
Maatschappij online, logopedische zorg ook?

Herkansing

Een kwalitatief onderzoek naar het draagvlak
voor het inzetten van eHealth
bij afasietherapie door de logopedist

Opleiding logopedie
Fontys Paramedische Hogeschool

Student

Naam: Viony Vroemen
Studentnummer: 2196269
E-mailadres: v.vroemen@student.fontys.nl
Telefoonnummer: 06 13111999

Begeleider

Naam: Marianne Nieboer
E-mailadres: m.nieboer@fontys.nl

Interne beoordelaar

Naam: Sandra Tops
E-mailadres: s.vanham@fontys.nl

Opdrachtgever

Lectoraat Paramedische Hogeschool

Eindhoven, oktober 2015

Inhoudsopgave

1. Samenvatting	2
2. Abstract	3
3. Inleiding	5
4. Methode	8
4.1 Design	8
4.2 Deelnemers	8
4.3 Meetinstrument: interviews	8
4.4 Analysemethode	9
4.5 Ethische paragraaf	10
5. Resultaten	12
5.1 Het huidige gebruik van eHealth middelen door logopedisten	13
5.1.1 Visie	14
5.1.2 Elektronisch dossier	14
5.2 Behandeling van afasie door logopedisten	15
5.2.1 Diagnostiek	15
5.2.2 Ondersteuning	16
5.2.3 Intensiteit	16
5.3 Gebruiksgemak van eHealth in de behandeling van afasietherapie volgens logopedisten	16
5.3.1 Gebruik in de behandeling	16
5.3.2 Tablet & apps	17
5.3.3 Contact client en ehealth	17
5.3.4 Nieuwe ontwikkelingen	17
5.3.5 Tijd	17
5.4 Gebruik en bruikbaarheid voor cliënten volgens de logopedist	17
5.4.1 Bediening	17
5.4.2 Leeftijd en doelgroep	18
5.4.3 Gebruik en ervaring	18
5.4.4 Zelfstandig oefenen	18
5.4.5 Voorwaarden	18
5.4.6 Voordelen	18

5.5	<i>Organisatorische voorwaarden</i>	19
5.5.1	<i>Behandeling wel/niet op afstand</i>	19
5.5.2	<i>Organisatie</i>	19
5.5.3	<i>Zorgverzekeraar</i>	19
5.6	<i>Ideeën en aanbevelingen voor de toekomst</i>	20
6.	<i>Discussie</i>	21
6.1	<i>Bevindingen</i>	21
6.2	<i>Sterktes en zwaktes met betrekking tot de onderzoeksmethodiek</i>	23
6.3	<i>Aanbevelingen</i>	24
6.3	<i>Conclusie</i>	25
7.	<i>Literatuur</i>	27
8.	<i>Bijlagen</i>	30
I.	<i>Geheimhoudingsverklaring</i>	30
II.	<i>Wervingsmail</i>	31
III.	<i>Informatiebrief</i>	32
IV.	<i>Toestemmingsformulier</i>	34
V.	<i>Interviewschema</i>	35
VI.	<i>Codeboom</i>	40
VII.	<i>Apps die op dit moment gebruikt worden in de behandeling van afasie</i>	49

1. Samenvatting

Introductie: Verwacht wordt dat de prevalentie van 65-plussers met hersenletsel ten gevolge van een CVA in 2030 met 81% is gestegen ten opzichte van 2010. Uit onderzoek is blijkt dat 22% van de CVA-cliënten gediagnosticeerd wordt met afasie. Het vergroten van de behandelintensiteit en kostenbesparing zijn aspecten die vergroot kunnen worden middels eHealth. Over de beschikbaarheid en het gebruik van eHealth door logopedisten binnen afasietherapie is op dit moment echter weinig bekend. Het doel van deze studie was het onderzoeken of er bij logopedisten draagvlak is voor het implementeren en gebruiken van eHealth middelen in de behandeling van afasie.

Methode: Dit is een kwalitatieve studie waarbij semigestructureerde interviews zijn afgenomen bij acht logopedisten die geregistreerd staan in de NVLF Registratie Afasie. De interviews zijn getranscribeerd en gecodeerd.

Resultaten: Uit de analyse van de transcripten en coderingen zijn zes thema's naar voren gekomen: huidige gebruik door logopedisten, gebruiksgemak van eHealth in de behandeling van afasietherapie volgens logopedisten, behandeling van afasie door logopedisten, gebruik en bruikbaarheid voor cliënten volgens de logopedist, organisatorische voorwaarden, en aanbevelingen voor de toekomst. De meeste deelnemers maken gebruik van een elektronische dossiervoering. De tablet wordt gebruikt ter ondersteuning en uitbreiding van de behandeling. Cliënten oefenen zelfstandig op een nieuwe, flitsende manier. Zelfstandig oefenen in de thuissituatie met bijvoorbeeld een tablet/computer de behandelintensiteit kan vergroten. Ook Skype blijkt een hulpmiddel om de behandelintensiteit te vergroten door het invoeren van bijvoorbeeld een online spreek-/vragenuur.

Conclusie: Er is voldoende draagvlak voor het inzetten van eHealth door de logopedist binnen de behandeling van afasie. De logopedisten erkennen de bruikbaarheid en het gebruiksgemak van eHealth toepassingen. Er is draagvlak voor het vergroten van het zelfstandig oefenen door de cliënt, dit biedt in combinatie met een behandeling op afstand een mooi alternatief om de huidige behandeling uit te breiden en de behandelintensiteit te vergroten.

2. Abstract

Introduction: It is expected that the prevalence of seniors (65+) in Holland with brain damage as a result of a stroke has increased with 81% between 2010 and 2030. Research shows that 22% of stroke patients are diagnosed with aphasia. Increasing the treatment intensity and cost reduction are aspects which can be improved while using eHealth. Little is known about the availability and use of eHealth by speech therapists in aphasia treatment. The purpose of this study was to examine whether there is support from speech therapists concerning the implementation and use of eHealth resources in aphasia treatment.

Method: This is a qualitative study, where semi structured interviews are performed on eight speech therapists whom all are registered in the NVLF Registratie Afasie. The interviews are transcribed and encoded.

Results: The analysis of the transcripts showed six themes: current use by speech therapists, ease of use concerning eHealth in aphasia treatment according to speech therapists, treatment of aphasia by speech therapists, use and usefulness for clients according to speech therapists, organizational conditions and recommendations for the future. Most participants use an electronic filing system. The tablet is used to support and expand aphasia treatment. Clients who suffer from aphasia are able to independently practice at home in a new and flashy way. Independent practice in the homely environment with a tablet/computer can increase treatment intensity. Skype also appears to be a resource for increasing treatment intensity, by introducing online consulting.

Conclusion: There is sufficient support for implementing eHealth resources by the speech therapists in aphasia treatment. Speech therapists acknowledge the perceived usefulness and ease of use of eHealth applications. There is support for enhancing independent practice by the client. In combination with remote treatment, this offers a good alternative to expand the current treatment and increase the treatment intensity.

3. Inleiding

Het aantal ouderen in Nederland boven de 65 zal vanaf 2013 versneld gaan toenemen. In 2012 was 16% van de Nederlandse bevolking 65-plusser. Naar schatting is dit percentage in 2040 gestegen naar 26%. Volgens Giesbers, Verweij en De Beer (2013) bereikt het aantal 65-plussers in Nederland in 2041 een hoogtepunt van 4,7 miljoen. Volgens Achterberg, Hilderink en Hoeymans (2014) is de toename in levensverwachting te wijden aan de dalende leeftijdsspecifieke sterfte, zoals bij cardiovasculaire aandoeningen. De specifieke sterftedaling bij bijvoorbeeld een beroerte (CVA, cerebro vasculair accident) is het gevolg van, onder andere, de afname van het aantal rokers en de verbeteringen in de medische wereld (Achterberg et al., 2014). Wanneer 65-plussers met een CVA langer leven, stijgt de prevalentie van dit ziektebeeld onder de bevolking. Achterberg et al. (2014) verwacht dat de prevalentie van 65-plussers met hersenletsel ten gevolge van een CVA in 2030 met 81% is gestegen ten opzichte van 2010.

Als gevolg van een CVA ervaart een derde van de cliënten communicatiemoeilijkheden (Dark & Sander, 2014; Palmer et al., 2015). Een voorbeeld van een complexe stoornis ten gevolge van een CVA die communicatiemoeilijkheden veroorzaakt is afasie. Uit onderzoek is gebleken dat van de onderzochte CVA-clienten bijna 22% gediagnosticeerd werd met afasie (Klebic, Salihovic, Softic & Salihovic, 2011). Afasie is een verworven taalstoornis ten gevolge van niet aangeboren hersenletsel (Kelly, Brady & Enderby, 2010). Er is bij een afasie sprake van een taalstoornis met betrekking tot het spreken, luisteren, lezen en/of schrijven (Dark & Sander, 2014).

Bij de behandeling van een afasie zijn logopedisten betrokken. Het doel van de logopedische behandeling van afasie is het verbeteren van de dagelijkse communicatie (De Jong-Hagelstein, van de Sandt-Koenderman, Prins, Dippel, Koudstaal, & Visch-Brink, 2012). Volgens Rietveld, Ruiter en Kok (2008) bestaat de behandeling door de logopedist op dit moment uit allerlei oefeningen met betrekking tot fonologie, morfologie, semantiek, syntaxis en pragmatiek. Rietveld, Ruiter en Kok (2008) benoemen ook dat intensieve therapie in de acute fase van een afasie positieve effecten heeft op de prestaties van de afasiecliënt. Het effect van de intensiteit van afasietherapie op de cliënt werd in 2003 al onderzocht door Bhogal, Teasell en Speechley. Zij kwamen tot de conclusie dat intensieve therapie van 8,8 uur per week gedurende 2 tot 3 maanden cruciaal is voor het maximaliseren van het fatisch herstel. In de richtlijn Beroerte (2008) staat beschreven dat het effect van de therapie twee keer zo hoog is bij een gematigde tot hoge intensiteit (2-5 uur of meer per week) in vergelijking met een lage intensiteit (minder of gelijk aan 1,5 uur per week). In de praktijk blijkt echter dat de intensieve therapie niet eenvoudig te realiseren is (Rietveld, Ruiter & Kok, 2008), zeker als dit betekent dat de cliënt veel contact moet hebben met de therapeut. Deze beperking wordt ook aangehaald door Palmer et al. (2015), zij bespreken in hun onderzoek dat de realisatie van intensieve therapie wordt beperkt door de status van de cliënt. Medische instabiliteit, vermoeidheid en verwarring zijn factoren die volledige participatie aan de afasietherapie beperken. Verder benoemen zij dat het inzetten van nieuwe technologieën zoals bijvoorbeeld aangepaste computersoftware (StepbyStep©) nieuwe mogelijkheden kan bieden binnen de afasietherapie. Deze mogelijkheden omvat onder andere het zelfstandig oefenen in de thuissituatie. Dit zou de behandelintensiteit vergroten en kansen bieden voor

de cliënt met betrekking tot zelfmanagement en het verbeteren van de taalvaardigheden zoals lezen, spellen en expressieve taal. Met deze mogelijkheden kan de behandeling aangevuld en uitgebreid worden. In de richtlijn Beroerte (2008) werd destijds ook aangegeven dat zelfwerkzaamheid met de computer de intensiteit van de therapie kan vergroten. Zij geven er de voorkeur aan dat de intensiteit van de therapie op die manier uitgebreid wordt tot 1 uur per dag. Kurland, Wilkins en Stokes (2014) beschreven dat het toepassen van een tablet binnen de afasietherapie veel potentie heeft om de traditionele afasietherapie te onderhouden en versterken. In het onderzoek gebruikten zij oefeningen met benoemtaken, het verbaal herhalen van een videoboodschap en geschreven woorden matchen met afbeeldingen. Alle acht deelnemers waren in staat om zelfstandig nieuwe woorden te leren door zes maanden lang, dagelijks te oefenen.

