initial

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting.....	3
Abstract	4
1. Inleiding	6
2. Methodologie en ethiek	10
2.1 Design en onderzoeksmethode	10
2.2 Dataverzameling	10
2.3 Onderzoekspopulatie	12
2.4 Onderzoeksprocedure.....	12
2.5 Data-Analyse.....	13
2.6 Methodologische kwaliteit en ethische verantwoording.....	14
3. Resultaten	16
4. Conclusie & Discussie	26
5. Implicaties organisatie	31
Literatuurlijst.....	34
Bijlage	38
Bijlage 1 Informatiebrief aan populatie	38
Bijlage 2 Informed consent.....	41
Bijlage 3 Interviewgide	42
Bijlage 4 Aanvullende resultaten.....	47
Bijlage 5 Toestemmingsverklaring.....	50
Bijlage 6 Codeerschema	51

1. Inleiding

Het gebruik van digitale communicatiemiddelen binnen de geestelijke gezondheidszorg, waaronder beeldbellen, is in de laatste twee decennia wereldwijd snel toegenomen. Beeldbellen betekent telefoneren via een beeldscherm middels een computer, tablet of smartphone (Algemeen Nederlands Woordenboek, 2015). Er zijn groeiende aanwijzingen dat het aanbieden van online hulpdiensten zowel klinisch werkzaam als kosteneffectief is (Sucala et al., 2012). Het bezit een enorm potentieel ten aanzien van het leveren van psychiatrische diensten op afstand (Malhorta, Chakrabarti & Shah, 2013). Het gebruik en inzet van technologische kennis voor de ontwikkeling en verfijning van online en face-to-face therapeutische interventies blijkt uit onderzoek bij te kunnen dragen aan het optimaliseren van de zorg (Bauer & Moessner, 2012; Boydell et al., 2014). Onderzoek naar effectiviteit van technologische interventies binnen de geestelijke gezondheidszorg en de uitdagingen hierbinnen kent een hoge prioriteit (Mohr, Burns, Schueller, Clarke & Klinkman, 2010). Nader onderzoek dat gericht is op specifieke populaties met specifieke psychiatrische stoornissen blijkt, na een review van vier jaar, nodig te zijn omtrent het gebruik van digitale communicatiemiddelen (Richardson, Frueh, Grubach, Egede & Elhai, 2009). Uit onderzoek blijkt dat de culturele verandering bij behandelaren binnen de geestelijke gezondheidszorg een wezenlijke uitdaging vormt bij implementatie van digitale communicatiemiddelen en de visie van behandelaren hieromtrent bepalend is voor het potentiële nut en de mogelijkheid van implementatie (De Weger, Macinnes, Enser, Francis & Jones, 2013).

De specifieke cliëntengroep waar dit onderzoek zich op richt, volwassenen met een Autisme Spectrum Stoornis (ASS), wordt onder andere gekenmerkt door een beperking in de sociale interactie en communicatie (Hofvander et al., 2009). Verschillende theorieën en studies hebben aangetoond dat zowel kinderen als volwassenen met ASS informatie uit hun omgeving anders waarnemen en interpreteren ten opzichte van mensen zonder ASS (Hellendoorn, 2014). Voor mensen met ASS blijken digitale communicatiemiddelen in belangrijke mate faciliterend te kunnen zijn in de sociale interactie (Wentz, Nydén & Krevers, 2012; Aresti-Bartolome & Garcia-Zapirain, 2014) omdat zij meestal een sterke interesse tonen voor Informatie en Communicatie Technologieën (ICT) (Serret et al., 2014). Digitale communicatiemiddelen zijn belangrijke ondersteunende instrumenten voor mensen met ASS maar dit middel kan bij overmatig computergebruik verslaving creëren en tot verdere sociale isolatie leiden (Aresti-Bartolome & Garcia-Zapirain, 2014).

Ten aanzien van de behandelcontext geldt dat, wanneer cliënten met ASS moeten worden opgenomen in een psychiatrische kliniek of deze verlaten, dit een verandering van leefomgeving betekent. Kenmerkend voor mensen met ASS is een sterke weerstand tegen veranderingen, ook ogenschijnlijke kleine veranderingen, zodat voorspelbaarheid en structuur van wezenlijk belang is (Teunisse, 2009). Daarnaast blijkt het voor cliënten met ASS moeilijk te zijn om aangeleerd gedrag te generaliseren in een overgangssituatie van leefomgeving (Southall & Gast, 2011).

Uit onderzoek blijkt dat de rol, de bereidheid en visie die behandelaren hebben omtrent digitale communicatiemiddelen van wezenlijk belang is wanneer implementatie wordt overwogen. Uit de E-Health-monitor 2014 van het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Gezondheidszorg blijkt dat 41% van de verpleegkundigen en verzorgenden belemmeringen ervaart bij de inzet van ICT in het werk en 52% meer betrokken wil worden bij nieuwe ICT-toepassingen (Krijgsman et al., 2014). Er is sprake van bezorgdheid bij behandelaren omtrent de kwaliteit van de therapeutische relatie, de veiligheid van online communicatiemiddelen en de technische (on)mogelijkheden (De Weger et al., 2013). Het Nederlandse Panel Verpleging & Verzorging geeft aan dat bij de introductie van nieuwe technologieën binnen de zorg regelmatig iets mis gaat: de techniek hapert of de technologie sluit niet aan bij de dagelijkse praktijk (Veer & Francke, 2009). 'Minimaal 80% van de panelleden Verpleging en Verzorging vindt dat nieuwe technologieën ethisch verantwoord moeten zijn en dat het niet ten koste mag gaan van het persoonlijke contact met de cliënt' (Veer & Francke, 2009, p. 66).

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de intentie van directe behandelaren om het middel beeldbellen als nieuw te gebruiken communicatiemiddel in te zetten voor, tijdens en na opname van cliënten met ASS binnen een psychiatrische kliniek. Dit onderzoek richt zich op de intentie van gedrag en bereidheid van behandelaren om deze technologie in te gaan zetten. Dit aan de hand van verschillende theoretische modellen naar gebruikersacceptatie van technologie.

In de jaren tachtig van de twintigste eeuw is het Technology Acceptance Model (TAM) ontwikkeld door Davis, Bagozzi en Warshaw en wordt wereldwijd beschouwd als een belangrijke theoretische grondslag om de intentie van werknemers tot gebruik van technologie, werkzaam binnen verschillende organisaties, te meten (Holden & Karsh, 2010). TAM omvat de constructen: verwachte bruikbaarheid, verwacht gebruikersgemak en de invloed hiervan op de houding en intentie van gedrag om technologie in te zetten (Davis, Bagozzi & Warshaw, 1989). In 2003 is de Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT) ontwikkeld als theorie, gebaseerd

op de Theory of Reasoned Action (TRA), Theory of Planned Behavior (TPB) en Technology Acceptance Model (TAM) (Venkatesh, Morris, Davis, & Davis, 2003). UTAUT omvat vier constructen die van invloed zijn op de intentie van werknemers, generiek gezien binnen verschillende beroepscontexten, om technologie in te zetten. Deze constructen zijn de verwachting ten opzichte van de technologische prestatie, de verwachte inspanning die geleverd moet worden, de sociale invloed en faciliterende condities.

Uit onderzoek blijkt dat gezondheidszorgmedewerkers verschillen van werknemers in andere sectoren en wordt aangetoond dat ervaren barrières van invloed zijn op de intentie van behandelaren om technologie in te zetten. Deze barrières betreffen specifieke organisatie-kwesties, tijd-gerelateerde zaken, persoonlijke kwesties en systeem-specifieke karakteristieken (Yarbrough & Smith, 2007). Ten aanzien van persoonskenmerken van behandelaren blijkt dat optimisme en een innovatieve houding significant gerelateerd zijn aan TAM en dat persoonskenmerken als wantrouwend zijn ten opzichte van technologie of het ongemakkelijk voelen met technologie niet significant gerelateerd zijn aan de dimensies van TAM (Godoe & Johansen, 2012).

De mate waarin een organisatie gereed is en haar werknemers ondersteunt bij het gebruik van technologie is van invloed op de intentie van werknemers om technologie te gaan gebruiken (Esen & Özbağ, 2014). Bij gezondheidszorgmedewerkers is deze waarneembare ondersteuning en gereedheid van de organisatorische context, qua voorwaardelijk condities, een duidelijke positieve voorspeller op de ervaren bruikbaarheid van digitale technologie (Yarbrough & Smith, 2007).

Qua sociale invloed kenmerkt de intentie van behandelaren in de gezondheidszorg, om digitale communicatietechnologie te gebruiken, zich door professionele opvattingen (Gagnon et al, 2003). De mening van collega's en patiënten, het gevoel van onderlinge professionele verantwoordelijkheid ten aanzien van patiënten, is een sterke beïnvloedende sociale factor op het besluit om met digitale communicatietechnologie te gaan werken (Gagnon et al, 2003). Uit ander onderzoek blijkt dat behandelaren in de gezondheidszorg relatief onafhankelijk zijn in hun intentie om digitale communicatiemiddelen in te zetten en dat de ervaren bruikbaarheid en nut van digitale communicatiemiddelen een belangrijke beïnvloedende factor is (Chau & Hu, 2002). De verwachte bruikbaarheid van digitale communicatiemiddelen wordt beschouwd als de belangrijkste determinant voor de intentie van gebruik door behandelaren in de gezondheidszorg (Yi, Jackson, Park & Probst, 2006).

Dit leidt tot de centrale vraag van dit onderzoek namelijk, welke intenties hebben directe behandelaren om beeldbellen in te gaan zetten in de behandeling van cliënten met ASS binnen een psychiatrische kliniek? Hierbij zal specifiek gekeken worden welke mogelijkheden en dilemma's behandelaren voor ogen hebben om het middel beeldbellen in te kunnen gaan zetten en wat zij nodig hebben om deze technologie te implementeren in hun werkzaamheden

Dit praktijkonderzoek is een eerste verkenning naar de mogelijkheden van ambulantisering door behandelaren van cliënten met (ernstige) psychische aandoeningen in de intramurale zorg (Hoof, Knispel, Erp, Overweg, Place & Vught, 2013). De betekenis van deze vorm van ambulantisering is dat intramurale behandelaren cliënten op afstand gaan begeleiden namelijk voor en na opname. De reden van deze verkenning is om te bezien of een meer vloeiende lijn tussen bestaande ambulante hulp en klinische opname van cliënten met ASS de overgang van leefsituatie kan verlichten en wellicht de opnametijd kan verkorten. Digitale communicatiemiddelen, waaronder beeldbellen, zouden daarin faciliterend kunnen zijn.

2. Methodologie en ethiek

2.1 Design en onderzoeksmethode

Een inductieve onderzoeksstrategie sluit aan bij de gestelde onderzoeksvraag omdat het doel van dit onderzoek is diepgaand inzicht te krijgen in opvattingen en gevoelens van directe behandelaren omtrent de intentie tot het inzetten van het middel beeldbellen in de behandelcontext met de doelgroep ASS. Een explorerend kwalitatief onderzoek is zodoende uitgevoerd omdat weinig bekend is over deze opvattingen en gevoelens van behandelaren en welke thema's hierbinnen van belang zijn (Dassen, Keuning, Jansen & Jansen, 2013).

Dataverzameling in dit onderzoek heeft plaats gevonden op één moment in de tijd onder meerdere participanten en is zodoende qua design, cross-sectional van opzet (Bryman, 2012). Middels semigestructureerde interviews (Bryman, 2012) is aan de hand van een topic-lijst inzicht verworven bij directe behandelaren omtrent hun intenties om het middel beeldbellen in te zetten in de behandeling van cliënten met ASS.

2.2 Dataverzameling

De topiclijst (tabel 1) voor de semigestructureerde interviews is samengesteld op basis van verschillende theorieën en studies om zodoende inzicht te krijgen in de intentie van behandelaren, werkzaam met cliënten met ASS, in een psychiatrische kliniek omtrent het inzetten van beeldbellen. De dimensies uit TAM (Davis et al., 1989) en UTAUT (Venkatesch et al, 2003) namelijk de verwachte bruikbaarheid, verwachte inspanning, sociale invloed en faciliterende condities zijn gebruikt als topics voor de interviewguide. Ten aanzien van de dimensie 'sociale invloed' is de vraagstelling in de interviewguide verbonden aan het specifieke karakter van behandelaren in de geestelijke gezondheidszorg, namelijk de mening van cliënten en professionals (Gagnon et al., 2003). Binnen de topic 'Verwachte bruikbaarheid', als belangrijkste determinant (Yi et al., 2005; Chau & Hu, 2002), is in de vraagstelling, naast het perspectief van de behandelaar ook ingezoomd op wat de behandelaar denkt dat het perspectief van de cliënt is op beeldbellen.

Voor de context specifieke beleving en opvatting van behandelaren in de geestelijke gezondheidszorg zijn twee aparte topics opgenomen. Dit zijn de topics ervaren barrières (Yarbrough & Smith, 2007) en gereedheid en ondersteuning vanuit de organisatie waarbinnen behandelaren werken (Esen & Özbağ, 2014; Yarbrough & Smith, 2007).