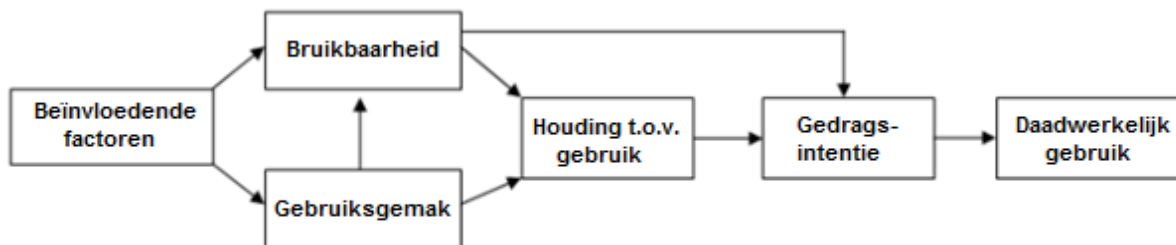
In de richtlijn beroerte van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) wordt door Verbeek et al. (2014) beschreven dat telerevalidatie/-consultatie bij cliënten met een CVA veelbelovend lijkt te zijn. Deze manier van behandelen geeft cliënten de mogelijkheid om contact te onderhouden met de therapeut door middel van telecommunicatie, zoals een telefoon- of videoverbinding. Op deze wijze worden cliënten op afstand begeleid. Deze vorm van therapie speelt in op zelfmanagement, zelfstandig kunnen oefenen en empowerment van de cliënt. Edwards, Stredles-Brown en Houston (2012) benoemen dat de ernst van de afasie beperkend kan zijn voor het gebruik van telerevalidatie door de cliënt. In de KNGF-richtlijn beroerte (Verbeek et al., 2014) wordt verder nog besproken dat telerevalidatie mogelijk ook kosteneffectief is. De cliënt kan eerder met ontslag en de therapeut hoeft geen reiskosten te maken. Deze kosteneffectiviteit werd eerder ook al beschreven door Edwards, Stredles-Brown en Houston (2012) en Timpano et al. (2013). Aan de andere kant: de kosten voor het implementeren van de technologieën voor telerevalidatie kunnen volgens Kairy, Lehoux, Vincent en Visintin (2009) hoog oplopen.

Bovenstaande mogelijkheden en middelen als aangepaste computersoftware, tablets en telerevalidatie binnen een behandeling in de gezondheidszorg kunnen allemaal gecategoriseerd worden onder het begrip eHealth. Krijgsman definieert de term eHealth in het onderzoeksrapport van de eHealth monitor (2014) als volgt: "Het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren.". Dit voorgenoemde onderzoeksrapport is het resultaat van de, sinds 2013, jaarlijks terugkerende eHealth monitor. Middels deze monitor onderzoekt het Nictiz (Nationaal ICT instituut in de Zorg) in samenwerking met het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) de beschikbaarheid en het gebruik van eHealth door cliënten en zorgverleners. Van onder andere huisartsen, medisch specialisten, psychiaters, verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners is op dit moment het een en ander bekend. Veel zorgverleners werken momenteel bijvoorbeeld middels elektronische dossiervoering.

Hiervoor genoemde bevindingen laten zien dat er potentie is voor het toepassen van eHealth door logopedisten binnen de afasietherapie. Zo zou eHealth kunnen bijdragen aan het vergroten van de intensiteit van de behandeling en tevens kostenbesparend kunnen werken. Over de beschikbaarheid en het gebruik van eHealth door logopedisten binnen afasietherapie is op dit moment echter weinig

bekend. Het is onduidelijk welke eHealth middelen door logopedisten gebruikt worden en welke rol deze middelen spelen in de behandeling van afasie. Om een beeld te krijgen van de zowel de visie als het draagvlak van de logopedisten met betrekking tot eHealth binnen afasietherapie is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: *In hoeverre is er draagvlak voor het inzetten van eHealth middelen door de logopedist binnen de behandeling van afasiecliënten?*

Het begrip draagvlak wordt gedefinieerd als het belang dat de logopedist hecht aan het toepassen van de eHealth mogelijkheden binnen de logopedische behandeling van afasie. Om het draagvlak te beoordelen wordt aan de hand van het Technology Acceptance Model, TAM de aanvaarding van de nieuwe technologie, eHealth, onderzocht. Volgens het TAM wordt de acceptatie van de nieuwe technologie verklaard op basis van de bruikbaarheid en het gebruiksgemak (Pai & Huang, 2011). De bruikbaarheid en het gebruiksgemak beïnvloeden de houding ten opzichte van de technologie alsmede de gedragsintentie en uiteindelijk het daadwerkelijk gebruik van de technologie zoals weergegeven in figuur 1.



Figuur 1. Nederlandse vertaling van het Technology Acceptance Model (Davis, Bagozzi & Warshaw, 1989)

Om het draagvlak, en daarmee de intentie voor het toepassen van eHealth, te kunnen beoordelen wordt er gekeken naar de bruikbaarheid en het gebruiksgemak van eHealth door logopedisten in de behandeling van afasie en welke factoren hier, volgens de logopedist, invloed op hebben. Hiervoor is een inventarisatie nodig van het huidige gebruik van eHealth. Daarnaast moet er gekeken worden naar de verschillende fases van het logopedisch handelen en binnen welke fase er behoefte is aan de implementatie van eHealth en waarom. Zoals eerder beschreven in dit hoofdstuk speelt eHealth mogelijk een grote rol in het vergroten van de intensiteit van de behandeling. Daarom is het ook van belang om de mogelijkheden van eHealth met betrekking tot intensiteit te bespreken met de logopedisten. Tevens is het van belang om de houding van de logopedisten met betrekking tot de nieuwe ontwikkelingen te onderzoeken. Om bovenstaande informatie te verkrijgen, en op die manier een adequaat antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag, zijn een aantal deelvragen opgesteld:

1. *Welke eHealth middelen worden op dit moment gebruikt door de logopedist binnen de afasietherapie?*
2. *Binnen welke fase van het logopedisch handelen is er behoefte aan het toepassen van de eHealth middelen en welke rol spelen deze middelen in de verschillende fases?*
3. *In hoeverre kan de intensiteit van afasietherapie ondersteund worden door eHealth?*
4. *In hoeverre zijn de logopedisten bereid om andere/nieuwe eHealth middelen toe te passen of uit te breiden binnen de afasietherapie?*

4. Methode

4.1 Design

Om inzicht te verkrijgen in het gebruik en de toepassing van eHealth door logopedisten binnen de afasietherapie, en de visie van de logopedisten met betrekking tot dit onderwerp is gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode. Middels semigestructureerde interviews werd geïnterviewd welke eHealth mogelijkheden op dit moment voorhanden zijn, en gebruikt worden door logopedisten binnen de afasietherapie.

4.2 Deelnemers

De deelnemers zijn geworven aan de hand van de NVLF (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie) Registratie Afasie (2015). Alleen logopedisten die ingeschreven staan in dit register zijn geïnccludeerd voor dit onderzoek. Doordat deze logopedisten ingeschreven staan in dit register voldoen zij aan de, door de NVLF gestelde, criteria met betrekking tot werkervaring en opleiding. Hierdoor wordt een bepaalde mate van werkervaring gewaarborgd wat in dit onderzoek van toepassing is op de behandeling van afasie. Via de gegevens die vermeld staan in het register is contact gezocht met de potentiële deelnemers. De logopedisten konden na het lezen van de wervingsmail (zie bijlage II) telefonisch of via de e-mail aangeven of ze interesse hadden in het onderzoek. Bij interesse kregen ze vervolgens kregen ze een informatiebrief (zie bijlage III) toegestuurd via de e-mail waarna de logopedisten zich op eigen initiatief definitief konden aanmelden bij de onderzoeker. De deelnemende logopedisten zijn geselecteerd op volgorde van de aanmelding van deelnemers. Er is bij dit onderzoek gestreefd naar een zo groot mogelijke variëteit met betrekking tot leeftijd, aantal jaren werkervaring en verschillende logopedische settings.

4.3 Meetinstrument: interviews

De interviews werden na aanmelding telefonisch of via de e-mail gepland. De interviews zijn, in overleg, gepland op de datum en het tijdstip waar de deelnemende logopedist de voorkeur aan gaf. Alle interviews zijn afgenomen door één onderzoeker in de periode van 22 april 2015 tot en met 29 mei 2015. De duur van de interviews varieerde van 31 minuten tot 61 minuten en vonden plaats in een rustige ruimte, meestal in de behandelruimte van de betreffende logopedist. Middels een voice-recorder werden alle interviews opgenomen. Alvorens de interviews af te nemen bij de deelnemende logopedisten werd er eerst een 'proefinterview' afgenomen door de onderzoeker. Op die manier werd het afnemen van het interview geoefend door de onderzoeker maar werd ook de vraagstelling gecontroleerd. Ook ontving de onderzoeker peerfeedback over haar houding en manier van handelen binnen het interview. Bij aanvang van het interview werden eerst persoonsgegevens besproken. Deze gegevens bevatten de volgende informatie: leeftijd, geslacht, aantal jaren werkervaring als logopedist en afasietherapeut, de setting en het aantal collega logopedisten binnen die setting.

De deelnemende logopedisten waren vrij om vragen wel/niet te beantwoorden. Vervolgens kwamen verschillende topics aan bod:

1. De visie van de logopedist m.b.t. eHealth.
2. De fases van het logopedisch handelen: aanmelding, anamnese, diagnostiek, behandeling en evaluatie.
3. Geschatte draagvlak van de organisatie t.o.v. eHealth.
4. Geschatte draagvlak van de doelgroep t.o.v. eHealth.
5. Persoonlijke mening m.b.t. eHealth toepassingen en ontwikkelingen.

Bovenstaande topics worden in het interviewschema bijlage V schematisch weergegeven. In dit interviewschema worden ook de vragen die tijdens het interview gesteld werden vermeld. Deze vragen hadden onder andere betrekking op de visie en mening van de logopedist ten opzichte van de manier waarop de huidige behandeling geïnitieerd wordt, intensiteit van de behandeling en ontwikkelingen in de toekomst. Na afronding van het laatste topic werd de voice recorder stopgezet en werd het interview afgerond.

4.4 Analysemethode

Gedurende dit hele onderzoek is een iteratief proces geïmplementeerd. De opname van ieder interview werd na afloop van het interview getranscribeerd. Het transcript, de codering en de analyse van de resultaten zijn zo objectief mogelijk beoordeeld. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is voldoende. Voor dit specifieke onderzoek betekent dit dat een medestudent enkele transcripten heeft gecodeerd. Het gaat hier om open coderingen. Vervolgens zijn de codes van de medestudent en de onderzoeker geanalyseerd en vergeleken. De verschillen in coderingen waren minimaal en werden waar nodig bediscussieerd. De volledigheid van de verslaglegging en de interpretatie van de onderzoeker is gecontroleerd middels een member check: de onderzoeker stuurde een globale samenvatting van het transcript naar de betreffende deelnemer. De deelnemer las de samenvatting en voorzag deze zo nodig van commentaar. Vervolgens paste de onderzoeker, wanneer nodig, het transcript aan. Zes van de acht deelnemers hebben gereageerd op deze member check. Drie deelnemers hadden geen op-/aanmerkingen. Drie andere deelnemers hadden wel wat aan-/opmerkingen. Deze aan-/opmerkingen hadden betrekking op de grammatica en spelling van de onderzoeker met betrekking tot de samenvatting. Daarnaast wilden enkele deelnemers hun antwoorden en meningen verder toelichten. De aan-/opmerkingen van de drie deelnemers zijn verwerkt in de samenvattingen. Deze aanpassingen hadden echter geen gevolgen voor de interpretatie van de interviews en het gebruik van de transcripten.

Gedurende de gehele periode van gegevensverzameling vond de analyse plaats. Op die manier konden opvallende onderwerpen verwerkt worden in de nieuwe interviews. Enkele onderwerpen die uit de eerste interviews naar voren zijn gekomen en vervolgens zijn verwerkt in de latere interviews zijn: zorgverzekeraars, mogelijkheden van het elektronisch patiëntendossier en het specifiek bespreken van verschillende apps. Relevante fragmenten uit de interviews werden samengevat door middel van 'open coderen'. In totaal zijn er 546 open codes vastgesteld welke gerelateerd zijn aan het

draagvlak voor de toepassing van eHealth door logopedisten bij de behandeling van afasie. De open codes zijn vervolgens samengevoegd op basis van verwantschap. Uit deze zogenoemde 'axiaal codering' zijn de volgende thema's met betrekking tot eHealth ontstaan: huidige gebruik door logopedisten, gebruiksgemak van eHealth in de behandeling van afasietherapie volgens logopedisten, behandeling van afasie door logopedisten, gebruik en bruikbaarheid voor cliënten volgens de logopedist, organisatorische voorwaarden en aanbevelingen voor de toekomst. De thema's zijn onderverdeeld in subthema's. Elk thema en de bijbehorende subthema's worden in de resultatensectie van dit onderzoek (hoofdstuk 5) uitgebreid omschreven en verantwoord. Een compleet overzicht van alle open en axiaal coderingen is te vinden in bijlage VI.

Om een adequaat antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag werd het draagvlak van de toepassingen van eHealth door logopedisten middels het in hoofdstuk drie beschreven TAM-model geanalyseerd. Dit model is uitbreiding op de Theory of Reasoned Action (TRA). Dit is een theorie voor het voorspellen van menselijk gedrag (Ward, 2013). Door verschillende onderzoeken wordt bevestigd dat het TAM-model betrouwbare resultaten oplevert bij het verklaren van de gedragsintentie voor het gebruik van nieuwe technologie waarbij met name het gebruiksgemak een belangrijke rol speelt (Lee, Yoon, & Lee, 2009; Liaw, 2008; Roca en Gagné 2008; Sánchez-Franco, Martínez-López, & Martín-Velicia 2009). Het TAM suggereert dat de aanvaardigheid van een nieuwe technologie afhankelijk is van de bruikbaarheid en het gebruiksgemak van de nieuwe technologie. Zoals weergegeven in figuur 1 beïnvloeden de bruikbaarheid en het gebruiksgemak de gedragsintentie en daarmee ook het daadwerkelijk gebruik van de technologie.

Aan de hand van de uitspraken, meningen en visies van de logopedisten ten opzichte van eHealth werd onder andere de bruikbaarheid en het gebruiksgemak van eHealth toepassingen in de behandeling verklaard. Uiteindelijk werd met de opvattingen over de bruikbaarheid en het gebruiksgemak geanalyseerd in welke mate de deelnemende logopedisten van plan waren om eHealth, nu of in de toekomst, toe te passen in de behandeling van afasie. Met deze analyse werd de gedragsintentie alsook het daadwerkelijk gebruik van eHealth door logopedisten binnen de behandeling van afasie bepaald.

4.5 Ethische paragraaf

Voor aanvang van het onderzoek werd een geheimhoudingsverklaring getekend door zowel de onderzoeker als haar begeleider (bijlage I). De deelnemers konden de onderzoeker te allen tijden contacteren, zowel telefonisch als via e-mail. Vooraf aan het interview werden de deelnemers, zoals beschreven in paragraaf 4.2, geïnformeerd over het onderzoek middels een informatiebrief (zie bijlage III). Tijdens de afspraak met de geïnterviewde werd het onderzoek nogmaals kort toegelicht en werd de doelstelling van het onderzoek, de werkwijze en de procedure van de gegevensverwerking besproken en kregen de deelnemers de mogelijkheid om het toestemmingsformulier (zie bijlage IV) te tekenen. In dit formulier staat beschreven dat alle gegevens zo anoniem mogelijk werden verwerkt. en als de deelnemer zijn deelname aan het onderzoek wenste te beëindigen dat dit verzoek te allen tijden zou worden ingewilligd. Er werd tijdens dit onderzoek, zoals beschreven in paragraaf 4.4, een member check uitgevoerd. Op die manier kregen de deelnemers de mogelijkheid de uitwerking van

hun interview in te zien en waar nodig op-/aanmerkingen te maken. De zo anoniem mogelijke verwerking van de gegevens werd geïnitieerd door alle deelnemende logopedisten een deelnemersnummer te geven variërend van D1 tot en met D8. Geen enkele deelnemer wordt met naam genoemd. De deelnemersnummers zijn ook gebruikt bij de verwerking van de audio-opnames in de transcripten en samenvattingen. Wanneer de onderzoeker het onderzoek heeft voltooid worden de gegevens overgedragen aan de Fontys Paramedische Hogeschool en zal de onderzoeker alle opnamemateriaal in haar bezit wissen. Deze procedure van informed consent staat ook vermeld in de informatiebrief (zie bijlage III) en in het eerder beschreven toestemmingsformulier.

5. Resultaten

Er zijn 8 deelnemers (n=8) geïnccludeerd en geïnterviewd voor dit onderzoek. In tabel 1 zijn de socio-demografische kenmerken van de 8 deelnemers, allen vrouwelijk, verwerkt. De leeftijdsrange was breed en varieerde van 26 tot 53 jaar. In verband met het zo anoniem mogelijk verwerken van de gegevens van de deelnemers zijn de leeftijden opgedeeld in de volgende categorieën: 1 (26 ^t/_m 35 jaar), 2 (36 ^t/_m 45 jaar) en 3 (46 ^t/_m 55 jaar). Alleen het nummer van de categorie wordt in tabel 3 weergegeven. Het aantal jaren werkervaring als logopedist verschilt van 4,5 jaar tot 21 jaar. Het verschil in werkervaring als geregistreerd afasietherapeut is minder groot. Deze range varieerde van 1 tot 12 jaar. Van alle deelnemers is meer dan 60% minder dan 5 jaar geregistreerd als afasietherapeut. De logopedisten zijn werkzaam in verschillende settings uiteenlopend van vrije vestiging tot verpleeghuis en revalidatiecentrum. Het aantal collega's varieert van nul (revalidatiecentrum) tot tien (verpleeghuis). De verschillende settings zijn gesitueerd in de provincies Limburg (3) en Noord-Brabant (5).

Tabel 1: Socio-demografische kenmerken deelnemers

Deelnemer	Leeftijds-categorie	Aantal jaren werkervaring als logopedist	Aantal jaren geregistreerd als afasietherapeut	Setting *	Provincie waarin de setting gevestigd is
D1	1	4,5 jaar	1 jaar	Verpleeghuis (2): - Revalidatie- en verpleegafdeling - Eerstelijnszorg	Noord-Brabant
D2	3	23 jaar	7 jaar	Verpleeghuis (3)	Noord-Brabant
D3	1	10 jaar	4 jaar	Verpleeghuis (3)	Noord-Brabant
D4	2	21 jaar	1 jaar	Vrije vestiging (6)	Limburg
D5	2	13 jaar	3 jaar	Vrije vestiging (4)	Limburg
D6	2	15,5 jaar	12 jaar	1. Instelling voor mensen met een complex meervoudige beperking (1) 2. Verpleeghuis (3)	Noord-Brabant
D7	3	20 jaar	4 jaar	Vrije vestiging (6)	Limburg
D8	1	10 jaar	7 jaar	1. Revalidatiecentrum (0) 2. Verpleeghuis (10)	Noord-Brabant

* Het aantal collega's van de betreffende setting wordt weergegeven tussen de haakjes.

Na het samenvatten van de relevante fragmenten zijn er 546 open codes vastgesteld. Vervolgens zijn deze open codes op basis van verwantschap ingedeeld in thema's. Uit de zogenoemde axiaal codering kwamen de volgende thema's naar voren: Het huidige gebruik van eHealth door logopedisten (126 codes), gebruiksgemak van eHealth in de behandeling van afasietherapie volgens logopedisten (133 codes), behandeling van afasie door logopedisten (116 codes), gebruik en bruikbaarheid voor cliënten volgens de logopedist (99 codes), organisatorische voorwaarden (47 codes), en aanbevelingen voor de toekomst (25 codes). Om deze thema's te specificeren zijn er

subthema's opgesteld. Een uitgebreid overzicht van alle thema's, subthema's en aantal codes vindt u in tabel twee. Het aantal codes dat is ingedeeld bij de hoofd-/subthema's wordt tussen haakjes weergegeven achter het thema.

Tabel 2: Thema's

Thema	Subthema's
Het huidige gebruik van eHealth door logopedisten (75)	– Elektronisch dossier (27) – Visie eHealth (24)
Gebruik door logopedisten	– Gebruik (46) – Tablet & apps (17) – Contact cliënt & eHealth (28) – Tijd (14) – Nieuwe ontwikkelingen (28)
Behandeling van afasie door logopedisten (64)	– Diagnostiek (16) – Ondersteuning (15) – Intensiteit (21)
Gebruik door cliënten volgens logopedisten	– Bediening (25) – Leeftijd doelgroep (21) – Gebruik en ervaring (25) – Zelfstandig oefenen (12) – Voorwaarden (6) – Voordelen voor cliënt (10)
Organisatorische voorwaarden	– Behandeling wel/niet op afstand (30) – Organisatie (9) – Zorgverzekeraar (8)
Ideeën & aanbevelingen voor de toekomst (25)	

Zoals te zien in tabel twee zijn bij een aantal hoofdthema's geen codes ingedeeld. Reden hiervoor is dat de codes te specifiek waren en hierdoor beter tot hun recht kwamen wanneer ze bij de subthema's werden ingedeeld. Het laatste hoofdthema (ideeën en aanbevelingen voor de toekomst) heeft geen subthema's, reden hiervoor is dat het hoofdthema allesomvattend is. Een compleet overzicht van alle thema's en de bijbehorende codes vindt u in bijlage VI.

In dit hoofdstuk worden alle thema's verder uitgewerkt. Hierin worden de resultaten van de interviews, de citaten, weergegeven. Om aan te geven wat het huidige gebruik van eHealth toepassingen door de logopedist in de behandeling van afasie is, wordt dit thema eerst beschreven. De indrukken en ervaringen die de logopedisten met deze toepassingen hebben vormen de basis voor hun visie ten opzichte van de overige thema's. Vervolgens worden de overige thema's op aflopende grootte (gebaseerd op het aantal codes) verder uitgewerkt en beschreven.