Tabel 1
Topiclijst

Topic	Inzicht verkrijgen in:
Verwachte inspanning (Venkatesch et al, 2003)	Verwachte persoonlijke inspanning van behandelaar en cliënt met ASS
Verwachte nut en bruikbaarheid (Venkatesch et al, 2003; Davis et al., 1989; Yi et al., 2005; Chau & Hu, 2002)	Nut en bruikbaarheid voor behandelaar Nut en bruikbaarheid t.b.v. cliënt met ASS
Barrières (Yarbrough & Smith, 2007)	Organisatorische bezwaren en of dilemma's Tijd-gerelateerde bezwaren en of dilemma's Systeem-specifieke bezwaren en of dilemma's in relatie cliënt ASS Persoonlijke bezwaren en of dilemma's
Sociale invloed (Venkatesch et al, 2003; Gagnon et al., 2003)	Mening collega's, team Mening cliënt ASS
Ondersteuning en gereedheid organisatie (Esen & Özbağ, 2014; Yarbrough & Smith, 2007)	Ervaren stimulans vanuit organisatie Mening gereedheid van organisatie Verwachting ondersteuning vanuit organisatie
Faciliterende condities (Venkatesch et al, 2003)	Benodigde middelen/ gebruiksomstandigheden Trainingsbehoefte/kennisdeling

De interviewgide met daarin zes topics is in bijlage 3 opgenomen. De interviewgide kent per topic een hoofdvraag om zodoende op een open wijze de beleving en mening van participanten tot uitdrukking te laten komen. Controlerende of verdiepende vragen zijn beschreven en gebruikt wanneer zaken onderbelicht bleven gedurende het interview. Elke topic is afgerond met een schaalvraag van één tot tien, waarbij de participant werd verzocht een getal toe te kennen aan zijn of haar opvatting of beleving ten aanzien van het betreffende topic, en dit toe te lichten. De eerste reden hiervoor is dat dit de participant de gelegenheid bood te reflecteren op gedachten en uitspraken tijdens het interview en deze aan te scherpen, aan te vullen of samen te vatten. De tweede reden is dat participanten zijn geïnterviewd, zonder of met een enkele ervaring met beeldbellen met cliënten, en zij hun opvatting rondom beeldbellen, onder andere, tijdens het interview konden vormen.

Het interview is ingeleid met een introductievraag rondom gebruikservaring en mening over digitale communicatiemiddelen in het algemeen. Persoonkenmerken als innovatieve houding en

optimisme of wantrouwen en ongemakkelijk voelen met technologie zijn zodoende geïnventariseerd (Godoe & Johansen, 2012).

Twee schaalvragen vormden de afronding van het interview. De eerste schaalvraag was in welke mate de participant mogelijkheden ziet om beeldbellen in te gaan zetten binnen de werkzaamheden. De tweede schaalvraag omvatte de vraag in welke mate de participant de intentie heeft om beeldbellen binnen drie maanden in te gaan zetten.

2.3 Onderzoekspopulatie

Behandelend psychiatrisch verpleegkundigen, verpleegkundig persoonlijk begeleiders, GZ-psychologen en therapeuten vormden, als directe behandelaren van cliënten met ASS in een psychiatrische kliniek, de populatie die bestaat uit tweeëndertig personen. De kliniek kent drie afdelingen namelijk een woonafdeling voor permanent verblijf, een orthopedagogische woonafdeling (OPW) met een verblijfsduur van anderhalf tot drie jaar en een crisisafdeling High Care/Medium Care (HC/MC), met een verblijfsduur van drie tot negen maanden.

Inclusiecriteria zijn:

- Directe behandelaren van cliënten met ASS van de OPW en HC/MC. De klinische behandeling van cliënten op beide afdelingen is van tijdelijke aard waarbij ambulante werkzaamheden tot de intentie behoren en beeldbellen hierbij een middel kan vormen.

Exclusiecriteria:

- Directe behandelaren van cliënten met ASS van de woonafdeling. Het behandeldoel van de cliënten op deze afdeling is niet gericht op beëindiging van opname zodat er geen rol of taak richting ambulante werkzaamheden zal zijn.
- Directe behandelaren die geïnterviewd zijn ten tijde van de pilot ten behoeve van het onderzoeksplan.

2.4 Onderzoeksprocedure

De populatie is twee weken voordat het onderzoek startte schriftelijk geïnformeerd over het doel en de betekenis voor de participant van dit onderzoek, waaronder het gegeven dat het interview wordt opgenomen middels een voice-recorder (Informatiebrief, bijlage 1). Gegevens over de bereikbaarheid van de populatie en de wijze waarop deze benaderd zijn heeft plaats gevonden

conform bestaande regelgeving omtrent het uitvoeren van niet-patiëntgebonden onderzoek binnen de kliniek. Dit betekende dat de manager van de kliniek de informatiebrief heeft verspreid onder de populatie, met een aanbeveling en stimulans van zijn kant om in dit onderzoek te participeren. Participanten hebben zich rechtstreeks, via de mail, aangemeld bij de onderzoeker. Voor dit onderzoek hebben zich, na vier herhaalde oproepen, tien participanten gemeld met wie in de periode maart–april 2015 semigestructureerde interviews hebben plaatsgevonden. Aan de interviews hebben acht vrouwen en twee mannen deelgenomen. Qua functie was onder hen sprake van variatie zodat psychiatrisch verpleegkundigen, senior psychiatrisch verpleegkundigen, senior persoonlijk begeleiders, gz-psychologen en therapeuten hebben geparticipeerd in dit onderzoek

Voorafgaand aan het interview is, gezien de beperkte bekendheid van beeldbellen bij participanten, een korte algemene film getoond wat beeldbellen inhoudt (Breveldius Care Communities, 2012). Daarnaast is het onderzoek toegelicht waarbij de participant de gelegenheid kreeg om vragen te stellen. De toestemmingsverklaring (Informed consent, bijlage 2) is besproken en ondertekend. Relevante achtergrondgegevens van participanten zijn ingewonnen op de thema's: man/vrouw, leeftijd, functie en afdeling, werkervaring met doelgroep volwassen cliënten met ASS, ambulante werkervaring en ervaring met het middel beeldbellen met deze doelgroep.

2.5 Data-Analyse

De verkregen data zijn achteraf gefaseerd geanalyseerd volgens het model kwalitatieve analyse van Baarda (Baarda et al., 2013). Interviews zijn vooraf getranscribeerd en meerdere transcripten zijn in het geheel doorgenomen, als voorbereiding op de analyse.

Middels open codering, als eerste analysestap in de exploratiefase, zijn tekstfragmenten uit de ruwe data, gericht gecodeerd (Baarda et al., 2013). Dit betekende dat vanuit de onderzoeksvraag en het sensitizing concept de formulering van codes is opgemaakt, beschouwd vanuit het perspectief van de participanten. Nadat zich geen nieuwe codes meer voordeden in de transcripten is overgegaan naar de tweede fase, de specificatie fase. Middels axiaal codering is ordening en groepering tussen codes aangebracht en zodoende zijn categorieën gevormd waarbij is gezocht naar achterliggende dimensies en verbanden. Gedurende dit proces is door de onderzoeker middels constante vergelijking gezocht naar overeenkomsten en verschillen tussen codes. Naar een conceptueel kader is toegewerkt door op een abstracter niveau, verbonden aan

de theoretische invalshoek van dit onderzoek, de categorieën te beschouwen en verfijnder te coderen. Dit proces is vastgelegd in een codeerschema en opgenomen in bijlage 6. De reductiefase is gevormd doordat vanuit het conceptueel kader gezocht is naar samenhang en patronen van categorieën die gekoppeld zijn aan de doelstelling van dit onderzoek om tot een beschrijving te komen van de onderzoeksgroep (Baarda et al., 2013).

Een collega-onderzoeker heeft in de exploratiefase een deel van de ruwe data, open gecodeerd, waarna overeenkomsten en verschillen met de codering van de onderzoeker zijn vergeleken. Verkregen feedback is verwerkt in de daarop volgende analysefase.

Er is sprake van verzadiging of saturatie wanneer de opvattingen van participanten qua context en diversiteit in brede zin is verworven (Hennink, Hutter & Bailey, 2011). Qua variatie in functie, afdeling en leeftijd is binnen dit onderzoek, bij de werving van participanten, gestreefd naar diversiteit en een redelijke verhouding tussen de grootte van de populatie en het aantal participanten, respectievelijk tweeëndertig en tien. Saturatie is binnen dit onderzoek bereikt doordat aan het eind van de exploratiefase geen nieuwe codes zijn gevonden in het laatste transcript als variatie op een eerder geformuleerde code (Baarda, 2013).

2.6 Methodologische kwaliteit en ethische verantwoording

Credibility (Bryman, 2012) van dit onderzoek is gebaseerd op het gegeven dat voor het onderzoeksinstrument gebruik is gemaakt van theoretische dimensies uit enerzijds kwantitatieve meetinstrumenten als TAM (Davis et al., 1989) en UTAUT (Venkatesch, 2003) en anderzijds uit aanvullende studies die specifieke aspecten aantonen, geldend voor werknemers in de gezondheidszorg (Gagnon et al., 2003; Yi et al., 2005; Chau & Hu, 2002; Yarbrough & Smith, 2007; Esen & Özbağ, 2014). Daarnaast is de vraagstelling in de topiclijst die is voortgekomen uit het onderzoeksinstrument geformuleerd op basis van specifieke studies rondom cliënten met ASS (Hofvander et al., 2009; Hellendoorn, 2014; Wentz et al., 2012; Aresti-Bartolome & Garcia-Zapirain, 2014; Teunisse, 2009; Southall & Gast, 2011; Serret et al., 2014).

Om de intersubjectiviteit vast te stellen is een deel van de getranscribeerde interviews door een collega-onderzoeker geanalyseerd, volgens de systematiek zoals beschreven in de data-analyse, hetgeen bijdraagt aan de dependability (Bryman, 2012) van dit onderzoek. De betrouwbaarheid van het meetinstrument is gebaseerd op het gegeven dat ten tijde van de ontwerpfase van dit

onderzoek 'proef-interviews' zijn afgenomen, waarna aanscherping van de interviewgide heeft plaatsgevonden.

Respondent validation (Bryman, 2012) heeft plaatsgevonden doordat de concept-resultaten zijn voorgelegd aan een verpleegkundig specialist i.o. die verbonden is aan de kliniek waar dit onderzoek is uitgevoerd. Op basis van good-practice blijkt dat de resultaten van dit onderzoek verwachtingen en vermoedens bevestigen. Transferability (Bryman, 2012) is bewerkstelligd door rijke diepgaande verslaglegging van de context en opvattingen van participanten te verwerken in de resultaten van dit onderzoek

Ethische verantwoording van dit onderzoek is getoetst op de vrijwilligheid van de participant en de borging van anonimiteit voor de participant (Baarda, 2013). Bijlage 1 en 2 geven de wijze van informatieverstrekking, borging van anonimiteit en vrijwillige deelname weer. Daarnaast is voor aanvang van elk interview nogmaals informatie verstrekt omtrent het doel van dit onderzoek en werd de participant in de gelegenheid gesteld vragen te stellen.

De onderzoeker zal alleen met toestemming van de opdrachtgever gegevens aan derden verstrekken en verklaart dat dit onderzoek eerlijk en objectief is uitgevoerd. Er is of was geen sprake van een arbeidsrechtelijke verhouding tussen de onderzoeker en de kliniek waar dit praktijkonderzoek is uitgevoerd, wat de onafhankelijkheid van dit onderzoek bevordert.

De kliniek waarbinnen de populatie werkzaam is heeft een Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO) en zij heeft de aanvraag van dit onderzoek inhoudelijk, procedureel en ethisch beoordeeld en een positief advies uitgebracht aan de Raad van Bestuur. De Raad van bestuur heeft toestemming verleend aan de onderzoeker voor de uitvoering van dit onderzoek (zie bijlage 5).

3. Resultaten

De belangrijkste resultaten uit de data-analyse, die leiden tot de beantwoording van de onderzoeksvraag, zijn aan de hand van de zes topics uit het onderzoeksinstrument in dit hoofdstuk beschreven. In bijlage 4 zijn de kwantitatieve resultaten van de gestelde schaalvragen, die enkel als doel dienen om de kwalitatieve data te ondersteunen, per topic opgenomen. Ten slotte zijn de resultaten van de twee afrondende interviewvragen beschreven, die de samenvattende opvattingen weergeven rondom houding en intentie van gedrag van behandelaren omtrent beeldbellen, en zodoende een brug vormen naar de conclusie en discussie van dit onderzoek. Een overzicht van achtergrondgegevens van tien participanten die aan dit onderzoek hebben deelgenomen is in tabel 2 opgenomen.

Tabel 2

Overzicht achtergrondgegevens behandelaren. Aantal participanten (N=10), Leeftijd, Geslacht, Werkervaringsjaren doelgroep ASS, Afdeling en Ervaring beeldbellen met doelgroep ASS

Gegevens	N	M
Participanten	10	
Gemiddelde leeftijd		40,7
Geslacht		
Vrouw	8	
Man	2	
Werkervaringsjaren doelgroep ASS		8
Afdeling		
HC/MC	5	
OPW	4	
Beide afdelingen	1	
Ervaring beeldbellen met doelgroep ASS		
Geen ervaring	7	
Éénmalige ervaring	3	

Topic 1 Verwachte inspanning voor behandelaar en cliënt

Het overgrote deel van de behandelaren verwacht dat het hen weinig inspanning zal gaan kosten om technisch gezien te kunnen beeldbellen: *“ik kom daar wel uit” (P4)*. Behandelaren die persoonlijk geen of weinig affiniteit voelen met digitale middelen, verwachten evenmin dat zij een forse inspanning moeten gaan leveren: *“het zit meer in mijn allergie dan dat het mij aanspreekt ..maar volgens mij hoef ik niet heel veel te doen om dat te kunnen” (P3)*.

Volgens behandelaren vormen hun cliënten met ASS een leerbare doelgroep, gezien de hoge intelligentie en de mate van interesse voor computers, en is de verwachting dat zij beeldbellen

technische gezien eenvoudig leren: *“onze doelgroep is normaal tot hoog begaafd en werken veel met computers nee daar verwacht ik weinig problemen mee” (P6)*. Naast de intellectuele capaciteiten en interesse voor ICT bij cliënten met ASS, dient specifiek voor de doelgroep rekening te worden gehouden met emotionele factoren die van invloed zijn op de inspanning van een cliënt om te kunnen beeldbellen: *‘dat er een groot verschil zit tussen wat iemand letterlijk kan ... dus zijn vaardigheden ...met wat hij AAN KAN ...en dat is meer het emotionele niveau’ (P10)*.

Topic 2 Nut en bruikbaarheid van beeldbellen

Qua nut en bruikbaarheid van beeldbellen zijn zeven onderscheidende aspecten uit de analyse naar voren gekomen zodat de belangrijkste resultaten onder deze topic als zodanig worden weergegeven. Aanvullende resultaten zijn opgenomen in bijlage 4.