5.1 Het huidige gebruik van eHealth door logopedisten

Alle logopedisten verwerken de cliëntgegevens digitaal. Ze gebruiken ze hier allen een zogenaamd elektronisch patiëntendossier (EPD) voor (zie tabel 3). D5 verwerkt de uitingen en scores m.b.t.

diagnostiek waar mogelijk direct digitaal. De overige logopedisten gebruiken hiervoor eerst het papieren formulier waarna alles gescand en digitaal verwerkt wordt. D7 zegt hierover: *'Ik heb eigenlijk dubbele administratie'*. Vier logopedisten passen op dit moment apps toe binnen de behandeling (D1, D4, D5 en D7). Geen enkele logopedist maakt gebruik van telelogopedie door middel van Skype. Bij een enkele logopedist is sprake van telelogopedie door middel van contact via de e-mail. Contact met andere zorgverleners verloopt op dit moment voornamelijk telefonisch, per mail of via de interne postvoorziening.

Tabel 3: Gebruikte eHealth toepassingen door logopedisten

Deelnemer	Welke middelen gebruiken ze op dit moment in de behandeling?
D1	Computer (e-mail en oefenprogramma's), laptop, Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) en tablet (apps)
D2	Computer (computerprogramma) en EPD.
D3	Computer (cd-rom met oefenprogramma en internet voor leesteksten, filmpjes en afbeeldingen), laptop, EPD en tablet (apps)
D4	Computer, EPD, tablet, e-mail (contact, feedback en materiaal versturen naar cliënt) en digitaal behandel materiaal.
D5	Computer, EPD, tablet (apps), e-mail, anamneseformulier digitaal invullen, onderzoeksgegevens digitaal invullen, digitaal testmateriaal (papieren testmateriaal gescand) en digitaal behandel materiaal.
D6	Computer, EPD (in setting 2), digitaal dossier (in setting 1 door middel van cliëntmappen) en tablet (spraakopname)
D7	Computer (oefenprogramma's, online oefeningen), Elektronisch Patiënten Dossier (EPD), anamneseformulier digitaal, tablet (apps) en digitaal cliënttevredenheidsonderzoek.
D8	Computer (oefenprogramma's), EPD (setting 1), digitaal dossier (setting 2), tablet, e-mail en digitaal cliënttevredenheidsonderzoek.

5.1.1 Visie: De huidige visie m.b.t. eHealth is niet eenduidig. Door D1 wordt eHealth als vernieuwing gezien *'Als ik denk aan eHealth dan denk ik aan vernieuwing'*. Een andere deelnemer (2) ziet eHealth op een andere manier *'Allerlei gezondheidsprogramma's oefeningen die je via de computer aangereikt krijgt of kan krijgen'*. Verder wordt eHealth gezien als verschillende ontwikkelingen in de vorm van het toepassen van apps in de behandeling (D3), communicatie via internet (D4) of een behandeling via beeldcommunicatie (D6 en D8). D5 ziet eHealth als *'Een stukje technologische ondersteuning binnen de gezondheidszorg'*. Deze visie wordt ondersteund door D1, D2 en D6. D5 benoemt daarbij nadrukkelijk om de cliënt *'Zelf dingen te laten doen'*.

5.1.2. Elektronisch dossier: De bevindingen met het EPD zijn variërend. Volgend D3 draagt de kwaliteitstoets bij aan wat er in het patiëntendossier komt te staan. Middels de kwaliteitstoets wordt op basis van de bestaande wet en regelgeving de praktijkvoering en logopedisch handelen getoetst (NVLF, 2015). D3 voegt hieraan toe dat het niet *'alleen losse flodders op papier'* zijn, maar ben je meer gericht op wat je schrijft. Deze laatste bevinding wordt beaamd door D2: *'Ik vind het heel overzichtelijk en je kunt alle documenten terugvinden'*. Je kunt de behandeling passender en doeltreffender inzetten zegt D4. Daarnaast is het volgens haar ook *'Praktisch en sneller'*. D5 zegt het volgende: *'Ons softwareprogramma, EPD eigenlijk, is een programma dat heel flexibel is, en wat we zelf een beetje hebben kunnen inrichten'*. D7

benoemt verder dat het elektronisch dossier traag kan zijn. D6 verwerkt alle gegevens van setting 1 digitaal via cliëntmappen en in setting 2 via het EPD. D8 verwerkt de behandelgegevens in setting 1 via het EPD en in setting twee digitaal. Zij gaven beide wel aan dat de organisatie van de setting waar geen EPD gefaciliteerd is hiermee bezig was en dat het elektronisch patiëntendossier dit jaar nog gefaciliteerd wordt.

5.2 Behandeling van afasie door logopedisten

De bevindingen over eHealth binnen de behandeling variëren sterk. D3 merkt een verschuiving in de hulpvraag van de cliënt: *‘Je merkt heel snel of mensen daarvoor open staan of niet. [...] Laatst hadden [...] we helemaal de anamnese afgenomen, toen had ik gezegd van: ja werkt u ook op de computer? [...] Ja dan blijkt dat dus ook echt een hulpvraag te zijn van ja ik wil weer goede zinnen in facebook kunnen typen als reactie op anderen of op m’n eigen status. [...] Nou daar ga je al dus, dan is schrijven niet meer het boodschappenlijstje maar een facebookbericht’*. Het gebruik van de tablet en apps wordt het meest aangehaald tijdens de interviews. D4, D5 en D7 passen actief apps toe binnen de behandeling. Zo heeft D4 een zogenoemde afsprakenapp *‘Die mensen herinnert aan het feit dat ze een afspraak hebben’*. Deze app hebben ze ingesteld: *‘Om het aantal no-shows naar beneden te krijgen’*. Zelf zegt ze hierover: *‘We hoeven veel minder verzuimtarieven te rekenen nu. Mensen zijn er zelf ook alerter op’*. Ook e-mail wordt veel gebruikt als communicatiemiddel. D4 zegt hierover het volgende: *‘We hebben heel veel materiaal digitaal, omdat we gewoon meerdere locaties hebben en daarmee kun je dus ook heel makkelijk even materiaal voor een cliënt selecteren. In plaats dat je het nog ouderwets kopieert, verstuur je het gewoon en hij kan het ook altijd weer op z’n mail ophalen van: oh ja wat was het ook weer? Of wat is de bedoeling hiervan? Dat zet je er dan duidelijk bij.’* D2 benoemt dat het zoekproces naar geschikte apps voor een specifieke cliënt tegenvalt: *‘Er is veel beschikbaar maar er is weinig geschikt.’* Naast de tablet, verschillende apps (in bijlage VII staat een kort overzicht met enkele apps die gebruikt worden in de behandeling van afasiecliënten.) en e-mail wordt ook de zoekmachine Google gebruikt om o.a. de communicatie te ondersteunen: *‘Als cliënt iets wil weten, je komt er niet uit, dan Google je dat even’* zegt D1. Hier voegt ze aan toe: *‘Sommige cliënten komen dan met de naam van een bedrijf, dan noemen ze iets waar ik geen beeld bij heb en dan google ik het wel eens. Dat ik weet waar de cliënt het over heeft en dat ik daar dan op in kan gaan.’* Als behandelmiddel geven D1 en D7 aan dat er geen onderscheid is tussen het gebruik van de computer en gebruik van het schriftelijke materiaal. Er is beide gevallen een therapeut aanwezig. D8 gebruikt de verschillende eHealth middelen vooral voor voorlichting te geven: *‘Voor informatie. Voor iemand die naast de afasie ook nog een slikstoornis heeft dan laat ik de slikvideo zien op de iPad.’*

5.2.1 *Diagnostiek:* op het gebied van diagnostiek wordt op dit moment nauwelijks gebruik gemaakt van de mogelijkheden die het EPD of Microsoft Office biedt. Uitzondering hierop is D5. Zij heeft enkele op papier beschikbare testen gedigitaliseerd door de documenten te scannen. Ook voor de papieren scoreformulieren heeft ze een alternatief: *‘Ik heb eigenlijk van de meeste onderzoeken Excel bestanden gemaakt. Dus ik kan het meteen digitaal invullen.’* D1, D2 en D3 geven aan dat er weinig digitale mogelijkheden/alternatieven zijn m.b.t.

diagnostiek. D7 vindt onderzoek via de computer *'Bewerkelijk'* en zegt: *'Ik heb nog steeds het gevoel dat het op papier makkelijker is. Sneller gaat.'*

5.2.2 *Ondersteuning:* D8 benoemt dat de omgeving een belangrijke rol speelt. Met behulp van de ondersteuning van de omgeving (familie, vrienden, burens etc.) wordt de cliënt geïnformeerd (D1), gestimuleerd (D3), ondersteund (D5) en kan hij/zij veel oefenen (D7). Veel oefenen wordt gefaciliteerd door het thuisgebruik van oefenprogramma's op de computer of apps op de tablet. Ook bij het faciliteren van eHealth middelen speelt de omgeving een rol volgens D3: *'Stel het gaat weer over aanschaf, kijk dat vinden mensen heel lastig: wat moet je dan hebben, hoe moet het eruitzien, waar, hoe werkt 't? Dus als iemand dat al faciliteert en heel makkelijk maakt, dat is de ondersteuning denk ik, in de aanschaf en het gebruik.'* Het verdragen van de hulp van omgeving is echter wel cliëntgebonden benoemt D6.

5.2.3 *Intensiteit:* D5 geeft aan dat intensieve directe therapie niet haalbaar is. D3, D4 en D5 geven echter wel aan dat de intensiteit van de behandeling kan toenemen wanneer mensen zelfstandig oefenen. Zoals hiervoor beschreven wordt zelfstandig oefenen gefaciliteerd door middel van het thuisgebruik van verschillende taal oefeningen op de computer en/of tablet. Maar hier hoort ook het contact tussen de therapeut en cliënt door middel van e-mail bij. D3 zegt: *'De meeste dorpen liggen best op een behoorlijke afstand. Dat kost veel reistijd om naar iemand toe te gaan en je agenda is dan beperkt. En dat maakt dat je soms net die ene keer extra niet in de week kan gaan.'* Ze geeft aan dat hier een oplossing voor kan zijn: *'Maar als je hier (op locatie) dan die twintig minuten hebt om een paar mensen achter elkaar bijvoorbeeld via telelogopedie te coachen dan kun je net die ene keer extra in de week inplannen'*. Deze mogelijkheid wordt bevestigd door D4 en D8. Naast de reistijd merkt D5 dat door de drukke schema's van de cliënten te weinig therapie gegeven kan worden want: *'Het is gewoon belangrijk om heel veel met die taal bezig te zijn'*. Zij merkt wel dat: *'Mensen die thuis oefenen, dat gaat beter.'* D1 noemt daarnaast het volgende: *'We zitten dus wel vast aan een maximaal aantal behandelingen dat we mogen uitvoeren. Dan heb ik het vooral over de revalidatieafdeling dat wordt vergoed vanuit de zorgverzekeraar. En ja, daar is gewoon een maximaal potje geld voor. Dus daar zouden alle disciplines wel intensiever willen behandelen maar daar wordt geen geld voor gegeven vanuit de zorgverzekeraar.'* Een oplossing voor deze beperking benoemt ze ook: *'Dus als de cliënt daarnaast zelf veel kan doen zou dat wel veel opleveren voor de behandeling.'* D3 bevestigt dit: *'Maar ook met dat digitaal merk ik dat mensen dan meer oefenen zelf. Dus dat is niet zo zeer met therapeut erbij maar wel zelf nog een keer die oefengang doorlopen. Dus ja, daardoor haal je natuurlijk wel een iets hogere intensiteit.'*