Aspect 1: Voor de cliënt met ASS is een gesprek middels beeldbellen minder belastend dan live-contact

“Communiceren met andere mensen...wat ze [cliënten met ASS] allemaal moeten doen voordat ze ergens komen...dat ze dan al uitgeput zijn voor het gesprek begonnen is” (P7). Beeldbellen biedt de cliënt de mogelijkheid om omgevingsprikkels eenvoudiger uit te sluiten, prikkels die in een live-gesprek afleidend zijn voor een cliënt met ASS: *“je kan allerlei randvoorwaarden uitschakelen zoals achtergrondruis en geluiden” (P4)*, *“alles wat jij als persoon met je meebrengt zijn al heel veel prikkels dit kan al de geur van je lichaam zijn” (P9)*. Dit betekent dat middels beeldbellen de focus op het gesprek voor de cliënt met ASS eenvoudiger te realiseren is: *“Als je in je eigen veilige omgeving van je appartement zit...er minder prikkels zijn en minder afleiding is, is de focus op het gesprek denk ik veel beter” (P6)*.

Aspect 2: Beeldbellen bevordert de zelfbepaling en onafhankelijkheid van de cliënt met ASS

“Ik denk dat beeldbellen een veilige manier is van communiceren voor ze ... dat maakt misschien dat cliënten makkelijk communiceren” (P1). Gezien de sociale beperking van de cliënt met ASS is de verwachting, onder behandelaren, dat door beeldbellen onzekerheidsgevoelens in de sociale interactie afnemen en dit de onafhankelijkheid bevordert: *“dat ze niet zo afhankelijk zijn van anderen...nou dat ze zich denk ik zekerder zullen voelen....sterker....dat ze ook wat kunnen en dingen zelf kunnen regelen” (P7)*.

Behandelaren geven aan dat de cliënt met ASS behoefte heeft aan frequenter, korter en meer functionele communicatie met behandelaren en dat beeldbellen een middel is dat hierop aansluit: *“Gesprekken die heel kort en functioneel doorgevoerd worden en die achteraf zeer prettig door de cliënt worden ervaren ...dus to the point en ... beeldbellen is denk ik daarin ook een heel mooi instrument” (P6), “omdat ze een vrij korte spanningsboog hebben ...ze hebben een trage informatie verwerking... dus als je alles af laat hangen van één gesprek...want daar gaat het allemaal gebeuren ... ik denk dat veel mensen het dan prettig zullen vinden ...zodat ze dus frequenter en vaker de ander zien met beeldbellen ” (P10).*

Aspect 3: Beeldbellen nuttig als specifiek hulpmiddel bij de beperking van ASS

Beeldbelapplicaties zijn voorhanden waarbij de mogelijkheid bestaat om een gesprek op te nemen en te bewaren. Deze opslagmogelijkheid is volgens behandelaren voor een cliënt met ASS nuttig om onduidelijkheden in een eerder gevoerd gesprek te helpen verduidelijken: *“ik denk dat dat wel een punt is wat we zouden kunnen waarderen...omdat mensen met autisme vaak een trage informatie verwerking hebben en dus ook van gesprekken vaak iets niet horen... nu nemen ze ons mee naar een gesprek....zodat ze als ze niet meer goed weten wat diegene bedoelde...zijn wij degene waarbij ze het kunnen checken zeg maar” (P1).*

Aspect 4: Nuttig middel ter voorbereiding op de opname

Beeldbellen wordt als nuttig middel gezien om de opname van cliënten met ASS, vooraf, gerichter voor te bereiden om zodoende de overgang tussen de verblijfsituatie te verlichten: *“dingen zijn minder onbekend...het stressniveau daalt en dat de cliënt beter is voorbereid op een opname” (P8).* Door voortijdige kennismaking middels beeldbellen wordt de behandelrelatie doelgericht opgestart: *“ook voor het opstarten vast van een behandelrelatie...daarvan weet ik dat het succesvol was.....en die patiënt konden we ook wat vragen stellen en we konden doelen doornemen met elkaar, voor mij is dat een hele positieve ervaring geweest” (P2).*

Aspect 5: Nuttig middel bij verlof

Meerdere behandelaren zien een meerwaarde in beeldbellen om tijdens verlof, in vergelijking tot telefonisch contact, cliënten succesvoller te coachen omdat de non-verbale communicatie zichtbaar is en ASS-specifieke begeleiding kan worden geboden bij de vertraagde informatieverwerking: *“nuttig tijdens weekend verlof.....in crisismomenten.. cliënten kunnen compenseren in thuissituatie...als je persoon in de ogen kan kijken ...dan heb je meer kansen op succesvolle gesprekken ..en dan denk ik dat ik iemand op een efficiënte manier help” (P8),*

“wederom die verwerkingstijd..... dan kan ik zien of iemand over mijn vraag nadenkt en over zijn antwoord of gaat iemand bijvoorbeeld blokkeren door wat ik heb gezegd en dat kun je alleen maar zien” (P6).

Daarnaast biedt beeldbellen de mogelijkheid een cliënt met ASS gedetailleerder te coachen bij ondersteuningsvragen doordat de omgeving waarin de cliënt verkeert zichtbaar kan worden gemaakt *“bij onze doelgroep is het heel belangrijk dat je dingen gedetailleerd vertelt ..en in stapjes...ik denk dat als ze mij een keuken of kamer laat zien via beeldbellen weet ik veel beter wat ik in detail of in stapjes met haar gestructureerd zou kunnen bespreken” (P9).*

Aspect 6: Bruikbaar middel in de overgangsfase van cliënt naar andere zorgverleners

Beeldbellen wordt door meerdere behandelaren bruikbaar geacht om de overgangsfase van de cliënt naar andere zorgverlening, in communicatie en afstemming, op een juiste wijze te faseren en als extra aanbod te realiseren: *“ik denk dat beeldbellen sowieso een heel handig middel is om de overgang te begeleiden ... dus de fysieke afstand te overbruggendus ik denk dat het vooral een bruikbaar middel is in overgangssituaties” (P10), “misschien ook voor het na-traject ...we kunnen het haalbaar maken als je straks weer in Alkmaar woont .. we dankzij beeldbellen contact kunnen houden... dan is dat echt iets extra's” (P2).*

Aspect 7: Discrepantie nut en bruikbaarheid van beeldbellen bij fysieke nabijheid

“Hier binnen de kliniek zou je het ook kunnen gebruiken maar dan zit je zo dicht bij elkaar...ik zou niet weten wat de meerwaarde daarvan zou kunnen zijn” (P5). Bij meerdere behandelaren is sprake van onduidelijkheid omtrent het nut van beeldbellen bij fysieke nabijheid: *“tijdens de opname is het voor mij allemaal nog een beetje vaag, ik heb wat dat betreft geen ervaring” (P8).* Enkele behandelaren geven aan dat zij beeldbellen nuttig achten in de afbouwfase wanneer er sprake is van fysieke nabijheid: *“meerwaarde zal het hebben als iemand wat meer gestabiliseerd is om....het directe contact misschien te vervangen met beeldbellen.... omdat je dan werkt aan de afbouw van nabijheid...dus je leert ze wat meer de zelfstandigheid vorm geven” (P10).* Naast de afbouwfase wordt beeldbellen nuttig geacht om een crisissituatie beter in te schatten wanneer de cliënt op kleine afstand is, bijvoorbeeld bij werkactiviteiten op het terrein van de kliniek: *“ik denk op het moment als ik iemand kan zien...boven water kan krijgen van hoe ernstig de situatie is....is het noodzakelijk dat je per direct daar weg moet of is het juist handig om daar nu te rusten” (P6).*

Topic 3 Barrières

Uit de analyse blijkt dat een drietal onderscheidende aspecten naar voren komen zodat de resultaten onder deze topic per aspect worden weergegeven.

Aspect 1: Organisatorische barrières

Verschillende behandelaren geven aan dat de organisatie qua systeembeveiliging dusdanige restricties heeft omtrent digitale privacybescherming zodat zij niet op een eenvoudige wijze, bijvoorbeeld met Skype of Face-time, kunnen beeldbellen: *“ik kom niet bij de instellingen omdat het geblokkeerd is” (P4)*. Behandelaars zijn bezorgd of beeldbellen wel mogelijk is waarbij de digitale privacybescherming geborgd is: *“ik geen mogelijkheden zie om daarvoor een software veilige omgeving te creërendaar zie ik wat problemen” (P2)*.

Behandelaren ervaren aanzienlijke problemen met de beschikbare digitale middelen als een laptop of computer en een geschikte ruimte om te kunnen beeldbellen: *“computers gaan hier steeds uit” (P7)*, *“op onze vaste computer is helemaal geen geluid dus dat is al lastig” (P3)*.

Er is bezorgdheid bij behandelaren omtrent beschikbare financiële middelen: *“de financiële dilemma’s helaas” (P7)* en dat op basis van financiële redenen de keuze voor beeldbellen wordt gemaakt die niet het belang van de behandeling en de cliënt dient: *“maar misschien is een andere manier van hulp wel veel beteren uiteindelijk veel effectiever en beter voor deze cliënt ... maar dan is beeldbellen effe wat goedkoper” (P10)*.

Uit de analyse blijkt dat behandelaren tijd-gerelateerde barrières ervaren omdat de kliniek waarbinnen zij werken relatief nieuw is en dat implementatie van beeldbellen werkdruk verhogend is: *“weer iets nieuws...dat is de laatste tijd wel heel veel omdat we een nieuwe kliniek zijn.....dat je soms ook denkt ik kan het niet meer bijbenen moet ik dat ook nog” (P4)*.

Aspect 2: Systeem-specifieke barrières van beeldbellen in relatie tot cliënt ASS

Behandelaren zien het risico dat beeldbellen voor de cliënt met ASS leidt tot het creëren van een sociaal isolement bij de cliënt: *“barrière...ja dan zit het wel vooral in of je die patiënt uiteindelijk niet tekort doet om hem in zijn veilige omgeving te laten zijn...en daarmee het risico loopt dat die er niet meer uit gaat komen” (P3)*. Behandelaars zijn bezorgd dat het sociale leermoment, waarin zij investeren in de behandeling, beperkt wordt door beeldbellen: *“elk gesprek met een cliënt met autisme is ook een leermoment...door beeldbellen wordt het als het ware weggegnomen.....dus aan de ene kant bespaar je ze stress...maar ontnem je ze dus ook*

leermomenten” (P8). Daarnaast zien behandelaren het risico dat beeldbellen niet het juiste behandel aanbod is voor cliënten met ASS en bijkomende problematiek: ‘we hebben ook hele complexe beperkingen ... meerdere diagnoses en met depressies erbij ... suïcidale gedachtes ...met verslaving ...en er zijn zorg-mijders.... dan kun je beeldbellen totdat je erbij neervalt dan praat je iemand niet uit zijn bed met beeldbellen” (P6).

Aspect 3: Persoonlijke barrières

Uit de analyse komt naar voren dat alle behandelaren de persoonlijke barrière ervaren wanneer beeldbellen teveel een vervanger wordt van live-contact, zowel ten aanzien van contact met cliënten als collega's: *“het mag absoluut geen vervanging zijn “ (P3) . Volgens behandelaren zijn intermenselijke ontmoetingen, gezien vanuit de persoonlijke en professionele opvatting, cruciaal in het werk: “ik denk dat je sommige dingen echt ook face to face moet doen.... en je niet alles via technologie moet gaan doen” (P1) , “aan de ene kant ben ik traditioneel dus ik denk face-to-face contact is het beste wat er kan zijn” (P8).*

Topic 4 Sociale invloed collega's en cliënten

Voor alle behandelaren is de mening van de cliënt, of zij beeldbellen als nuttige en prettige communicatiewijze ervaren, allesbepalend: *“ik vind dat wel heel belangrijk wat zij ervan vinden... en dat is wel leidend in mijn keus om er wel of niet mee te gaan werken” (P9).* Behandelaren met een persoonlijke voorkeur voor live-contact met de cliënt, stellen deze voorkeur ondergeschikt aan het belang van de zorgverlening aan de cliënt met ASS: *“als cliënten het graag willen dan ga ik gewoon.... heel veel invloed...dit gaat over de behoefte van cliënten...dus ik heb gewoon daarin te kijken wat goed is en in mee te kunnen denken met hun” (P7).* Qua sociale invloed geven behandelaren tevens de wederkerigheid van beïnvloeding aan, namelijk die van behandelaar richting cliënt: *“uiteindelijk is het wel zo.... hoe enthousiaster jij bent hoe enthousiaster de ander ook vaak is...daarin ben je zelf zeg maar ...een middel” (P3).*

Voor meer dan de helft van de behandelaren blijkt de invloed van de opvatting van collega's omtrent beeldbellen sterk te zijn: *“zeer sterk ...met name omdat ik mensen om me heen nodig heb die enthousiast daarvoor zijn en willen beeldbellen” (P2).* Sommige behandelaren willen niet beïnvloed worden door collega's: *“ik laat me niet graag beïnvloeden door mensen die niet willen uitproberen” (P6).* Een enkele behandelaar geeft aan dat de mening van collega's van ondergeschikt belang is: *“bij mij is er een heel groot onderscheid... wat collega's vinden dat telt voor mij helemaal bijna niet” (P5).*

De helft van de behandelaren denkt dat het eigen team positief staat tegenover beeldbellen; *“Ik denk dat de meesten in het team waar ik nu zit er wel er voor open staan...ik denk dat mensen het wel willen uitproberen en wel willen zien of het werkt” (P1)*. Drie behandelaren denken dat er sprake is van een mix in het team: *“ik denk dat dat heel wisselend is ... je ziet ook verschil met mensen die al heel lang hier werken” (P6)*.

Twee behandelaren geven aan dat zij niet weten hoe het team denkt over beeldbellen omdat het onderwerp weinig besproken is: *“geen idee...daar hebben we het nog helemaal niet over gehad ...of het leeft niet” (P7)*.

Uit de analyse blijkt, qua teamopvatting, sprake te zijn van een verschil tussen HC/MC en OPW. Behandelaren van HC/MC denken dat het team positief staat tegenover beeldbellen en één behandelaar verwacht dat er sprake is van een mix. Behandelaren van OPW geven aan dat zij verwachten dat er sprake is van een mix of niet weten hoe het team staat tegenover beeldbellen.

Topic 5 Ondersteuning en gereedheid van de organisatie

Behandelaren ervaren een sterke stimulans van de organisatie om beeldbellen in te zetten: *“het hangt echt in het gebouw ...dus de organisatie is daarin stimulerend” (P2)*. De stimulans van de teamleider om beeldbellen in te gaan zetten wordt als belangrijk en prettig ervaren door alle behandelaren van de HC/MC: *“ik heb sowieso al een hele enthousiaste teamleider die heel erg op digitalisering zit... dus dat is altijd wel heel prettig” (P4)*. Behandelaren van OPW benoemen dit aspect niet in de interviews.

Qua gereedheid van de organisatie, om beeldbellen te implementeren, geven behandelaren aan dat dit niet het juiste moment is: *“kijk je naar het plaatje compleet...ik denk niet dat het nu het juiste moment is” (P8)*. Daarnaast zijn de benodigde middelen en voorbereidende handelingen niet gereed: *“wat ik tot nu toe ervaar is dat als er wat nieuws is met stoom en kokend water ingevoerd moet worden..... ik ervaar heel vaak dat dingen moeten maar de helft nog niet aanwezig is” (P7)*.

Vanuit de organisatie hebben behandelaren ondersteuning nodig om doeleinden en kaders van beeldbellen in de werkrelatie met cliënten te borgen: *“ik vind wel dat het helder omljnd moet zijn voor wat voor doeleinden je dat gaat gebruiken dat je regels moet maken met elkaar” (P5)*. Daarnaast is organisatorisch commitment, als betrokkenheid en toewijding, nodig om beeldbellen in te zetten: *“het moet ook gedeeld zijn niet zo van bovenaf...maar breed-gedragen” (P4)*. Behandelaren achten het belangrijk dat er een direct aanspreekpunt rondom beeldbellen

ingesteld wordt die naast ICT inzicht kennis heeft van cliënten met ASS en bestaande werkprocessen: *“nou ja als je maar weet waar je terecht kan voor vragen ... dat je ergens een aanspreekpunt hebt” (P1), “een aandacht-functionaris zou een optie zijn” (P4).*

Topic 6 Faciliterende condities

Uit de analyse blijkt dat een viertal onderscheidende aspecten naar voren komen zodat de resultaten onder deze topic per aspect worden weergegeven.

Aspect 1: Benodigde apparatuur en gebruiksomstandigheden

Behandelaren hebben extra laptops/tablets nodig door toename van het gebruik van deze middelen door beeldbellen: *“er is ook meer vraag naar zo’n apparaat natuurlijk” (P1).*

Behandelaren hebben, in verband de prikkelgevoeligheid van cliënten met ASS, een rustige ruimte nodig waar zij kunnen beeldbellen: *“geluiddichte ruimtes zouden dat moeten zijn” (P7).*

Aspect 2: Digitale privacybescherming bij beeldbellen

De borging van digitale privacy bescherming rondom beeldbellen vinden behandelaren essentieel: *“dat gegevens van patiënten en gesprekken niet afgeluisterd of ingezien kunnen worden ...of gehackt kunnen worden door anderen” (P9).* Een geschikte applicatie voor beeldbellen die deze bescherming biedt, *“en gebruiksvriendelijk is” (P3),* vinden behandelaren noodzakelijk: *“laptops of lpads en alle software moet daar op aangepast zijn” (P9).* Een belangrijke voorwaarde vanuit het oogpunt van de cliënt is dat beeldbellen, en de benodigde veilige applicatie, geen kosten met zich mag brengen: *“als ze zelf alles zouden moeten faciliteren.... ik denk dat dat een probleem wordt” (P8).* De digitale privacy moet specifiek geborgd worden wanneer er gekozen wordt voor een beeldbelapplicatie waarbij gesprekken kunnen worden opgeslagen: *“daar moet wel goed over gesproken worden ... met opslaan kan er een filmpje van worden gemaakt en op You Tube gezet” (P2).*

Aspect 3: Startvoorzieningen

Meerdere behandelaren geven aan dat een juiste voorbereiding van het gebruik van beeldbellen noodzakelijk is. De start van beeldbellen dient voor de cliënt met ASS goed voorbereid te worden in verband met de behoefte aan voorspelbaarheid en duidelijkheid: *“als je wat start met deze doelgroep dat het ook goed moet lopen....anders ben je ze kwijt....ik denk wel dat je echt die voorspelbaarheid en duidelijkheid moet geven” (P4).* Voor behandelaren zelf is het belangrijk dat

beeldbellen als nieuw communicatiemiddel op een vooraf besproken en onderbouwde wijze ingezet wordt: *“dat het goed en onderbouwd en gedegen wordt gedaan in het begin”* (P7).

Aspect 4: Scholing en kennisdeling

Scholing en deskundigheidsbevordering omtrent beeldbellen is voor behandelaren zeer belangrijk waarbij de focus enerzijds ligt op het vergaren van kennis en anderzijds op het delen van bestaande kennis, ervaring en enthousiasme: *“deskundigheidsbevordering krijgen in het beeldbellen....ik denk dat het onderling ervaring delen belangrijk is”* (P9), *“mensen die enthousiast zijn over beeldbellen...daar positieve ervaring mee opdoen en dit terugkoppelt”* (P2).

De kennisbehoefte is om meer inzicht te krijgen in het nut van beeldbellen ten behoeve van de cliënt met ASS, in het bijzonder wanneer cliënt en behandelaar op een kleine fysieke afstand van elkaar zijn: *“ik denk dat heel veel mensen moeten zien hoe het werkt en uitleg moeten krijgen over waar kan je het voor gebruiken ...misschien bedenken we sommige dingen wel niet waarvoor het wel heel handig is”* (P1), *“nou ja...hoe werkt zo'n programma maar ook hoe kun je het inzetten..... op welk moment dan en waaren wat zijn de valkuilen.... waar moet je op letten met elkaar..... eigenlijk precies waar dit interview over gaat”* (P3). Wat betreft kennisdeling is het belangrijk om beeldbellen als extra tool inzichtelijk te maken onder alle behandelaren: *“beeldbellen is eigenlijk weer extra gereedschap ...dat hadden we vroeger niet en nu wel... dus we hebben er eigenlijk nog een extra spijker bij gekregen”* (P10).

Afrondende resultaten

Na afloop van het interview is het overgrote deel van de behandelaren van mening dat beeldbellen veel mogelijkheden biedt: *“het sluit denk ik heel goed aan bij de doelgroep....en hoe ze in werkelijkheid leven en denken”* (P4). Enkele behandelaren vermoeden dat beeldbellen veel kan betekenen: *“het is zo dat ik zelf best wel veel mogelijkheden zie..... maar het hangt heel erg af van de motivatie en het gebruiksgemak wat de cliënten daar mee ervaren”* (P5). Twee behandelaren vinden beeldbellen nuttig, mede door de aandacht die aan het onderwerp besteed is door het interview: *“kijkweet je dat het nu in mijn hoofd een beetje gaat leven....ach dan zijn er mogelijk wel mogelijkheden voor”* (P7).

De meerderheid van de behandelaren geeft aan niet binnen drie maanden te gaan beeldbellen met cliënten omdat zij verwachten dat de benodigde organisatorische voorbereidingen en scholing niet gereed is: *“de werkwijze van beeldbellen ..hoe doe je dat... hoe leer je dat ja dat is er allemaal niet”* (P6). Desondanks zijn binnen deze groep enkele behandelaren die

beeldbellen met cliënten willen proberen in de komende maanden: *“ik wil het eigenlijk wel gaan proberen en ik wil gewoon zien hoe het voor haar is om beeld te bellen.....of dat voor haar ook meerwaarde heeft” (P9)*. Enkele behandelaren willen binnen drie maanden wel gaan beeldbellen indien de faciliteiten geregeld zijn: *“ik zou het zeker doen maar dat is afhankelijk van..... als het [facilitering] er allemaal is” (P4)*.

De resultaten van dit onderzoek schetsen het duidelijke beeld dat behandelaren in brede zin veel toepassingsmogelijkheden ervaren om beeldbellen in te gaan zetten in de behandeling met de cliënt met ASS maar dat barrières overwonnen moeten worden en faciliteiten geregeld worden.

4. Conclusie & Discussie

De intentie van behandelaren om beeldbellen in te gaan zetten, in de behandeling van cliënten met ASS binnen een psychiatrische kliniek, is gebaseerd op het gegeven dat zij in hoge mate nut en bruikbaarheid van beeldbellen verwachten. Doordat behandelaren van mening zijn dat de organisatie onvoldoende gereed is achten zij beeldbellen op korte termijn nauwelijks mogelijk. De beperkte gereedheid van de organisatie omvat de gebieden beschikbare faciliteiten, digitale privacybescherming, gerichte scholing en startvoorwaarden om te kunnen gaan beeldbellen. Daarnaast blijkt dat de mening van behandelaren, omtrent nut en bruikbaarheid van beeldbellen, zeer sterk beïnvloed wordt door de opvatting van de cliënt met ASS omtrent beeldbellen en de waarde die dit voor hen heeft.

Behandelaren die aan dit onderzoek hebben meegewerkt zijn in hoge mate deskundig op het gebied van de beperkingen in de sociale en communicatieve interactie bij cliënten met ASS, gezien het aantal werkervaringsjaren die zij hebben met deze doelgroep (tabel 2). Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat behandelaren beeldbellen nuttig achten voor de cliënt met ASS omdat een gesprek middels beeldbellen minder belastend is voor hen dan een live face-to-face gesprek, beeldbellen de zelfbepaling en onafhankelijkheid van de cliënt bevordert en een specifiek hulpmiddel is gezien de vertraagde informatieverwerking bij een cliënt met ASS. De studies van Wentz et al., Serret et al. en Aresti-Bartolome en Garcia-Zapirain tonen aan dat digitale communicatiemiddelen faciliterend kunnen zijn voor cliënten met ASS, gezien de beperking in de sociale interactie en de interesse in ICT, en onderbouwen zodoende de opvattingen van behandelaren in dit onderzoek (Wentz et al., 2012; Serret et al., 2014; Aresti-Bartolome & Garcia-Zapirain, 2014).

Beeldbellen is voor behandelaren zeer bruikbaar in de uitoefening van hun werk om de cliënt doelgerichter voor te kunnen bereiden op de opname, voortijdig de behandelrelatie te kunnen opstarten en de cliënt eenvoudig kennis te laten maken met de nieuwe leefomgeving. Dit betekent dat door behandelaren de voorspelbaarheid voor de cliënt met ASS expliciet vergroot wordt, hetgeen direct aansluit bij de studie van Teunisse, waarin het wezenlijke belang wordt aangetoond van het creëren van voorspelbaarheid bij verandering van leefomgeving (Teunisse, 2009). Beeldbellen biedt de mogelijkheid om cliënten succesvoller te coachen bij verloop doordat op ASS-specifieke non-verbale aspecten, als het zien van verwerkingstijd, beter geanticipeerd kan worden en de omgeving van de cliënt gezien kan worden zodat behandelaren de cliënt gedetailleerder kunnen begeleiden. Het belang van deze gedetailleerde begeleiding wordt

bevestigd door de studie van Southall en Gast waarin is aangetoond dat het voor cliënten met ASS moeilijk is om aangeleerd gedrag te generaliseren in een andere leefomgeving (Southall & Gast, 2011). Op deze studie sluit tevens aan dat behandelaren beeldbellen als nuttig middel ervaren om cliënten met ASS gerichter en frequenter te begeleiden in de overgangsfase naar andere zorgverleners. Geconcludeerd wordt dat beeldbellen een zeer nuttig en bruikbaar middel is voor behandelaren om cliënten met ASS voor-, tijdens- en na opname in een psychiatrische kliniek gericht te ondersteunen omdat dit middel goed aansluit bij de beperking van cliënten met ASS (Southall & Gast, 2011; Teunisse, 2009; Wentz et al., 2012; Serret et al., 2014; Aresti-Bartolome & Garcia-Zapirain, 2014; Hofvander et al., 2009; Hellendoorn, 2014). De betekenis hiervan is dat het voor de organisatie zeer relevant is om beeldbellen, als nieuw te gebruiken communicatiemiddel, te implementeren.

Meerdere behandelaren vinden het onduidelijk wat het nut van beeldbellen kan zijn wanneer er sprake is van een letterlijke fysieke nabijheid tot de cliënt, in dit geval wanneer behandelaar en cliënt aanwezig zijn in de kliniek. Een opvallend resultaat dat in tegenstelling staat tot de twee aspecten onder topic twee in hoofdstuk drie namelijk, dat voor cliënten met ASS beeldbellen minder belastend is dan een live face-to-face gesprek en het de onafhankelijkheid en zelfbepaling van de cliënt bevordert. Deze twee aspecten zijn eveneens uitermate belangrijk wanneer de fysieke afstand tot de cliënt klein is. De reden van dit tegenstrijdige element kan binnen dit onderzoek op een drietal onderwerpen verklaard worden. De eerste reden, zoals uit de resultaten blijkt, is een tekort aan (gedeelde) kennis en scholing bij alle behandelaren omtrent verschillende toepassingsmogelijkheden van beeldbellen. De tweede verklaring is gewoontevorming omdat de gebruikelijke communicatiewijze tussen behandelaar en cliënt voornamelijk via live-contact plaatsvindt. De derde reden is het onderliggende gevoel en de ervaren barrière bij behandelaren dat beeldbellen kan leiden tot het vergroten van het sociaal isolement bij de cliënt met ASS. Een dilemma dat voorzichtigheid bij hen teweeg brengt om beeldbellen in brede zin, dus ook zondermeer bij fysieke nabijheid, in te zetten. Dit zorgpunt van behandelaren is wezenlijk en realistisch zoals blijkt uit de studie van Aresti-Bartolome en Garcia-Zapirain waarin bevestigd wordt dat digitale communicatiemiddelen tot verdere sociale isolatie kan leiden bij de doelgroep met ASS (Aresti-Bartolome & Garcia-Zapirain, 2014). De betekenis hiervan is dat de mate waarin beeldbellen een live-gesprek tussen cliënt met ASS en behandelaar kan en mag vervangen, voortdurend kritisch beschouwd moet blijven worden. Het is zodoende noodzakelijk dat scholing wordt vormgegeven waarbij dit onderwerp een onderdeel vormt en expliciet inzichtelijk moet worden bij alle behandelaren. Vervolgonderzoek is nodig om

bovenstaande verklaringen te toetsen hetgeen betekent dat de redenen die voortvloeien uit dit onderzoek vooralsnog ter discussie staan.