5.3 Gebruiksgemak van eHealth in de behandeling van afasietherapie volgens logopedisten

5.3.1 *Gebruik in de behandeling:* wanneer de logopedisten praten over bijvoorbeeld het elektronisch patiëntendossier of de digitale materialen, dan wordt het woord 'makkelijk' vaak gebruikt. D1 kan documenten *'Makkelijk terugvinden'*. D5 gebruikt Excel formulieren: *'Om 't mezelf makkelijk te maken'*. Met betrekking tot het behandelen aan huis met een tablet zegt

D7: *'Als alles op een ding staat kun je makkelijker switchen'.* D5 voegt hier aan toe: *'Voorheen sleepte ik overal de Color Cards mee naartoe. Dan had ik m'n hele kofferbak vol met Color Cards, en van alles en nog wat. En nu heb ik gewoon de iPad en daar staat precies hetzelfde op en ik hoef maar één ding mee te nemen'.* Deze bevinding wordt bevestigd door D7. D3 en D8 geven aan dat ze de materialen *'Altijd bij de hand'* hebben. Andere opvattingen die in één adem genoemd worden met het gebruik van eHealth zijn: flexibiliteit en duidelijkheid (D4), overzichtelijk (D2 en D8), praktisch (D6), levert heel veel op en leuk om te doen (D5), goed voor het milieu (D3)

5.3.2 *Tablet & apps:* De tablet is in dit onderzoek de meest genoemde technologie om eHealth toe te passen. De reden van toepassing verschilt per deelnemer. De één zegt dat je de tablet er makkelijk bij pakt (D1), de ander zegt dat een tablet er lieflijk uit ziet (D3). D5 benoemt daarnaast dat de tablet minder snel vastloopt en redelijk makkelijk is qua besturing.

5.3.3 *Contact cliënt en eHealth:* Veel deelnemers geven aan dat ze moeite hebben met het gebruik van de laptop of computer tijdens de behandeling. D4 zegt hierover: *'Het is ook meer mijn eigen ding dat ik niet fijn vind als ik daar continu een schermpje tussenin heb zitten'.* D1 bevestigt dit gevoel: *'Waar ik persoonlijk vooral veel moeite mee heb gehad is dat ik nu met de laptop naar de cliënt toe moet. Dat voelt heel onpersoonlijk.'* Verder zegt ze hierover: *'Het voelt wat zakelijker, wat onpersoonlijker.'* Volgens D6 voelt het gebruik van de laptop zelfs *'egoïstisch'*. D3 voegt hier aan toe: *'Als ik dan gelijk zit te typen voel ik me gelijk heel erg afgesloten van het contact.'*

5.3.4 *Nieuwe ontwikkelingen:* Volgens D1 *'Is wel een beetje wennen soms.'* In het begin voelt het voor haar zelfs als 'moeten'. D2 denkt dat er meer is dan er nu gebruikt wordt. Verder zegt ze het volgende over de nieuwe ontwikkelingen: *'Ik vind ook dat 't hoort bij de tegenwoordige maatschappij. En je wil mensen toch zoveel mogelijk weer laten participeren in de maatschappij. Dus dat zal voor mij altijd een reden zijn om erna te kijken of dat mogelijk is.'* D3 zegt: *'Ik denk wel dat de ontwikkelingen nu heel snel gaan.'* Tevens zegt ze er het volgende over: *'Dat je een beetje zoekend bent van hoe doe ik dat, met welke middelen en met welke geschikte middelen.'* Die laatste bevinding wordt gesteund door D2, D4, D5 en D7.

5.3.5 *Tijd:* Het *'Scheelt gedoe'* zegt D4. D5 zegt: *'Uiteindelijk levert 't wel heel veel op'.* Dit wordt bevestigd door D7. Daarnaast speelt tijd een belangrijke rol. D3 zegt hierover *'Ik vind van mezelf wel soms dat ik de tijd niet heb om al die ontwikkelingen bij te houden'.* D6 geeft ook aan dat tijd nodig is *'Je wil het graag gaan gebruiken voor de patiënt maar je moet er wel tijd voor hebben'.* Ook D5 en D7 gaven aan dat er veel tijd geïnvesteerd is in bijvoorbeeld een nieuw of aangepast patiëntendossier. D8 noemt het zoekproces naar geschikte apps *'Heel tijdrovend'*.

5.4 Gebruik en bruikbaarheid voor cliënten volgens de logopedist

5.4.1 *Bediening:* D1, D2, D3 en D8 geven aan dat mobiliteit van de cliënt beperkend kan zijn voor de bediening van bijvoorbeeld een iPad. Deze bevinding wordt echter tegengesproken door D6 en D8. Zij geven aan dat mobiliteit juist geen beperking hoeft te zijn. D8 zegt hierover:

'Als je je vingers kan bewegen dan kun je heel veel op dat ding.' D3 geeft aan: *'De cognitieve kant is vaak vele male beperkender.'* Dat cognitie een beperkende factor is wordt aangehaald door alle deelnemers. Met beperkende cognitieve vaardigheden bedoelen zij voornamelijk de executieve functies: plannen, taakinitiatie, geheugen en aandacht. Verder geeft D4 het volgende aan over het gebruik en inzetten van de tablet: *'De tablet maakt veel dingen makkelijker, toegankelijker, is ook relatief goedkoop.'*

5.4.2 *Leeftijd doelgroep:* D2 zegt het volgende over de implementatie van eHealth: *'Die ouderen van 80, die zitten daar helemaal niet op de wachten.'* Hier voegt ze nog aan toe: *'En als mensen daar nu nog mee beginnen of in ieder geval op de computer willen leren werken. Ja dat is, onhandig.'* D5, D6, D7 en D8 spreken deze bevinding unaniem tegen, zij geven aan dat leeftijd geen beperking is. Daarnaast merken alle deelnemers dat de cliëntenpopulatie steeds jonger wordt.

5.4.3 *Gebruik en ervaring:* Alle deelnemers benoemen dat de implementatie van eHealth binnen de behandeling afhankelijk is van de *'Houding'* (D8) van de cliënt ten opzichte van de eHealth middelen. Met houding wordt de mening en ervaring van de cliënt bedoelt. Hoe hij/zij aankijkt tegen het gebruik van de technologie D2 zegt: *'Het is wel fijn als ze enige ervaring hebben.'* Dit wordt bevestigd door D1, D4, D5, D6, D7 en D8.

5.4.4 *Zelfstandig oefenen:* D5 en D7 geven aan dat cliënten naar aanleiding van de oefeningen in de behandeling een iPad aanschaffen om zelfstandig te kunnen oefenen. D1 benadrukt het belang van zelfstandig kunnen oefenen: *'Af en toe zetten we dus een oefenprogramma op de computer in met name voor afasie. Maar dat doen we vaak alleen als een cliënt zelf een computer heeft en dus ook zelfstandig kan oefenen. Want anders heeft het niet zoveel meerwaarde ten aanzien van het losse materiaal.'* Deze bevinding wordt gesteund door D2 en D6. D3 voegt toe dat mensen meer zelfstandig oefenen. De reden die ze hiervoor geeft is de volgende: *'Mensen hebben het gevoel dat ze een beetje op 'n wat flitsendere manier oefenen, dan voelt het niet als oefenen.'*

5.4.5 *Voorwaarden:* D6 geeft aan dat voor het inzetten van eHealth bij de cliënt er door de cliënt aan een aantal voorwaarden moet worden voldaan, zoals leerbaarheid en concentratie, om zelfstandig met de toepassing van bijvoorbeeld een app om te kunnen gaan: *'Daar zijn zoveel cognitieve stappen voor nodig dat ik mij afvraag of dat gaat lukken maar ik durf ja. En wat ze kunnen snappen, hoe een iPad werkt of een andere tablet. Ja dat dat weet ik niet en daar komt nog bij: leerzaamheid, concentratie.'* D8 voegt hier aan toe eHealth mogelijkheden biedt om de cliënt zelfstandig te laten oefenen mits de belastbaarheid en motivatie van de cliënt voldoende is: *'Ja ik denk het wel ja, om zelf, als mensen gemotiveerd zijn en belastbaar, om dan zelf meer te kunnen oefenen.'*

5.4.6 *Voordelen:* Voor de cliënt zelf heeft het gebruik van eHealth een aantal voordelen. D4 zegt het volgende over de rol van eHealth binnen de behandeling: *'Die wordt steeds groter omdat er steeds meer mogelijkheden zijn en die wordt ook groter omdat je mensen veel meer zelfstandig kunt laten doen. Je kunt de verantwoordelijkheid terugleggen daar waar die hoort.'* Hierdoor worden mensen ook minder afhankelijk van de therapeut. D4 voegt hier het volgende

aan toe: *'Ja ik denk alleen maar dat dat prettig is voor jezelf, dat je het zelf kunt en niet afhankelijk bent van anderen.'* D6 geeft een voorbeeld met betrekking tot de behandeling op afstand: *'Ik denk dat mensen zelf wel die logopedie krijgen en thuis wonen, ook zelfredzaam zijn anders kunnen ze niet thuis wonen denk ik. En daarmee wel initiatief zullen nemen.'* D5 geeft verder aan dat mensen door middel van de tablet en apps veel meer met taal bezig zijn. Volgens haar komt dit de behandeling ten goede.

5.5 Organisatorische voorwaarden

5.5.1 Behandeling wel/niet op afstand: Er zijn sterke redenen om een behandeling op afstand te faciliteren. D3 geeft aan dat de reistijd voor thuisbehandelingen beperkend kan zijn voor het totaal aantal behandelingen: *'De meeste dorpen liggen best op een behoorlijke afstand. Dat kost veel reistijd om naar iemand toe te gaan en je agenda is dan beperkt. En dat maakt dat je soms net die ene keer extra niet in de week kan gaan. [...] Maar als je hier dan die twintig minuten hebt om een paar mensen achter elkaar bijvoorbeeld via telelogopedie te coachen dan kun je net die ene keer extra in de week inplannen'*. D4 en D6 geven aan dat een spreekuur/vragenuur een extra toevoeging aan de behandeling zou zijn. D5 geeft aan dat een behandeling op afstand vooral aan de leeftijd van de doelgroep ligt: *'Binnen de eerste lijn mag je bij de meeste zorgverzekeraars ook een internetzitting geven. En dat is iets wat steeds meer aan het opkomen is. Kijk de jongere generatie die willen dat ook wel en die staat daar ook voor open. Maar ja, oudere mensen willen toch dat persoonlijke contact nog.'* Deze laatste bevinding wordt bevestigd door D1: *'Wat je wel merkt is dat veel cliënten het toch prettig vinden om echt persoonlijk contact te hebben. Dus echt in dezelfde ruimte tegenover elkaar te zitten.'* Naast de mogelijkheden die telelogopedie kan bieden zien de deelnemers op dit moment ook beperkingen. Zo zegt D8 dat Skype *'Te traag'* is voor logopedie. Tevens voegt D8 toe: *'En het feit dat ze jou niet rechtstreeks aankijken, zij kijken zeg maar opzij en jij kijkt ook opzij [...]. Je kijkt naar het cameradeel dus je kijkt elkaar nooit recht aan. En dat is in de communicatie wel eens vervelend.'* D5 denkt dat behandelen via Skype op dit moment te vroeg is voor de doelgroep van 60+. Daarnaast wordt door enkele deelnemers nadrukkelijk vermeld dat een behandeling op afstand geen vervanging maar juist een aanvulling of ondersteuning moet zijn voor de huidige behandeling. D4 zegt hierover: *'Dat 't toevoegt is goed, maar niet dat het vervangend moet zijn.'*

5.5.2 Organisatie: tijdens de interviews komt naar voren dat de implementatie ook afhankelijk is van de organisatorische mogelijkheden. D3 en D8 geven aan dat rekening gehouden moet worden met het budget van de organisatie. D2 + D3 voegen daar nog aan toe dat de ondersteuning van de ICT systemen binnen de organisatie voldoende moet zijn. D5 geeft aan dat de praktijk waarin zij werkzaam is voldoende apparatuur ter beschikking stelt: *'Iedere werknemer heeft ook een iPad of een andere tablet. En laptop, of een gewone computer als ze gewoon altijd op de praktijk zitten. Dus iedereen krijgt wel z'n faciliteiten hiervoor.'* D2 spreekt dit tegen, zij geeft aan dat de faciliteiten op haar afdeling juist beperkt zijn.

5.5.3 Zorgverzekeraar: D8 ziet i.v.m. declareren meer digitale mogelijkheden m.b.t. diagnostiek wel zitten: *'Dat gaat toch vaak veel tijd in zitten in de scores en de percentielscores zoeken en dergelijke, dat dat gewoon geautomatiseerd zou worden dat is natuurlijk efficiënter. En zeker omdat in de eerste lijn, mag je alleen directe tijd declareren voor een patiënt en die indirecte tijd is het uitwerken van zo'n test of spontane taal ja dat is dan allemaal tijd die je niet kunt declareren.'* D1 geeft aan dat eHealth 'Geëist' wordt van zorgverzekeraars, mede omdat zij een goed en volledig dossier willen. D2 en D6 maken zich zorgen over de behandelindex, wanneer deze te hoog is bieden zorgverzekeraars minder snel een contract aan.

5.6 Ideeën en aanbevelingen voor de toekomst

Tijdens de interviews is niet alleen het huidige gebruik en de bevindingen daarover besproken. De deelnemers blijken ook enkele ideeën te hebben voor de toepassing van eHealth. D8 heeft een mogelijke oplossing voor het tijdrovende zoekproces in de App- en Playstore: *'Ik vind het nog wel eens lastig dat bepaalde apps alleen voor de iPad kunnen en weer niet voor de tablet (Samsung tablet).'* Zij zegt verder: *'Dus dat zou wel fijn zijn als dat gesynchroniseerd kan worden dat dat hetzelfde is.'* D6 geeft aan dat ze onbetaalde apps *'Niet zo heel geweldig'* vindt. En volgens D2 mogen de apps *'Meer individueel aanpasbaar zijn'*. D5 zegt het volgende over het gebruik van apps door logopedisten: *'Maar we moeten er samen voor gaan en hoe meer het gebruikt gaat worden hoe aantrekkelijker het wordt voor appmakers om die kant op te gaan.'* D4 droeg het idee aan om een soort forum op te zetten voor afasiecliënten. Doel hiervan is om cliënten te verenigen met ervaringsdeskundigen en *'lotgenotencontact een stuk ook. Maar ook een stuk eigen verantwoordelijkheid in hoe los ik dingen op, kan ik dat met zo'n forum, heeft daar iemand een idee over? En dus daarmee niet de logopedie belastend. En daarmee dus niet de ziektekosten belastend.'* D1 heeft nagedacht over mogelijkheden voor de toepassing van eHealth binnen de behandeling: *'Soms is het vrij lastig om echt in de praktijk te oefenen met de cliënt. Dus bijvoorbeeld als een afasiecliënt nog moeite heeft met iets bestellen in een winkel of ja echt in de praktijk iets uitvoeren zeg maar. Dat is voor ons nu vaak lastig om te oefenen omdat we niet meekunnen naar de supermarkt qua tijdgebrek en planning. En het zou bijvoorbeeld heel leuk zijn als er digitaal een soort van rollenspel bijvoorbeeld met een videospel afgespeeld zou kunnen worden.'* Daarnaast zouden D3 en D8 in de toekomst graag de beschikking krijgen over een tablet die ze dan kunnen gebruiken in de behandeling.

6. Discussie

6.1. Bevindingen

Door de meeste logopedisten is de tablet aangehaald als middel om eHealth in te zetten ter ondersteuning van de logopedische behandeling van afasie. Volgens hen is dit een leuk, nieuw en handig middel voor cliënten zodat ze thuis zelfstandig kunnen oefenen. Zij geven in hun bevindingen aan dat het implementeren van de tablet in de behandeling van afasie en het gebruik van de tablet door de cliënt voornamelijk afhankelijk is van de bereidheid van de cliënt. Daarnaast speelt ook ervaring met het gebruik van de tablet door de cliënt een belangrijke rol. Factoren als leeftijd en co-morbiditeit van de cliënt spelen volgens de logopedisten in mindere mate een rol in het gebruik. Kurland et al. (2014) beschrijven ook dat factoren als leeftijd en co-morbiditeit een minder belangrijke rol spelen in het gebruik van de iPad. Zij onderzochten het effect van een logopedische behandeling gebaseerd op thuis oefenen met de iPad. Zij concluderen dat een gepersonaliseerd oefenprogramma op de iPad voor de thuissituatie zeer veel potentie biedt voor het onderhouden en het vergroten van het effect van de traditionele behandeling. Ook hebben zij gekeken naar het gebruik door de cliënt. Een andere minder belangrijke rol in het gebruik van de tablet door de cliënt is volgens Kurland et al. (2014) de ervaring die de cliënt met het apparaat heeft. Als belangrijkste factor voor het in gebruik nemen van de tablet noemen zij de motivatie van de cliënt.

Bovenstaande bevindingen komen deels overeen. De deelnemende logopedisten geven aan dat het gebruik van de tablet afhankelijk is van de bereidheid en vooral de ervaring van de cliënt. Mogelijke oorzaak voor het kleine verschil in deze bevindingen is het feit dat binnen dit onderzoek enkel logopedisten zijn geïnterviewd. Zij schetsen een perspectief op basis van hun ervaringen in de praktijk over het gebruik van eHealth door de cliënt. In het onderzoek van Kurland et al. (2014) zijn echter alleen cliënten bevraagd. Het is mogelijk dat de behoeften van cliënten niet helemaal overeenkomen met de ingeschatte behoeften van de cliënt door de logopedist. De cognitieve toestand van de cliënt werd binnen dit onderzoek veel genoemd als beperkende factor met betrekking tot het gebruik van eHealth. Ten gevolge van een CVA is het mogelijk dat een cliënt cognitieve beperkingen ervaart (Willems et al., 2015). Deze kunnen variëren van lichte tot ernstige beperkingen. Wanneer de cliënt cognitief onvoldoende capabel is zou dit een beperking kunnen zijn voor het thuisgebruik van de eHealth toepassingen en middelen door de cliënt, geven de logopedisten aan. In het programmaboekje Ehealth4com (2013) wordt door De Bodt (2013) beschreven dat eHealth een volwaardig alternatief kan zijn voor een klassieke behandeling bij personen zonder belangrijke cognitieve, fysische of emotionele beperkingen. Wanneer deze beperkingen er wel zijn kan eHealth beter gezien worden als aanvulling op conventionele therapie, dit heeft dan ook voldoende meerwaarde. De logopedisten die hebben deelgenomen aan dit onderzoek zien veel potentie in de toepassing van eHealth middelen, zoals telelogopedie, als hulpmiddel voor de aanvulling, uitbreiding en intensiveren van de behandeling. Zij geven aan dat het vak logopedie staat voor communiceren en dat face-to-face gesprekken een belangrijk onderdeel blijven van het logopedisch handelen. Zij erkennen hiermee de mogelijkheid van een behandeling op afstand maar zien dit nog niet als vervanging van de huidige behandeling. Verder is de implementatie van telelogopedie volgens enkele

deelnemers nog te vroeg. Zij zien telelogopedie vaak als enkel een consult via Skype of Facetime. In principe is telelogopedie het beoordelen, monitoren, interveniëren, begeleiden, onderwijzen en overleggen door de therapeut en voor de cliënt (Cherney & Van Vuuren, 2012). Hiervoor kunnen vele eHealth middelen ingezet worden. Zo ook de mail. Één enkele deelnemer gebruikt een vorm van telelogopedie. Zij geeft feedback op oefeningen die de cliënt in de thuissituatie uitvoert door middel van contact via de e-mail. In enkele EPD's zijn op dit moment mogelijkheden om de scoring van tests direct digitaal te verwerken. Echter zijn deze tests volgens de deelnemers onvoldoende representatief voor het aanbod van de huidige diagnostiek. Belangrijke testen worden niet weergegeven in het EPD en de logopedisten missen invul-/opmerkingsmogelijkheden. Door de ontoereikende mogelijkheden van het EPD wordt deze mogelijkheid niet tot nauwelijks gebruik in de praktijk. Met betrekking tot diagnostiek zijn de deelnemende logopedisten huiverig als het gaat om de implementatie van eHealth. Zij geven aan dat de doelgroep op het eerste moment van diagnostiek een heftige periode achter de rug heeft waarin een testafname mogelijk bedreigend kan overkomen. Om het voor de doelgroep zo vertrouwelijk mogelijk te houden gebruiken de meeste logopedisten, met uitzondering van één logopedist, op dit moment de papieren versie van de testmiddelen. Het merendeel geeft aan dat een testafname op zichzelf al bedreigend kan overkomen op de cliënt, laat staan dat deze test afgenomen wordt op een laptop of computer. Dit is tevens omdat er geen digitaal alternatief is met betrekking tot diagnostiek. De Kok, Wolthuis en Bastiaanse geven in hun presentatie op het symposium Ehealth4com (2013) een aantal voordelen van het digitaal afnemen van afasietests. Zo zeggen zij dat elektronische versies van de afasietests de afname vergemakkelijken, linguïstische theorieën kunnen geïntegreerd worden zodat de logopedist niet alle theorieën achter de tests hoeft te kennen, de diagnose wordt objectiever en er is minder kans op fouten. Het onderzoek van Armfield, Bradford en Bradford (2015), beschreven in een manuscript, concludeert dat een middel als Skype voldoende kwaliteit biedt om een diagnosestelling te faciliteren. Tevens benoemen zij in hun onderzoek dat Skype een goede communicatie tussen de cliënt en therapeut toestaat. Dit laat dus zien dat er mogelijkheden met betrekking tot digitalisering van de diagnostiek zijn.