Geconcludeerd wordt dat binnen dit onderzoek de verwachte bruikbaarheid een zeer belangrijke determinant is die van invloed is op de intentie van behandelaren om beeldbellen in te gaan zetten. Dit correspondeert gedeeltelijk met TAM en UTAUT waarin verwachte bruikbaarheid als één van de beïnvloedende factoren wordt beschouwd (Davis et al., 1989; Venkatesch et al., 2003). De resultaten uit dit onderzoek bevestigen dat voor werknemers in de gezondheidszorg de verwachte bruikbaarheid van digitale communicatiemiddelen de belangrijkste determinant is zoals is aangetoond in de studies van Yi et al. en Chau en Hu (Yi et al., 2006; Chau & Hu, 2002).

De sociale beïnvloeding door de cliënt met ASS, gezien de waarde voor en opvatting van hen omtrent beeldbellen, is zeer sterk aanwezig en allesbepalend in de keuze van behandelaren om beeldbellen in te gaan zetten. De opvatting van collega's rondom beeldbellen beïnvloedt weliswaar de behandelaar maar in duidelijk mindere mate dan de opvatting van cliënten. Deze resultaten komen direct overeen met de studie van Gagnon namelijk dat professionele opvattingen, van cliënten en collega's in de gezondheidszorg, een sterk beïnvloedende sociale factor is op het besluit om met digitale communicatietechnologie te willen gaan werken (Gagnon et al., 2003). Persoonlijke (negatieve) opvattingen rondom digitale communicatiemiddelen is voor behandelaren ondergeschikt aan het belang van adequate zorgverlening voor de cliënt. Dit bevestigt eerdere bevindingen in het onderzoek van Godoe waarin is aangetoond dat ongemakkelijk voelen met technologie niet significant is gerelateerd aan de houding en intentie om technologie te gaan gebruiken (Godoe et al. 2012). Geconcludeerd wordt dat professionele meningen en waarden hoog in het vaandel staan bij behandelaren wat van directe betekenis is voor de organisatie op het gebied van deskundigheidsbevordering. Kwalitatief hoogwaardige scholing is nodig zodat het inzicht omtrent nut en bruikbaarheid van beeldbellen ten behoeve van de doelgroep met ASS expliciet helder wordt voor alle behandelaren. Daarnaast is het relevant dat de organisatie behandelaren regelmatig de gelegenheid biedt om onderlinge kennis en ervaringen te delen. Nader onderzoek, onder de bestaande cliëntengroep met ASS omtrent nut en bruikbaarheid van beeldbellen, is aan te bevelen en dient als input gegenereerd te worden om het inzicht bij behandelaren omtrent nut en bruikbaarheid van beeldbellen te versterken. Aanvullend onderzoek is tevens wenselijk omdat binnen dit onderzoek uitsluitend indirect, via behandelaren, nut en bruikbaarheid van beeldbellen voor de doelgroep ASS is onderzocht.

Een onverwacht resultaat is dat qua teamopvatting blijkt dat er een onderscheid is tussen de twee afdelingen waarbij alleen de behandelaren van HC/MC aangeven dat zij verwachten dat het team positief staat tegenover het gebruik van beeldbellen en zij een stimulans ervaren van de teamleider om beeldbellen in te zetten. Behandelaren van OPW beschrijven de teamopvatting als onbekend of denken dat er sprake is van een mix. De studie van De Weger et al. toont aan dat de visie van behandelaren bepalend is voor het potentiële nut en de mogelijkheid van implementatie van beeldbellen (De Weger et al., 2013). De betekenis voor de organisatie van het verschil tussen HC/MC en OPW is dat voorafgaand aan invoering van beeldbellen binnen OPW meer bekendheid en draagvlak voor beeldbellen gecreëerd dient te worden. Enthousiasmering en directe stimulans vanuit de organisatie is hiervoor nodig. Het onderscheid tussen de twee afdelingen beperkt zodoende de generaliseerbaarheid van de conclusie van dit onderzoek ten aanzien van beide afdelingen.

Organisatorische barrières en ontbrekende voorwaardelijke faciliteiten, die ten grondslag liggen aan de gereedheid van de organisatie om beeldbellen in te gaan zetten, vormen tezamen een sterke invloed op de intentie van behandelaren van beide afdelingen om op korte termijn beeldbellen in te gaan zetten. Omtrent beeldbellen is de digitale privacybescherming, voorbereidende scholing, startvoorwaarden en faciliteiten als geschikte apparatuur en een gebruiksvriendelijke beeldbelapplicatie onvoldoende aanwezig. In het volgende hoofdstuk, implicaties voor de organisatie, worden deze tekorten specifiek beschouwd en aanbevelingen geconcretiseerd. De resultaten uit dit onderzoek bevestigen, in zeer sterke mate, de conclusies uit de studies van Esen en Özbağ, Yarbrough en Smith dat organisatorische gereedheid, support en ervaren barrières van invloed zijn op de intentie van gebruik van digitale communicatiemiddelen bij medewerkers in de gezondheidszorg (Esen & Özbağ, 2014; Yarbrough & Smith, 2007).

Ten slotte blijkt dat de verwachte inspanning voor behandelaren om beeldbellen te gebruiken nauwelijks van invloed is op de intentie tot gebruik. Dit staat in contrast tot UTAUT (Venkatesch et al., 2003) waarbinnen de verwachte inspanning als gelijk beïnvloedende factor wordt beschouwd naast verwachte bruikbaarheid, sociale invloed en faciliterende condities. De resultaten binnen dit onderzoek moeten beschouwd worden vanuit het perspectief van behandelaren dat zij geen negatieve noch positieve opvattingen hebben ten aanzien van de verwachte inspanning om te kunnen gaan beeldbellen.

De gekozen kwalitatieve onderzoeksmethode, uitgevoerd middels semigestructureerde interviews, heeft geleid tot diepgaande en rijke informatie zodat de onderzoeksvraag is beantwoord en een gerichte praktijkaanbeveling voor de organisatie is opgesteld in het volgende hoofdstuk. Dit op basis van een samengesteld onderzoeksinstrument vanuit enerzijds algemene modellen als UTAUT (Venkatesch et al, 2003) en TAM (Davis et al., 1989) en anderzijds door thema's uit verschillende studies, specifiek gericht op medewerkers in de gezondheidszorg, op te nemen (Gagnon et al., 2003; Yi et al., 2005; Chau & Hu, 2002; Yarbrough & Smith, 2007; Esen & Özbağ, 2014). Studies die allen gemeen hebben om de intentie tot inzet van technologie te meten. Daarop aansluitend is het karakter van de vraagstelling in de topiclijst gerelateerd aan studies over de doelgroep ASS (Hofvander et al., 2009; Hellendoorn, 2014; Wentz et al., 2012; Aresti-Bartolome & Garcia-Zapirain, 2014; Teunisse, 2009; Southall & Gast, 2011; Serret et al., 2014) en zijn in dit onderzoek relevante opvattingen en gevoelens van behandelaren omtrent beeldbellen op adequate wijze en in brede zin bevraagd, geanalyseerd en is de doelstelling van dit onderzoek bereikt.

5. Implicaties organisatie

Gezien de hoge mate van nut en bruikbaarheid van beeldbellen wordt aanbevolen om beeldbellen binnen de organisatie te implementeren en om dit succesvol te laten plaatsvinden dient de organisatie qua gereedheid te investeren op het gebied van faciliteiten, digitale privacybescherming, scholing en startvoorwaarden.

Omdat feitelijk wetenschappelijk bewijs omtrent nut en bruikbaarheid van beeldbellen met de doelgroep ASS in deze behandelcontext niet voorhanden is en er enkel positieve wetenschappelijke aanwijzingen hieromtrent zijn (Sucala et al., 2012; Malhorta et al., 2013; Bauer & Moessner, 2012; Mohr et al., 2014, Richardson et al., 2009; Wentz, Nydén & Krevers, 2012; Aresti-Bartolome & Garcia-Zapirain, 2014) is dit van betekenis voor de implementatie van beeldbellen. Deze betekenis is dat behandelaren op individueel- en teamniveau, in samenspraak met de cliënt, specifiek zullen moeten gaan ervaren wanneer beeldbellen nuttig en verantwoord is. Een verkenning die vraagt om zorgvuldige en afgewogen besluitvorming, gerichte evaluatie en waar nodig het bijstellen van het gebruik van beeldbellen. Zodoende is het belangrijk dat het gebruik van beeldbellen ten behoeve van de cliënt enkel ingezet wordt in afstemming tussen behandelaren en cliënt. Economische of financiële motieven rondom het inzetten van beeldbellen dienen vooralsnog vermeden te worden.

Qua startvoorwaarden is een passende introductie van beeldbellen voor behandelaren noodzakelijk om op teamniveau een gedeeld inzicht te krijgen van het specifieke nut van beeldbellen voor-, tijdens- en na opname, de toepassingsmogelijkheden, doelen en risico's van beeldbellen. Voorafgaand aan deze introductie is het noodzakelijk dat behandelaren ervaren dat de implementatie van beeldbellen breed gedragen en ondersteund wordt door de organisatie. Tevens zal overeenstemming tot stand moeten komen, gezien de ervaren werkdruk van behandelaren, wanneer implementatie van beeldbellen het beste kan plaatsvinden. Cliënten met ASS hebben het nodig dat voorafgaand aan de implementatie van beeldbellen duidelijkheid en voorspelbaarheid wordt gecreëerd hoe, wanneer en waarom beeldbellen wordt ingezet. Een goede introductie voor behandelaren is essentieel zodat zij zichzelf kundig achten rondom het gebruik van beeldbellen, dit bij de cliënt kunnen introduceren en hen daarin te begeleiden. Een gerichte introductie draagt bij om eventuele weerstand te vermijden en beperkt het risico dat het verwachte nut en bruikbaarheid van beeldbellen verloren gaat voordat behandelaren en cliënten in brede zin deze mogelijkheden hebben kunnen ontdekken.

Scholing en kennisdeling is voor behandelaren noodzakelijk. De verwachting is dat qua technisch leren van beeldbellen een korte instructie voldoende is en dat behandelaren bij eventuele vervolgvragen een beroep kunnen doen op collega's. Zoals in de conclusie beschreven is het noodzakelijk dat een onderdeel van de scholing gericht moet worden op het risico dat beeldbellen tot verdere sociale isolatie van de cliënt met ASS kan leiden en de mate waarin beeldbellen een live-face-to face contact kan en mag vervangen. Voor de organisatie is het raadzaam om hieromtrent, qua inhoud van de scholing, experts te consulteren op het gebied van Blended Care gezien de kennis en studies op dit gebied (Ebert et al., 2014). Uit de resultaten blijkt dat onderlinge kennisdeling op teamniveau en scholing het beste georganiseerd kan worden in één of enkele bijeenkomsten. Het is nuttig om onder behandelaren die niet hebben geparticipeerd in dit onderzoek te inventariseren welke vragen en zorgen er onder hen leven en de inhoud van het scholingsprogramma hierop af te stemmen, naast de input vanuit dit onderzoek. Daarnaast dient tijdens de scholingsbijeenkomst(en) expliciet ruimte gecreëerd te worden om bestaande kennis en toepassingsmogelijkheden van beeldbellen, die enkele behandelaren hebben, op teamniveau te delen om ook collega's te enthousiasmeren die nog weinig betrokken zijn bij het onderwerp beeldbellen. Gerichte aandacht binnen de scholing is belangrijk wat betreft het nut en bruikbaarheid van beeldbellen wanneer de fysieke afstand tot de cliënt klein is omdat beeldbellen, zoals blijkt uit de resultaten van dit onderzoek, voor de cliënt met ASS minder belastend is dan een fysiek gesprek en de zelfbepaling en onafhankelijkheid bevordert. Beeldbellen kan zodoende, naast mailcontact en live-gesprekken, als 'extra gereedschap' beschouwd worden en een aanvullende communicatievorm zijn, gezien de communicatieve en sociale beperkingen die cliënten met ASS kenmerken.

Op het gebied van faciliteiten en het borgen van de digitale privacybescherming is het noodzakelijk dat behandelaren en cliënten de beschikking hebben over een beeldbelapplicatie die aan een aantal voorwaarden voldoet:

- De beeldbelapplicatie dient geïnstalleerd te kunnen worden op verschillende apparaten als computer, laptop, tablet en Smart-Phone. De meeste cliënten beschikken over één of meer van deze apparaten en kunnen zodoende eigen apparatuur gebruiken. Voor de behandelaar is het prettig om qua apparatuur een keuze te hebben, afhankelijk van de overige werkzaamheden die gedaan moeten worden.
- De beeldbelapplicatie mag voor de cliënt geen kosten met zich meebrengen.
- In verband met de privacy-gevoeligheid van de gesprekken tussen cliënt en behandelaar dient de beeldbelapplicatie de digitale privacybescherming te garanderen.

- Belangrijk is dat de beeldbelapplicatie gebruiksvriendelijk is.
- De beeldbelapplicatie dient, gezien de beperking van ASS, de mogelijkheid te hebben dat een cliënt zichzelf niet in beeld ziet wanneer hij of zij in gesprek is met de behandelaar.
- Op teamniveau zal besproken moeten worden of het kunnen opslaan en bewaren van beeldbelgesprekken voor de cliënt met ASS belangrijk is, waarop de beeldbelapplicatie aangepast moet zijn.

Voor behandelaren moet voldoende digitale apparatuur en een rustige gespreksruimte beschikbaar zijn. Om bovenstaande aspecten zorgvuldig te wegen en voor te bereiden is het wenselijk dat er een aandachtfunctionaris of een klein groepje behandelaren met kennis rondom ICT en ASS-beperkingen wordt aangesteld. Het is belangrijk dat een dergelijke aandachtfunctionaris, ten tijde van het implementatieproces, beschikbaar is voor vragen en zorgdraagt voor evaluatiemomenten rondom het gebruik en opgedane ervaringen met beeldbellen.

Ten slotte wordt geadviseerd om de start van het implementatieproces of pilot met beeldbellen, het verschil tussen de afdelingen HC/MC en OPW zoals beschreven in de conclusie in acht te nemen. Doordat het team HC/MC verwacht dat het gehele team positief aankijkt tegen beeldbellen en expliciet de stimulans en ondersteuning van de teamleider ervaart, is het aan te bevelen om in dat team de implementatie of pilot te starten.

Literatuurlijst

Algemeen Nederlands Woordenboek (2015). Geraadpleegd op 4 juni 2015 op

<http://anw.inl.nl/article/beelddellen?form=beelddellen&searchtype=form#s=0&l=&lp=>

Aresti-Bartolome, N. & Garcia-Zapirian, B. (2014). Technologies as Support Tools for Persons with Autistic Spectrum Disorder: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11 (18), 7767–7802. doi: 10.3390/ijerph110807767

Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Velden, T., van der & Goede, M., de. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.

Bauer, S. & Moessner, M. (2012). Technology-enhanced monitoring in psychotherapy and e-mental health. *Journal of Mental Health*, 21, 355–363.

Boydell, K. M., Hodgins, M., Pignatiello, A., Teshima, J., Edwards, H. & Willis, D. (2014). Using Technology to Deliver Mental Health Services to Children and Youth: A Scoping Review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(2), 87–99.

Brevidius Care Communities (2012, 22 maart). Beelddellen, simpel, flexibel, terugkijken [film]. Opgevraagd van <https://www.youtube.com/watch?v=BeaURCKnmvl>

Bryman, A. (2012). *Social research methods*. New York: Oxford University Press

Chau, P. Y. K. & Hu, P. J. H. (2002). Investigation healthcare professionals' decisions to accept telemedicine technology: an empirical test of competing theories. *Information & Management* 39 (4), 297–311. doi: 10.1016/S0378-7206(01)00098-2

Davis, F. D., Bagozzi, R. P. & Warshaw, P. R. (1989). User acceptance of computer technology: a comparison of two theoretical models. *Management Science*, 35 (8). 982–1002

Dassen, T. W. N., Keuning, F. M., Jansen, G. J. & Jansen, W. S. (2013). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff

De Weger, E., Macinnes, D., Enser, J., Francis, S. J. & Jones, F. W. (2013). Implementing video conferencing in mental health practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20 (5), 448–454. doi:10.1111/j. 1365-2850.2012.01947.x

Ebert, D. D., Zarski, A. C., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M. & Riper, H. (2014). Internet and Computer-Based Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression

in Youth: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Outcome Trials. *BMC Psychiatry*, 14 (290). doi:10.1186/s12888-014-0290-z

Esen, M. & Özbağ, G. K. (2014). An Investigation of the Effects of Organizational Readiness on Technology Acceptance in e-HRM Applications. *International Journal of Human Resource Studies*, 4 (1). doi: 10.5296/ijhrs.v4il.5643

Gagnon, M. P., Godin, G., Gagne, C., Fortin, J. P., Lamothe, L., Reinhartz, D. & Cloutier, A. (2003) An adaption of the theory of interpersonal behaviour to the study of telemedicine adoption by physicians. *International Journal of Medical Informations*, 71, 103–115. doi: 10.1016/S1386-5056(03)00094-7

Godoe, P. & Johansen, T. S. (2012). Understanding adoption of new technologies: Technology readiness and technology acceptance as an integrated concept. *Journal of European Psychology Students*, 3, 38–52

Hellendoorn, A. (2014). Understanding social engagement in autism: being different in perceiving and sharing affordances. *Frontiers in Psychology*, 5, 850. doi:10.3389/fpsyg.2014.00850

Hennink, M., Hutter, I. & Bailey, A. (2011). *Qualitative Research Methods*. London: Sage

Hofvander, M. B., Delorme, R., Chaste, P., Nydén, A., Wentz, E., Ståhlberg, O., Herbrecht, E., Stopin, A., Anckarsäter, H., Gillberg, C., Råstam, M. & Leboyer, M. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 9, 35. doi:10.1186/1471-244X-9-35

Holden, R. J. & Karsh, B. T. (2010). The Technology Acceptance Model: Its past and its future in health care. *Journal of Biomedical Informatics*, 43, 159–172. doi: 10.1016/j.jbi.2009.07.002

Hoof, F. van, Knispel, A., Erp, M. van, Overweg, K., Place, C. & Vught, M. van (2013). *Tendrapportage GGZ 2012 Deel 1 – Ambulantisering*. Utrecht: Trimbos-instituut

Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A., Brabers, A., Jong, J. de, Beenkens, F., Friele, R. & Gennip, L. van (2014). *Op naar meerwaarde! eHealth-monitor 2014*. Den Haag, Utrecht: Nictiz. Opgevraagd van <http://www.nivel.nl/node/2430?database=ChoicePublicat&preref=1002495>

Malhotra, S., Chakrabarti, S. & Shah, R. (2013). Telepsychiatry: Promise, potential and challenges. *Indian Journal of Psychiatry*, 55 (1), 3–11. doi: 10.4103/0019-5545.105499

- Mohr, D. C., Burns, M. N., Schueller, S. M., Clarke, G. & Klinkman, M. (2010). Behavioral Intervention Technologies: Evidence review and recommendations for future research. *General Hospital Psychiatry*, 35 (4), 332–338
- Richardson, L.K., Frueh, B. C., Grubaugh, A. L., Egede, L. & Elhai, J. D. (2009). Current Directions in Videoconferencing Tele-Mental Health Research. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 16 (3), 323–338. doi:10.1111/j.1468–2850.2009.01170.x
- Serret, S., Hun, S., Lakimova, G., Lozada, J., Anastassova, M., Santos, A., Vesperini, S. & Askenazy, F. (2014). Facing the challenge of teaching emotions to individuals with low- and high-functioning autism using a new Serious game: a pilot study. *BMC Molecular Autism*, 5 (37), doi:10.1016/j.im.2005.08.006
- Southall, C. M. & Gast, D. L. (2011). Self-Management Procedures: A Comparison across the Autism Spectrum. *Autism and Developmental Disabilities*, 46 (2), 155–171.
- Sucala, M., Schnur, J. B., Constantino, M. J., Miller, S. J., Brackman, E. H. & Montgomery, G. H. (2012). The therapeutic relationship in e-therapy for mental health: a systematic review. *Journal Of Medical Internet Research*, 14 (4), e110. doi: 10.2196/jmir.2084
- Teunisse, J. P. W. M. (2009). *Weerbaar bij veranderingen, naar een levensloopbenadering voor mensen met een autisme spectrum stoornis*. Opgevraagd van http://www.han.nl/onderzoek/kennismaken/han-sociaal/lectoraat/levensloopbegeleiding-bij-autisme/publicaties/_attachments/def_20lectoraat_weerbaar-bw_v3_1_
- Veer, A. J. E. de & Francke, A. L. (2009). *Ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden met nieuwe technologieën in de zorg: resultaten van de peiling onder de leden van het panel Verpleging en Verzorging*. Utrecht: NIVEL. Opgevraagd van <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-ervaringen-verpleegkundigen-nieuwe-technologie.pdf?>
- Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B. & Davis, F. D. (2003). User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View. *MIS Quarterly*, 27 (3), 425–478.
- Wentz, E., Nydén, A. & Krevers, B. (2012). Development of an internet-based support and coaching model for adolescents and young adults with ADHD and autism spectrum disorders: a pilot study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21 (11), 611–622.

Yarbrough, A. K. & Smith, T. B. (2007). Technology Acceptance among Physicians. *Medical Care Research and Review*, 64 (6), 650–672.

Yi, M. Y., Jackson, J. D., Park, J. S. & Probst, J. C. (2006). Understanding information technology acceptance bij individual professionals: Toward an integrative view. *Information & Management*, 43 (3), 350–363. doi: 10.1016/j.im.2005.08.006

Bijlage

Bijlage 1 Informatiebrief aan populatie



Geachte heer/mevrouw,

Langs deze weg wil ik u graag informeren over het kwalitatief onderzoek dat ik in het voorjaar van 2015 ga uitvoeren onder de behandelaars van cliënten met ASS binnen de Lorna Wing (OPW en crisisafdeling). Dit onderzoek word in opdracht van Dimence, in samenwerking met het lectoraat Technology Health & Care van Saxion, uitgevoerd.

Mijn naam is Karin Smit-Oude Nijhuis en dit onderzoek voer ik uit in het kader van mijn Masteropleiding Health Care & Social Work. Van beroep ben ik docent binnen de Academie Mens en Maatschappij van Saxion te Enschede.

Naast u te informeren middels deze brief wil ik u vragen of u bereid bent mee te werken aan dit onderzoek.

Wat is het doel van de dit onderzoek?

Het doel van dit onderzoek is om, middels semigestructureerde interviews, inzicht te verkrijgen in de betekenis die u toekent aan de inzet van beeldbellen (bijvoorbeeld Skype of face-Time) met uw cliënten met ASS. Sommige van u zullen (enige) ervaring hebben met deze vorm van communiceren op afstand en anderen geen enkele ervaring. Omdat Dimence de mogelijkheden wil exploreren om het middel beeldbellen in te gaan zetten voor, tijdens en na klinische opname wordt het waardevol geacht om de visie, nut en (on)mogelijkheden van beeldbellen volgens directe behandelaars van cliënten met ASS inzichtelijk te krijgen. Voor deelname aan dit onderzoek is het zeker niet noodzakelijk dat u ervaring hebt met beeldbellen met uw cliënten. Belangrijk is dat er zowel mensen geïnterviewd worden die wel en geen ervaring hebben met het

middel beeldbellen. Algemene informatie omtrent beeldbellen zal ik u, wanneer u wilt deelnemen aan dit onderzoek, verstrekken middels een informatie-video van enkele minuten die u vooraf kunt bekijken.

Wat houdt het onderzoek voor u in?

Wanneer u bereid bent om geïnterviewd te worden zal ik een afspraak met u maken op een tijdstip dat u schikt bij Dimence te Deventer. De duur van dit interview is ongeveer één tot anderhalf uur. Het interview dient te worden opgenomen middels een voice-recorder waarbij ik u er op voorhand op wil attenderen dat u op elk moment tijdens het interview kan verzoeken de opnames stop te zetten, u hoeft hiervoor geen reden op te geven. Er kan ook overleg of vragen omtrent het interview plaatsvinden. Daarnaast wil ik u aangeven dat u nooit verplicht bent vragen te beantwoorden.

Vertrouwelijkheid

De gegevens die tijdens het onderzoek over u verzameld worden zullen vertrouwelijk behandeld worden volgens (inter)nationale regels en wetten waaronder de Wet Bescherming Persoonsgegevens. De gegevens zullen zodanig gecodeerd worden dat ze niet tot u te herleiden zijn. Indien u besluit deel te nemen aan dit onderzoek geeft u toestemming voor het volgende:

- Medewerkers aan dit onderzoek kunnen uw onderzoeksgegevens inzien. Zij zijn verplicht deze gegevens geheim te houden.
- Indien u zou beslissen om uw deelname aan het onderzoek stop te zetten, mogen uw gegevens die verzameld werden vóór deze beslissing nog steeds verwerkt worden, samen met andere gegevens, verzameld als onderdeel van het onderzoek.

Ondertekening toestemmingsverklaring

Als u besluit mee te doen aan het onderzoek, vraag ik u voorafgaand aan het interview, een toestemmingsformulier te ondertekenen. Hiermee bevestigt u uw voornemen om deel te nemen aan het onderzoek. U heeft dan nog steeds de mogelijkheid om het onderzoek te stoppen op ieder gewenst moment.

Deelname aan het interview?

Zoals ik aan het begin van deze brief al aankondigde wil ik u van harte uitnodigen om deel te nemen aan dit onderzoek! Ik hoop op uw bereidheid en zou dit graag van u horen via het mailadres c.a.m.smit@saxion.nl

Mocht u naar aanleiding van deze brief nog vragen hebben dan verneem ik dit graag van u.

Met vriendelijke groet,

Karin Smit-Oude Nijhuis

Bijlage 2 Informed consent

Toestemmingsverklaring

Face-to-face... online! Onderzoek naar de mogelijkheden van beeldbellen in de psychiatrische zorg voor mensen met een autisme spectrum stoornis.

Ik verklaar dat ik de proefpersonen-informatiebrief heb ontvangen en gelezen en naar tevredenheid over het onderzoek geïnformeerd ben. Ik heb voldoende tijd gehad om over mijn deelname na te denken en ben in de gelegenheid geweest vragen te stellen. Deze vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Mijn deelname aan het onderzoek is vrijwillig en ik ben gedurende het gehele onderzoek in de mogelijkheid om op elk moment te stoppen, zonder hier een reden voor op te geven. Mijn verzamelde gegevens worden gebruikt voor het beschreven doeleinde van het onderzoek.

Door dit formulier te tekenen geef ik toestemming voor deelname aan bovengenoemd wetenschappelijk onderzoek.