Uit de antwoorden van de logopedisten bleek dat de gewenste intensiteit van een afasiebehandeling vaak niet haalbaar is. Rietveld, Ruiter en Kok (2008) kwam in zijn onderzoek ook tot deze conclusie. Zowel de mogelijkheden van de therapeut, als van de cliënt, zijn (organisatorisch) ontoereikend. De cliënt met afasie heeft bijvoorbeeld tijdens de revalidatiefase niet alleen logopedie. Daar komen ook nog andere therapieën bij zoals fysiotherapie en ergotherapie. Hierdoor heeft de cliënt een druk schema. Naar aanleiding van een hersenletsel kan een cliënt met afasie beperkt belastbaar zijn. Hierdoor is het mogelijk dat de cliënt dit drukke schema niet kan volhouden en de therapiefrequentie van één therapie of meerdere therapieën moet minderen. Dit wordt bevestigd door het onderzoek van Palmer et al. (2015). Uit de review van Van Sandt – Koenderman (2011) blijkt dat wanneer de cliënt zelfstandig kan oefenen met behulp van de computer, de intensiteit van de therapie vergroot wordt. Zij beweert dat het gebruik van deze technologie in sommige settings zelfs noodzakelijk is om de minimale hoeveelheid therapie te geven die nodig is voor een positief resultaat. Deze review bevestigt de bevindingen van de logopedisten die deelnamen aan dit onderzoek. Een aantal van deze logopedisten zeiden dat de intensiteit vergroot kan worden wanneer de cliënt zelfstandig kan oefenen

zonder interventie van een therapeut. Daarnaast geven zij aan dat een tablet veel mogelijkheden voor zelfstandig oefenen biedt: de besturing en bediening zijn eenvoudig, de tablet is laagdrempelig met betrekking tot gebruik en ziet er aantrekkelijk uit. Daarnaast zijn er verschillende apps die het oefenen leuk maken waardoor de cliënten dit niet direct als oefenen ervaren maar meer als een spelsituatie. Door deze nieuwe, flitsende manier van oefenen zijn cliënten sneller geneigd om in de thuissituatie te oefenen. In een ander onderzoek, van Crotty et al. (2014) wordt de intensiteit op een andere manier vergroot. Uit dit onderzoek bleek dat de participerende therapeuten de reistijd bij huisbezoeken, met behulp van telerevalidatie, met 50% hebben vermindert. Hierdoor waren de therapeuten in staat om het directe cliëntencontact te verdubbelen. Enkele logopedisten die deelnamen aan dit onderzoek gaven aan dat de reistijd een beperkende factor was, ze zouden hierdoor minder intensief kunnen behandelen. De literatuur bevestigt hiermee de potentie die eHealth heeft voor het intensiveren en van de logopedische therapie van afasie. Uit de antwoorden van de logopedisten blijkt verder dat de implementatie van eHealth binnen de logopedie en specifiek afasietherapie niet alleen afhankelijk is van wat de therapeut en cliënt willen en wensen. Organisatorisch en financieel moet dit ook haalbaar zijn. Zij geven aan dat, zeker in grote instellingen, de implementatie van eHealth niet vanzelfsprekend is. Hiervoor moet de instelling/organisatie ook alles kunnen faciliteren. Daarnaast is bijvoorbeeld de internetverbinding bij huisbezoeken niet altijd optimaal. Ook dit kan een beperking zijn voor het invoeren van eHealth. Deze bevindingen komen overeen met het onderzoek van Pendzhurov, Mihova en Dashovski (2015). Uit dit onderzoek blijkt ook dat de houding van de organisatie, de beschikbare financiële middelen en faciliteiten mogelijke beperkingen zijn voor de implementatie van eHealth.

De bruikbaarheid staat bij de logopedisten hoog in het vaandel. Zij geven aan eHealth middelen enkel te gebruiken wanneer dit de behandeling en de cliënt ten goede komt en de kwaliteit verbeterd. Als men kijkt naar de eHealth middelen die zij op dit moment toepassen in de behandeling van afasie is de bruikbaarheid voldoende. Enige uitzondering hierop is de fase van diagnostiek. Hierin zien zij veel mogelijkheden tot het verbeteren en vergroten van de efficiëntie en kwaliteit met betrekking tot afname en gegevensverwerking. In de eerste fase van de implementatie van een nieuw eHealth middel is het gebruiksgemak onvoldoende. De logopedisten geven aan dat het veel werk is om bijvoorbeeld een EPD of app te personaliseren. Dit kost veel tijd en geeft zelfs enige frustratie. Naarmate het effect van het nieuwe eHealth middel zichtbaar wordt komt het gebruiksgemak optimaal naar voren. De logopedisten geven dan aan dat het nieuwe eHealth middel o.a. efficiënt is, zorgt voor verbetering van de kwaliteit en de therapeut veel flexibeler maakt ten opzichte van de behandelmogelijkheden.

6.2. Sterktes en zwaktes met betrekking tot de onderzoeksmethodiek

De bevindingen van de logopedisten die deelnamen aan dit onderzoek komen grotendeels overeen met de huidige beschikbare literatuur. Met betrekking tot de mening over de verschillende eHealth middelen van cliënten kan nog geen concreet antwoord geformuleerd worden. Reden hiervoor is dat tijdens dit onderzoek is enkel de mening en visie van de logopedist is bevraagd. Mogelijk geeft de mening van de cliënt meer inzicht in de gedragsintentie voor het gebruik van de eHealth middelen door cliënten. Hoewel de logopedisten uit ervaring spreken, blijft dit een subjectieve inschatting. Mogelijk beredeneren de cliënten de behoeftes meer vanuit de participatie aan de samenleving en

minder vanuit logopedische behandeling. Wanneer de mening van de cliënt over eHealth duidelijk is kan de logopedist de behandeling van afasie nog meer afstemmen op de behoefte van de cliënt.

Een andere beperking van dit onderzoek is de onderzoekspopulatie. Gezien de looptijd van dit onderzoek is maar een beperkt aantal logopedisten geïnccludeerd. De huidige 8 logopedisten geven bepaalde bevindingen weer, toch bestaat er een kans dat deze bevindingen niet generaliseerbaar zijn voor de overige van de Nederlandse logopedisten. Enkele sterke punten van dit onderzoek zijn de volgende. Er is gedurende de afdruk van de interviews en de verwerking van de gegevens een iteratief proces geïmplementeerd. De bevindingen van de eerdere interviews zijn meegenomen tijdens de daaropvolgende interviews. Daarnaast is tijdens het coderen gebruik gemaakt van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Hierin is de mate van overeenstemming tussen twee beoordelaars gemeten waardoor nieuwe inzichten zijn verkregen.

Ook is er bij iedere deelnemer een membercheck uitgevoerd, een samenvatting van het gesprek is naar iedere deelnemer gestuurd. Op deze membercheck hebben zes van de acht deelnemers gereageerd. Hiervan hadden drie deelnemers nog op-/aanmerkingen die door de onderzoeker zijn verwerkt. Drie deelnemers gaven aan de samenvatting direct goed te keuren.

De variëteit van de onderzoeksgroep was ook een sterk punt. De leeftijdsrange was breed en er was diversiteit met betrekking tot de settings waarin de verschillende logopedisten werkzaam zijn. Uit de laatste twee interviews is geen nieuwe opvallende informatie naar voren gekomen, hierdoor kan geconcludeerd worden dat verzadiging is bereikt (Olde Hartmann & Lucassen, 2015). Een laatste sterkte van dit onderzoek is het feit dat alle deelnemende logopedisten ervaren afasietherapeuten zijn. Alle deelnemende logopedisten zijn gecertificeerd en voldoen aan de criteria welke worden beschreven in NVLF criteria Register Afasie 2012 – 2016 (2015).

6.3 Aanbevelingen

Er is middels dit onderzoek meer duidelijkheid verkregen over de inzichten van logopedisten ten opzichte van afasietherapie. Om de bevindingen van de logopedisten te generaliseren wordt geadviseerd om de bevindingen van alle geregistreerde afasietherapeuten te bevragen. Middels een kwantitatieve vragenlijst met de mogelijkheid tot cross-check van de resultaten kunnen de bevindingen bevestigd worden. Middels deze cross-check kan de interpretatie van de resultaten, wanneer nodig, door de onderzoeker gecontroleerd en geverifieerd worden.

Enkel de bevindingen van de logopedist onderzoeken is ontoereikend om het draagvlak voor de implementatie van eHealth in de behandeling van afasie te onderzoeken. Hiervoor kan de mening van de cliënt ook veel inzichten bieden. Zij moeten immers, bijvoorbeeld bij zelfstandig oefenen, zelf aan de slag met de apparatuur en oefenprogramma's. Ook bij de cliënten moet er dus draagvlak zijn. Daarnaast merken de logopedisten een verschuiving in leeftijd bij de cliëntpopulatie. De cliënten worden steeds jonger. Hierdoor kan ook de behoefte van de cliënt verschillen ten opzichte van bijvoorbeeld één jaar geleden. Uit de beschikbare literatuur en uit dit onderzoek blijkt dat de maximale intensiteit van de behandeling van afasie niet haalbaar is op dit moment. Toch blijkt dat de toepassing van eHealth middelen potentie heeft voor het vergroten van de intensiteit. Een effectstudie met

betrekking tot de intensiteit van de afasiebehandeling en de rol van de toepassing eHealth middelen binnen deze behandeling kan mogelijk meer inzichten bieden op dit gebied. Voor het vergroten van het gebruik van eHealth middelen door logopedisten in de behandeling van afasie kan er gedacht worden aan scholing van de logopedisten met betrekking tot eHealth. Zij geven in de interviews aan dat zij moeite hebben met het volgen van de nieuwe ontwikkelingen en weinig kijk hebben op de mogelijkheden die eHealth biedt. Door middel van scholing op het gebied van eHealth, kunnen de logopedisten hun deskundigheid op dit gebied vergroten waardoor eHealth wellicht vaker/snelser toegepast wordt. Het inzetten van de beroepsvereniging voor logopedie (NVLF) kan hier ondersteuning bij bieden. Op het gebied van diagnostiek en telelogopedie zien de deelnemende logopedisten nieuwe ontwikkelingen enthousiast tegemoet. Zij hebben zelf ook ideeën voor nieuwe ontwikkelingen. Zo geeft één deelnemer aan dat zowel de cliënt als de logopedist behoefte heeft aan materiaal waarbij op participatieniveau geoefend kan worden. Bijvoorbeeld door middel van een interactief rollenspel. Ook geven enkele logopedisten aan dat zij behoefte hebben aan een soort vragenuur/spreekuur via bijvoorbeeld Skype. Hierdoor hoeven cliënten niet te wachten tot de dag van de behandeling maar kunnen ze een prangende vraag tijdens dit voorgestelde uur stellen. Wanneer deze ideeën geïnventariseerd worden kunnen deze handvaten bieden voor nieuwe ontwikkelingen.

6.4. Conclusie

Om een adequaat antwoord te geven op de onderzoeksvraag werden aan het begin van dit onderzoek verschillende deelvragen geformuleerd, deze vragen zijn beschreven in hoofdstuk 3. In dit deel van het onderzoek zal één voor één antwoord gegeven worden op alle deelvragen. Vervolgens zal na een analyse van de bevindingen middels het TAM een antwoord geformuleerd worden op de onderzoeksvraag.

Op dit moment worden verschillende eHealth middelen door de logopedist ingezet ter ondersteuning, aanvulling en/of uitbreiding van de behandeling van afasie. Dit zijn middelen als de computer, tablet en smartphone. Tijdens de behandeling verwerken de deelnemende logopedisten cliëntgegevens via een elektronisch/digitaal patiëntendossier. Ze hebben mailcontact met zorgverleners en/of cliënten. Ook zetten ze verschillende websites, online filmpjes, plaatmateriaal, apps en verschillende digitale oefenprogramma's in bij het behandelen van cliënten met afasie. Gebruiksgemak en bruikbaarheid zijn binnen de implementatie belangrijke factoren zowel voor de logopedist als voor het gebruik door de cliënt volgens de logopedist. De deelnemende logopedisten geven aan dat er binnen alle fases van het logopedisch handelen behoefte is aan het inzetten en gebruiken van eHealth middelen. Met name om het logopedisch handelen gemakkelijker en sneller te maken. Daarnaast willen ze de cliënt ondersteunen, motiveren, onafhankelijkheid stimuleren en hen de eigen verantwoordelijkheid terug geven. Er lijkt zeer veel potentie te zijn voor het vergroten van de intensiteit van afasietherapie door de ondersteuning van eHealth toepassingen. De logopedisten benoemen dat momenteel vaak niet aan de benodigde intensiteit voldaan kan worden. Zij zien veel mogelijkheden in het vergroten van het oefenaanbod, verkorten van de reistijd, het toegankelijke maken van de logopedie voor minder mobiele cliënten en het besparen op de kosten terwijl de intensiteit van de behandeling verhoogd wordt. Alle logopedisten staan open voor nieuwe ontwikkeling en zolang het de kwaliteit van de

afasiebehandeling ten goede komt zijn ze bereid nieuwe middelen toe te passen. De enige beperking die zij op dit moment ervaren is de onwetendheid met betrekking tot de mogelijkheden van de eHealth toepassingen en de faciliteiten van de organisatie/instelling waarin ze werkzaam zijn.