Naam deelnemer:	plaats en datum:	handtekening
-----------------	------------------	--------------

Naam onderzoeker:	plaats en datum:	handtekening
-------------------	------------------	--------------

Bijlage 3 Interviewguide

Werkwijze interview

Voorafgaand aan het interview zal de onderzoeker het interview toelichten waarbij de participant de gelegenheid krijgt om vragen te stellen. Daarna zal de toestemmingsverklaring (Informed consent bijlage 2) toegelicht en ondertekend worden. Vervolgens zal aan de participant gevraagd worden of hij of zij in de gelegenheid is geweest om de informatiefilm “beeldbellen, simpel, flexibel, terugkijken” te bekijken voorafgaand aan het interview. In de uitnodiging voor het interview is aan de participant het verzoek gedaan om deze film van 1,5^e minuut als algemene informatie over beeldbellen te bekijken. Indien de participant de film niet heeft gezien zal deze ter plekke getoond worden.

Inwinning van relevante achtergrondgegevens van de participant vindt daarna plaats op de volgende thema's:

- Man/vrouw
- Leeftijd
- Functie en afdeling
- Werkervaringsjaren met doelgroep volwassenen cliënten met ASS
- Ervaring met het op afstand begeleiden van cliënten (ambulante werkervaring)
- Ervaring met het middel beeldbellen met deze doelgroep

Ten slotte zal door de interviewer worden uitgelegd welke onderdelen het interview bevat. Aan het begin van het interview worden de zes topics aan participanten voorgelegd zodat zij op de hoogte zijn van de structuur van het interview.

Topiclijst

Algemene introductievraag

Heeft u ervaring met digitale communicatiemiddelen in uw huidige werk? Waar maakt u gebruik van of heeft u ervaring mee? Wat vindt u van digitale communicatiemiddelen. Kunt u dit toelichten?

Topic 1: Verwachte inspanning (persoonlijke inzet om beeldbellen te kunnen gebruiken)

Hoofdvraag 1:

zou u iets willen vertellen over de mate waarin u wel of niet bekend bent met beeldbellen? (bv. Face-time of Skype?) Kunt u dit toelichten?

Controlerende of verdiepende vragen

In hoeverre denkt u dat uw cliënten bekend zijn met beeldbellen (Face-time of Skype)? Kunt u dit toelichten?

Hoofdvraag 2:

Welke inspanning denkt u dat het u (nog) kost om technisch gezien te kunnen gaan beeldbellen? Kunt u dit toelichten? Wat heeft u daarin nodig? Wat niet?

Controlerende of verdiepende vragen

welke inspanning denkt u dat het uw cliënten (nog) kost om te kunnen beeldbellen? Kunt u dit toelichten? Wat hebben zij volgens u (nog) nodig? Wat niet?

Schaalvraag: Zou u, op een schaal van 1 tot 10, kunnen aangeven hoeveel inspanning u denkt dat het u gaat kosten om te kunnen gaan beeldbellen? 1 staat voor zware inspanning en 10 staat voor geen inspanning. Kunt u dit uitleggen/toelichten

Topic 2: Verwachtingen technologische prestatie (nut en bruikbaarheid van beeldbellen)

Hoofdvraag 3:

Kan beeldbellen, vanuit uw optiek en expertise, een nuttig middel zijn om te (gaan) gebruiken in uw werk met uw cliënten? Hoe ziet u dat? Waarom? Wanneer in het behandelproces? Hoe ervaart u dit in vergelijking met face-to-face contact met uw cliënt?

Controlerende of verdiepende vragen:

Op welke momenten in het behandelproces, voor, tijdens, en/of na klinische opname? Waarom? Doorvragen op onderdelen, voor-tijdens- en na opname.

Hoofdvraag 4:

Hoe zouden uw cliënten, volgens u, het ervaren om met behandelaren te kunnen beeldbellen? Denkt u dat beeldbellen kan aansluiten bij hun behoefte gezien ASS? Of juist niet? Kunt u dit toelichten?

Controlerende of verdiepende vragen:

Welke mogelijkheden of beperkingen ziet u vanuit het oogpunt vanuit uw cliënt?

Schaalvraag: Zou u, op een schaal van 1 tot 10, kunnen aangeven of u beeldbellen een nuttig en bruikbaar middel vindt om te gaan gebruiken met uw cliënten? 1 staat voor niet nuttig en 10 staat voor zeer nuttig. Kunt u dit toelichten?

Topic 3: Barrières (bezwaren en beperkingen)

Hoofdvraag 5:

Verwacht u dat uw dagelijkse werkzaamheden zullen veranderen door het inzetten van beeldbellen? Waar heeft dat mee te maken? Organisatorische barrières? Welke? Wat vindt u daarvan?

Hoofdvraag 6:

Bent u bezorgd over het gebruik van beeldbellen in uw werk met cliënten? Welke zorgen? Heeft u bezwaren? Ervaart u dilemma's? Kunt u dit toelichten?

Controlerende of verdiepende vragen:

Ervaart u technische bezwaren? Ervaart u ethische problemen? Heeft u zorgen omtrent de therapeutische werkrelatie met uw cliënt? Barrières vanuit uw persoonlijke visie? Welke?

Schaalvraag: Kunt u, op een schaal van 1 tot 10, aangeven in welke mate u barrières ziet ten aanzien van het gebruik van beeldbellen? 1 staat voor grote barrières en 10 staat voor nauwelijks barrières. Kunt u dit uitleggen/toelichten?

Topic 4: Sociale invloed (dialoog en gezamenlijke visie)

Hoofdvraag 7:

Wat denkt u dat uw collega's vinden van beeldbellen? Wat specifiek? Bij wie (qua functie)?

Bepaalde meningen onder hen? Wat betekent dit voor u? Hoe ervaart u dit? Wat heeft u nodig van hen?

Controlerende of verdiepende vragen:

Wat denkt u dat voor u en uw collega's belangrijk is om (verder) met elkaar te gaan bespreken omtrent beeldbellen? Specifieke aspecten? Wat denkt u dat uw collega's van u hierin verwachten? Wat acht u zelf nodig op teamniveau? Is er eventueel sprake van gedeelde mening? Is dit wenselijk volgens u?

Hoofdvraag 8:

Wat denkt u dat uw cliënten vinden van beeldbellen? Wat betekent dit voor u? Welke invloed heeft dat op u?

Schaalvraag: Kunt u, op een schaal van 1 tot 10, aangeven hoe belangrijk de mening van uw collega's en cliënten omtrent beeldbellen voor u is? 1 staat voor dat de mening van anderen nauwelijks van invloed is en 10 staat voor een zeer sterke invloed. Kunt u dit uitleggen/toelichten?

Topic 5: Ondersteuning en gereedheid organisatie (readiness & support)

Hoofdvraag 9:

Hoe karakteriseert u uw organisatie ten aanzien van stimulans en ondersteuning om te (kunnen) werken met beeldbellen? Kunt u dit uitleggen? Doorvragen op stimulans. Doorvragen op ondersteuning.

Controlerende of verdiepende vragen:

Ervaart u dat uw organisatie klaar is om met het middel beeldbellen te werken? Kunt u dit uitleggen? Wat zijn uw verwachtingen? Ervaart u ondersteuning vanuit uw organisatie? Welke verwachtingen heeft u? Wat kan eventueel beter? Voor u zelf? Voor uw team?

Schaalvraag: Kunt u, op een schaal van 1 tot 10, aangeven in welke mate u vindt dat uw organisatie klaar is om beeldbellen te implementeren. 1 staat voor niet klaar 10 staat voor volledig klaar.

Topic 6: Faciliterende condities (digitale middelen, kennis, gebruiksomstandigheden)

Hoofdvraag 10:

Welke faciliteiten zijn er volgens u (nog) nodig om te kunnen gaan beeldbellen binnen uw huidige werkzaamheden? Kunt u dit toelichten?

Controlerende of verdiepende vragen:

Voor u in het bijzonder? Voor uw team? Voor uw cliënten? Kunt u dit uitleggen?

Hoofdvraag 11:

Voorziet u problemen op het gebied van facilitering? Welke? Kunt u dit toelichten?

Controlerende of verdiepende vragen:

Welke voor uw cliënten? Voor u? Voor uw team? Wat vindt u dat uw organisatie hierin kan of moet betekenen? Voor u en uw team? Voor uw cliënten?

Schaalvraag: Kunt u, op een schaal van 1 tot 10 aangeven in welke mate u vindt dat de faciliterende condities voorhanden zijn binnen uw werk? 1 staat voor facilitering nauwelijks aanwezig en 10 staat voor dat de facilitering volledig geregeld is.

Afrondende vragen (houding en intentie)

kunt u, op een schaal van 1 tot 10, aangeven hoe u (nu) aankijkt tegen beeldbellen? 1 staat voor dat u zeer sterk twijfelt aan de mogelijkheden van beeldbellen binnen uw werk en 10 staat voor dat u zeer veel mogelijkheden ziet. Kunt u dit toelichten?

Kunt u, op een schaal van 1 tot 10, aangeven of u van plan bent om in de komende 3 maanden beeldbellen in te zetten met 1 of meer van uw cliënten? 1 staat voor dat u dat zeker niet gaat doen en 10 staat voor dat ga ik zeker doen. Kunt u dit uitleggen/toelichten?

Bijlage 4 Aanvullende resultaten

Topic 1 Verwachte inspanning

In de toelichtende schaalvraag van 1 tot 10 konden behandelaren aangeven hoeveel inspanning de zij verwachten te moeten leveren om te kunnen gaan beeldbellen waarbij 1 staat voor zware inspanning en 10 voor geen inspanning. De gemiddelde score komt uit op 7,5

Topic 2 Nut en bruikbaarheid

Aanvullende resultaten

Een gesprek middels beeldbellen is qua voorbereidende handelingen minder belastend voor een cliënt met ASS dan een live-gesprek, *‘Communiceren met andere mensen....weet je....je moet je aankleden....douchen waar je niet van houdtvoordat je ergens bent voor een gesprek ...zijn enorme heuvels genomen...wat ze allemaal moeten doen voordat ze ergens komen.....dat ze dan al uitgeput zijn.....voor het gesprek begonnen is’ (P7).*

Beeldbellen biedt de cliënt met ASS de mogelijkheid om een gesprek eenvoudiger te beëindigen wanneer de belasting voor de cliënt van de sociale ontmoeting te zwaar wordt, *‘je houdt het denk ik in de hand.... je kan wel zeggen ik kan het niet meer aan en zet je de computer uit (P8). ‘je kunt makkelijker op die escapeknop drukken ...en je kunt uit beeld lopen....dat is een voordeel’ (P 4)*

Beeldbellen biedt de behandelaar de gelegenheid om de cliënt te zien functioneren in zijn eigen omgeving hetgeen tot extra informatie omtrent de behandelingsaanpak leidt, *‘Om eens de ander ook te zien ...wat ik zeg...als ie in zijn eigen omgeving is.... hoe iemand in zijn eigen omgeving is’ (P3)*

Beeldbellen vergemakkelijkt de overgang van een cliënt naar een andere leefomgeving: *“we willen juist graag altijd dat die overgang goed verloopt... omdat mensen met autisme daar juist moeite mee hebben.. als je dat een beetje kan faseren ... dan loopt het meestal beter” (P1),*

Beeldbellen is nuttig in de communicatie tussen behandelaren, met of zonder de cliënt, wanneer live afspraken lastig te organiseren zijn, waardoor de continuïteit beter gegarandeerd kan worden, *‘multidisciplinair overleg.... waar soms mensen niet bij aanwezig kunnen zijn en we met*

beeldbellen kunnen doen.... dan ben je toch een stukje voorspelbaar en kan de behandeling doorgaan' (P4), 'de behandeling verloopt in de driehoek... behandel coördinator- client- persoonlijk begeleider.... ik hoop dat dat ook kan via beeldbellen.. dan creëer je als het ware een substituuut voor een echt live gesprek' (P8).

Beeldbellen wordt gezien als mogelijk middel om gesprekken met familieleden van cliënten te eenvoudiger te laten plaatsvinden, *'voor familieleden en naasten.. dat ze niet steeds hierheen hoeven te komen...daar zou het je het misschien ook voor kunnen gebruiken'(P1).*

In de toelichtende schaalvraag van 1 tot 10 konden behandelaren aangeven in welke mate zij beeldbellen een nuttig en bruikbaar middel vinden om te gaan gebruiken met cliënten waarbij 1 staat voor niet nuttig en 10 voor zeer nuttig. De gemiddelde score komt uit op 7,25

Topic 3 Barrières

In de toelichtende schaalvraag van 1 tot 10 konden behandelaren aangeven in welke mate zij barrières zien ten aanzien van het gebruik van beeldbellen waarbij 1 staat voor grote barrières en 10 voor nauwelijks barrières. De gemiddelde score komt uit op 6,5

Topic 4 Sociale Invloed

In de toelichtende schaalvraag van 1 tot 10 konden behandelaren aangeven hoe belangrijk de mening van collega's en cliënten is voor hen waarbij 1 staat voor dat deze mening nauwelijks van invloed is en 10 voor een zeer sterke invloed. De gemiddelde score wat betreft de invloed van de mening van de cliënt komt uit op 7,5. De gemiddelde score van de invloed van de mening van collega's scoort 6,9.

Topic 5 Ondersteuning en gereedheid van de organisatie

In de toelichtende schaalvraag van 1 tot 10 konden behandelaren aangeven in welke mate zij vinden dat de organisatie klaar is om beeldbellen te implementeren waarbij 1 staat voor niet klaar en 10 voor volledig klaar. De gemiddelde score komt uit op 5,8.

Topic 6 Faciliterende condities

In de toelichtende schaalvraag van 1 tot 10 konden behandelaren aangeven in welke mate zij vinden dat de faciliterende condities voorhanden zijn waarbij 1 staat voor nauwelijks aanwezig en 10 voor volledig geregeld. De gemiddelde score komt uit op 6,3

Afrondende schaalvragen

In de eerste afrondende vraag van het interview, als toelichtende schaalvraag, konden behandelaren aangeven hoe zij na het interview aankeken tegen de mogelijkheden van beeldbellen in hun werkzaamheden waarbij 1 staat dat er zeer sterke twijfels zijn qua mogelijkheden en 10 voor zeer veel mogelijkheden zien. De gemiddelde score is 7,7.

In de tweede afrondende vraag van het interview, als toelichtende schaalvraag, konden behandelaren aangeven of zij in de komende drie maanden beeldbellen in gaan zetten met cliënten waarbij 1 staat dat zij dit zeker niet gaan doen en 10 voor zeker wel doen. De gemiddelde score is 4,2

Bijlage 5 Toestemmingsverklaring

Beste Karin,

Dank voor je reactie, onze vragen zijn hiermee beantwoord. De Raad van Bestuur heeft inmiddels aangegeven akkoord te zijn.

We wensen je veel succes met de uitvoering van je onderzoek en mochten er vragen of problemen zijn dan horen wij dit graag.

Met vriendelijke groet,

Diana Westerkamp
Coördinator onderzoek CWO
Postbus 473
8000 AL ZWOLLE

Bijlage 6 Codeerschema

Positieve ervaring/mening digitale middelen algemeen: 7

Negatieve ervaring/mening digitale middelen algemeen : 3, waarvan 2 allergie tov digitale middelen

[illegible]

	<i>Specifiek hulpmiddel bij beperking van ASS (13)</i>	sterker en zekerder voelen en ook wat kunnen * Korter en vaker contact (functioneel en to the point) * Behoeft ASS goede voorbereiding op opname * Voelt veilig achter pc * Betrokkenheid familie vergroten eenvoudiger contact onderhouden *Nuttig terugkijken opname ivm vertraagde informatieverwerking ASS * Bv brief laten zien waar hulp bij nodig is * Behoeft ass: minder persoonsafhankelijke hulp maar meer nuttig hulpmiddel * Gestructureerde gesprekken en betrouwbaarder * Betrouwbaarheid verhogen dat contactmoment er is/ continuïteit borgen * Beeldbellen liever dan gewoon bellen * Geruststelling via beeld mogelijk
Verwachte bruikbaarheid behandelaar	<i>Nuttig voorbereiding opname (15)</i>	Intake, kennismaking, voor opname *Als extra aanbod *Voor opname apart traject nodig bv rondom verslaving *Hulp opbouw dag-structuur voor opname *Voorkomen van opname? * Voor opname opstarten behandelrelatie en bij dag-structuur *Client in beeld komt voor opname * Aanvullende inschatting voor opname voor behandelaars rondom dag-structuur *Vlottere start bij opname * Bij aanvullende vragen nav intake

	<i>Tijdens opname: coachen bij grotere fysieke afstand (34)</i>	Nuttig tijdens verlof *Pro-actiever op problemen anticiperen *Coachen bij verlof * Aansluiting bij signaleringsplanen Kunnen zien van (ASS-specifieke) non-verbale signalen in communicatie * Ipv telefoon *Minder miscommunicatie dan telefonisch contact *Verwerkingstijd zien *Vraag signaleren bij cliënt *ASS cliënt niet storen in denkproces *Hulp bieden bij herkennen van gevoel door non-verbale signalen Echter contact dan telefoon *Meer gesprekstof *Bij middelengebruik van cliënt, in de ogen kunnen zien *Hulpmiddel om vragen te signaleren bij cliënt *Contact met PLEK (context) *Kans misbruik minimaal bij ASS *Leef-context van cliënt kunnen zien *Door zien van leef-context beter stapsgewijs gedetailleerd hulp bieden
	<i>Tijdens opname: coachen bij kleine fysieke afstand (10)</i>	*Nuttig fase 2 behandeling (meer afstand nemen en afbouw) *Nuttig middel tussen fysieke contactmoment tijdens opname * Op afstand coachen ASS bij activiteiten in andere context * Inschatting ernst probleem bij cliënt bij dagactiviteiten/werk
	<i>Overbruggingszorg (17)</i>	Nuttig tijdens overbruggingsperiode tussen 2 afdelingen of andere instelling

	<i>Gesprekken met meer personen (12)</i> <i>Tijds winst(13)</i> <i>Nut beeldbellen ASS onduidelijk bij fysieke nabijheid (15)</i>	*Coaching van vervolghulpverleners * Tijdens overbruggingsperiode ivm verslavingsproblematiek * Check up na behandeling * Dankzij beeldbellen is contact nog mogelijk *Vaker contact mogelijk * Nuttig na meer bekend te zijn met de cliënt en zijn context *Nuttig met <u>meer</u> mensen op afstand communiceren *Psycho-educatie *Continuïteit en voorspelbaarheid bevorderen ivm doorgang afspraak * Multidisciplinair overleg mogelijk bij fysieke afwezigheid * Afspraken met Familiesysteem *Tijds winst en qua organisatie (ivm externe contacten) *Tijds winst (interne contacten) *Verdeling werkzaamheden *Sluit aan bij verpleegkundige taken en in beeld zijn bij cliënt *Werkdruk verlaging qua planning * Onduidelijkheid van nut en mogelijkheden beeldbellen tijdens opname *Zorgmijders, contact afwimpelen *Weinig toepassingsmogelijkheden zien *Minder zicht op werkelijke leefomstandigheden cliënt dan live-contact *Vak minder goed kan uitoefenen
Organisatorische bezwaren en of dilemma's	<i>Restricties digitale veiligheid (8)</i>	Blokkades in ICT systeem dimence/Digitale veiligheid * Niet mogelijk om veilige digitale beeldbel-omgeving te realiseren binnen organisatie * Digitale privacy aanwezig?

	<i>Tekort juiste middelen (9)</i> <i>Financiën (4)</i>	*Gebrek goede laptop * Gebrek (geschikte) belruimte * Gebrek wifi-verbinding *Software loopt nog niet *Traagheid aanschaf benodigde middelen *Financieel slechte keuze maken *Bezuinigingen middelen *Als organisatie laptop moet bekostigen voor cliënt
Tijd-gerelateerde bezwaren en of dilemma's	<i>Tekort aandacht voor problemen/zorgen werkvloer en werkdruk (17)</i>	*Ervaren blokkades organisatie *Hoge werkdruk door niet cliëntgebonden handelingen en ander zaken) *Werkdrukverhoging door angst cliënt digitale privacy *Werkdrukverhoging door iets nieuws bij ASS *Zorg Vanwege bezuinigingen/financiële redenen minder live contact of huisbezoek *Belasting voor behandelaars *Overvraging team
Systeem-specifieke bezwaren en of dilemma's in relatie cliënt ASS	<i>Risico sociaal isolement ASS, BB moet aanvulling blijven naast live-contact (19)</i> <i>Specifieke beperkingen middel beeldbellen bij ASS (19)</i>	*Geen volledige vervanging 5 *Moet aanvulling blijven 6 <i>(9 van de 10 P benoemen deze 2 aspecten</i> *Als keuze voor cliënt live-gesprek ontbreekt * Risico vergroten isolement ASS * Ontnemen sociaal leermoment *Middel (ipad of software) sluit niet bij specifiek van ASS *Applicatie beeldbellen waarbij cliënt zichzelf ook ziet *Risico's ASS opnemen en bewaren van beeldbel-gesprek * Negatieve bevestiging *Wat doet cliënt ermee? *Angst cliënt rondom privacy * Coachen op afstand wat niet lukt omdat ASS niet wil * Beeldbellen met meer dan 2 is lastig voor ASS * Bij zeer complexe problematiek

		* Telefoneren is lastig voor ASS geldt dat ook voor beeldbellen? * Voorkeur cliënt voor gewoon telefonisch contact * Beeldbellen niet handig tijdens privémomenten met anderen
Persoonlijke bezwaren en of dilemma's	<i>Menselijke ontmoetingen zijn cruciaal (26)</i>	*Client en collega's willen blijven ontmoeten (6) * Vanuit jezelf niet vertrouwd met iets anders dan live contact * belang van BB niet ervaren wanneer je in de buurt bent van elkaar (in kliniek) * Bij nieuw contact lastiger * Koud computerachtig contact * Zorg cliënt signalen missen door BB (5) * Dilemma: waar ligt grens van niet meer de deur uit hoeven ASS? * keuzerecht behouden * zorg dat cliënt alleen maar wil beeldbellen * Kleine waarde om in het leven te kunnen beeldbellen * Geen bezwaren hebben of verschil zien * Was oude werkwijze niet goed genoeg?
Sociale invloed mening collega's/team	<i>Sterke invloed (collega's) (6)</i> <i>Matige Invloed mening collega's (2)</i> <i>Mening collega's onbelangrijk (2)</i> (hierboven samen 10 verschillende P waarvan 6	* Plezier bevorderend positieve attitude * Verandering opvatting collega's * Afhankelijk of beeldbellen breed gedragen hoort te zijn * Tegenspeler willen zijn * Mening collega's telt nauwelijks * Niet beïnvloed willen worden door collega's die niet willen proberen

	invloed groot, 2 matig en 2 niet) <i>Mening team positief (5)</i> <i>Mening team mix (3)</i> <i>Mening team onbekend (2)</i> 10 verschillende P hierboven. Verschil afdeling maakt uit: Alle HC/MC: P is team positief en 1x mix. OPW :P weinig besproken of mix in team)	*Team algemeen positief Willen uitproberen *Mix in team *Gedachte in team beeldbellen opgelegd van bovenaf *Leeftijdsaspecten collega's is van invloed *Minder positieve visie langwerkende collega's *Weinig besproken onderwerp
Sociale invloed mening cliënt	<i>Invloed mening cliënt op behandelaar is zeer groot (alle 10 P.)</i> <i>Invloed behandelaar op cliënt(3)</i>	*invloed mening/ aansluiting cliënt ASS groot *Wederkerigheid naar cliënt van invloed
Ondersteuning (verwachting)	<i>Gerichte behandelafspraken nodig (en bespreekpunten) (14)</i> <i>Gerichte aansturing nodig (13)</i>	* Doeleinden BB omlijnen *Keuze maken beeldbellen met of zonder opslag mogelijkheid *Afspraken rondom professioneel BB-gedrag *Duidelijkheid en voorspelbaarheid inbouwen ASS *Kritisch blijven waar grens van overnemen live-contact door beeldbellen ligt * Waarde voor cliënt onderzoeken evalueren * Monitoren bevindingen patiënt *moet breed-gedragen zijn *Ondersteuning management * Direct aanspreekpunt tav beeldbellen
Ervaren stimulans	<i>Stimulans organisatie aanwezig (14)</i>	*Stimulans en ondersteuning teamleider is aanwezig (5) dit

		wordt door alleen P van HC/MC benoemd en niet OPW *Stimulans aanwezig organisatie (8) (mening evenredig verdeeld over beide team) *Natuurlijk proces
Mening gereedheid	<i>Organisatie niet gereed of onduidelijk (10 alle P)</i>	*Niet klaar (4) *Niet klaar maar niet ingewikkeld te regelen (2) *Gereedheid moeilijk iets over te zeggen (3) *Vertrouwen (1) (onderdelen zijn meningen van alle verschillende P's: Samen 10
Faciliterende condities (benodigde middelen en gebruiksomstandigheden)	<i>Extra of andere middelen nodig (22)</i> <i>Startvoorwaarden (14)</i> <i>Digitale veiligheid borgen (7)</i> <i>Geen kosten voor cliënt(8)</i>	*Faciliteiten middelen 6 (Laptop, Mobiele middelen, Bb programma) Gebruiksvriendelijk liever laptop dan tablet Meer laptops/i-pads 5 Faciliteiten belruimte 5 *Ruimte makkelijker te regelen dan laptop * Draag zorg voor geschikte apparatuur en goed beeldbelprogramma *Zorg dat je goede start maakt in alle aspecten (5) *Techniek MOET werken anders blokkeert ASS * Tijd nodig om team te motiveren *Onderzoek eerst of cliënt er wat aan heeft * Betrek werkvloer bij keuze digitaal materiaal en implementatie * En familie betrekken bij implementatiekeuze * Zet eerst in op voor opname dan na opname *Digitale privacy borgen 5 *Afspraken bespreken privacy van behandelaar *Kosteloos kunnen beeldbellen (wanneer aparte applicatie BB

		aangeschaft moet worden) *Client heeft waarschijnlijk zelf middelen (telefoon, tablet of laptop) *Als middel ontbreekt Uitleensysteem
Faciliterende condities (trainingsbehoefte)	<i>Scholing, deling van kennis en enthousiasme (33)</i>	*Scholing en afspraken personeel goede manier vasthouden contact met ASS via beeldbellen * Maak BB als extra tool inzichtelijk * Soepelheid, flexibiliteit en enthousiasme * Enthousiasme delen * Delen of iedereen wel wil en waarom * Deskundigheidsbevordering 4 * Motiveren collega's en inzicht vergroten op teamniveau nut en bruikbaarheid beeldbellen 7 * Korte uitleg (schriftelijk) technische kant * Wijze van informatie verkrijgen/delen: Niet via mail Bijeenkomsten inplannen 5 Learning on the job (techn.
Afrondende schaalvraag mogelijkheden van beeldbellen	Eerder gestelde schaalvraag in interview topic 2 rondom nut en bruikbaarheid van beeldbellen: P4: 8 P3: 9 P6: 9 P9: 8 P1: 7 P2: 8 P5: 7 P7: 5 P8: 3,5 P10: 8 Gemiddeld: 7,25	Mogelijkheden zien voor beeldbellen (na interview): 1 staat voor geen mogelijkheden zien en 10 voor zeer veel P4: 9 P3: 9 P6: 7 P9: 10. P1: 8 P2: 7 P5: 6,5 P7: 7 P8: 6 P10: 7 Gemiddeld: 7,7
Schaalvraag Intentie beeldbellen in eerste 3 maanden	Zeker inzetten mits faciliteiten	P4 scoort 10 P2 scoort 7

1 staat voor zeker niet doen 10 zeker wel doen.	Wil graag inzetten, ook om meerwaarde te leren ontdekken bij cliënt Lastig....redden zich nu met andere middelen Zeker niet inzetten Zelf niet maar wel anderen stimuleren Niet inzetten maar staat open voor oefenen	P9: dan ga ik voor een 8 P3 ja dat is lastig.....want...misschien een 3... P6 scoort 1 P1 scoort 1 P5 scoort 1 P10 scoort 1. P7 scoort 1 P8 scoort 1
--	--	---