Zoals in hoofdstuk 3 en 4 beschreven, suggereert het TAM dat de aanvaardig van een nieuwe technologie afhankelijk is van de bruikbaarheid en het gebruiksgemak. Factoren die invloed hebben op de bruikbaarheid en het gebruiksgemak van eHealth in de behandeling van afasie zijn de volgende: ervaring van cliënten met apparaten zoals een tablet/computer, de motivatie en bereidheid van de cliënten ten opzichte van eHealth, mogelijkheden in het aanpassen van de eHealth toepassingen naar verschillende niveaus, variatie aan oefeningen het vergroten van de behandelintensiteit en de mogelijkheid tot zelfstandig oefenen. De logopedisten ervaren op dit moment het gebruiksgemak van bijvoorbeeld het EPD, een legio aan digitaal materiaal en sneller contact via e-mail. Zij merken dat dit hun flexibiliteit binnen de behandeling vergroot. De bruikbaarheid wordt onder andere vergroot door de vele aanpassingsmogelijkheden die het EPD biedt en de bewegingsvrijheid die de logopedist ervaart als ze enkel met hun tablet op huisbezoek gaan. De bruikbaarheid en het gebruiksgemak worden positief beïnvloed, vooral door de vele mogelijkheden die de logopedisten ervaren en zien in de toepassing van eHealth in de behandeling van afasie. Hierdoor kan gesteld worden dat de gedragsintentie voor de toepassing van eHealth aanwezig is bij deze logopedisten. Volgens het TAM (figuur 1) zullen deze logopedisten eHealth (blijven) toepassen in de behandeling van afasie.

In hoeverre is er draagvlak voor het inzetten van eHealth middelen door de logopedist binnen de behandeling van afasiecliënten?

Op dit moment is er voldoende draagvlak voor het inzetten van eHealth middelen door de logopedist binnen de behandeling van afasie. Er is voornamelijk draagvlak voor het vergroten van het zelfstandig oefenen door de cliënt, daarnaast biedt een behandeling op afstand een mooi alternatief om de huidige behandeling uit te breiden.

7. Literatuur

- Achterberg, P., Hilderink, H. & Hoeymans, N. (2014) Een gezonde toekomst? Ouderen in 2013. *Geron*, 16(3), 41-45.
- Armfield, N. R., Bradford, M., Bradford, N. K. (2015) The clinical use of Skype—for which patients, with which problems and in which settings? A snapshot review of the literature. *International Journal of Medical Informatics*
- Bhogal, S. K., Teasell, R., & Speechley, M. (2003). Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke*, 34(4), 987-993.
- Crotty, M., Killington, M., van den Berg, M., Morris, C., Taylor, A., & Carati, C. (2014). Telerehabilitation for older people using off-the-shelf applications: acceptability and feasibility. *Journal Of Telemedicine & Telecare*, 20(7), 370-376
- Dark, J. & Sander, R. (2014). An overview of communication, movement and perception difficulties after stroke. *Nursing Older People*, 26(5), 32-37.
- 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 - 1003
- De Jong-Hagelstein, M., van de Sandt-Koenderman, M., Prins, N., Dippel, D., Koudstaal, P., & Visch-Brink, E. (2012). De effectiviteit van vroeg ingezette cognitief-linguïstische-en communicatieve therapie voor afasie na een beroerte: een gerandomiseerde gecontroleerde trial (RATS-2). *Stem-, Spraak-en Taalpathologie*, 17(3), 1-16.
- De Kok, D., Wolthuis, N. & Bastiaanse, R. (2013). WAT-App: een tool voor het testen van de productie en het begrip van Werkwoorden en Acties bij afasiepatiënten. Talk given at Symposium ehealth4com, Nijmegen (Netherlands) <http://www.hetwap.nl/symposium2013/presentaties/>
- CBO. (2008). *Richtlijn 'Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte'*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Neurologie.
- Cherney, L. R., & Van Vuuren, S. (2012). Telerehabilitation, virtual therapists, and acquired neurologic speech and language disorders. *Seminars in speech and language*, 33(3), 243-257.
- DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical education*, 40(4), 314-321.
- Edwards, M., Stredler-Brown, A., & Houston, K. T. (2012). Expanding Use of Telepractice in Speech-Language Pathology and Audiology. *Volta Review*, 112(3), 227-242.
- Ellis, C., Lindrooth, R. C., & Horner, J. (2014). Retrospective Cost-Effectiveness Analysis of Treatments for Aphasia: An Approach Using Experimental Data. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 23(2), 186-195.
- Giesbers, H., Verweij, A., de Beer, J. (2013). *Vergrijzing: Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst?* Op 25 februari 2015 verkregen via: <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/toekomst/>.
- Hsiao, C. H., & Yang, C. (2011). The intellectual development of the technology acceptance model: A co-citation analysis. *International Journal of Information Management*, 31(2), 128-136.
- Kairy, D., Lehoux, P., Vincent, C., & Visintin, M. (2009). A systematic review of clinical outcomes, clinical process, healthcare utilization and costs associated with telerehabilitation. *Disability and rehabilitation*, 31(6), 427-447.
- Kelly, H., Brady, M. C. & Enderby, P. (2010). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *The Cochrane Library*, 7.
- Klebic, J., Salihovic, N., Softic, R., & Salihovic, D. (2011). Aphasia disorders outcome after stroke. *Medicinski Arhiv*, 65(5), 283-286.

- Kurland, J., Wilkins, A. R., & Stokes, P. (2014). iPractice: piloting the effectiveness of a tablet-based home practice program in aphasia treatment. *Seminars in speech and language* 35 (1), 51-63.
- Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A., Brabers, A., de Jong, J., Beenkens, F., Friele, R. & van Gennip, L. (2014) *Op naar meerwaarde: eHealth-monitor 2014*. Den Haag en Utrecht: Nictiz en het NIVEL.
- Lee, B. C., Yoon, J. O., & Lee, I. (2009). Learners' acceptance of e-learning in South Korea: Theories and results. *Computers & Education*, 53(4), 1320-1329.
- Liaw, S. S. (2008). Investigating students' perceived satisfaction, behavioral intention, and effectiveness of e-learning: A case study of the Blackboard system. *Computers & Education*, 51(2), 864-873.
- NVLF criteria Register Afasie 2012-2016 (2011). Op 9 maart 2015 verkregen via:
http://www.logopedie.nl/bestanden/ikbenlogopedist/kwaliteit/Registers/nvlf_register/afasie/Criteria_register_afasie_2012_-_2016_.pdf
- NVLF registratie Afasie. (2015). Op 26 februari 2015 verkregen via:
<https://ledenportaal.logopedie.nl/portal/registers/afasie>.
- NVLF. *Wat wordt getoetst met de kwaliteitstoets?* (2015) Op 14 juli 2015 verkregen via:
http://nvlf.logopedie.nl/faq/vraag/wat_wordt_getoetst_met_de_kwaliteitstoets
- Olde Hartman, T., & Lucassen, P. (2015). Kwalitatief onderzoek. *Huisarts en wetenschap*, 58(1), 19-19
- Pai, F. Y. & Huang, K. I. (2011). Applying the Technology Acceptance Model to the introduction of healthcare information systems. *Technological Forecasting and Social Change*, 78(4), 650-660.
- Palmer, R., Cooper, C., Enderby, P., Brady, M., Julious, S., Bowen, A., & Latimer, N. (2015). Clinical and cost effectiveness of computer treatment for aphasia post stroke (Big CACTUS): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 16(1), 18.
- Pendzhurov, I., Mihova, P., & Dashovski, A. (2014). Computerizes model for aphasia assessment, based on Kertezs test. *International Journal "Information Models and Analyses*. 3, 287 – 292.
- Raaijmakers, M. F., & Dekker, J. (1995). Logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg. *Logopedie en Foniatrie*, 9, 206-2017
- Rietveld, M., Ruiters, T., & Kok, P. (2008). De inzet van taal- en spraaktechnologie bij afasietherapie. *DIXIT*, 5, 13-14.
- Roca, J. C., & Gagné, M. (2008). Understanding e-learning continuance intention in the workplace: A self-determination theory perspective. *Computers in Human Behavior*, 24(4), 1585-1604.
- RWJF. (2008). Semi-structured Interviews. Op 31 maart 2015 verkregen via:
http://www.sswm.info/sites/default/files/reference_attachments/COHEN%202006%20Semistruktuur%20Interview.pdf.
- Sánchez-Franco, M. J., Martínez-López, F. J., & Martín-Velicia, F. A. (2009). Exploring the impact of individualism and uncertainty avoidance in Web-based electronic learning: An empirical analysis in European higher education. *Computers & Education*, 52(3), 588-598.
- Timpano, F., Bonanno, L., Bramanti, A., Pirrotta, F., Spadaro, L., Bramanti, P., & Lanzafame, P. (2013). Tele-Health and neurology: what is possible?. *Neurological Sciences*, 34(12), 2263-2270.
- Van De Sandt-Koenderman, W. M. E. (2011). Aphasia rehabilitation and the role of computer technology: Can we keep up with modern times? *International journal of speech-language pathology*, 13(1), 21-27.
- Van Vuuren, A., Dijkstra, P., & Smeets, B. (2012). *Inleiding tot de Gezondheidszorg*. Pearson Education.

Veerbeek, J. M., Van Wegen, E. E. H., Van Peppen, R. P. S., Hendriks, H. J. M., Rietberg, M. B., Van Der Wees, Ph. J. et al. (2014). *KNGF-richtlijn Beroerte: Praktijkrichtlijn*. Houten: Tertius.

Ward, R. (2013). The application of technology acceptance and diffusion of innovation models in healthcare informatics. *Health Policy and Technology*, 2(4), 222-228.

Willems, M., de Boer-Fleischer, A., Schepers, V. P. M., van de Port, I. G. L., & Visser-Meily, J. A. (2012). Aandacht voor chronische fase na CVA. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 7(3), 72-76.

4. Bijlagen

1. Geheimhoudingsverklaring

Naam: Viony Vroemen

Studentnr°: 2196269

Titel:

'Maatschappij online, paramedische zorg ook?'

Inhoud (omschrijving):

Kwalitatief onderzoek middels semigestructureerde interviews naar de eHealth mogelijkheden die op dit moment toegepast worden binnen de afasietherapie.

1. Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven verbindt zich door ondertekening van deze verklaring, informatie met betrekking tot de verstrekte gegevens en uit onderzoek verkregen resultaten waarvan in het kader van bovengenoemd project praktijkgericht onderzoek kennis wordt genomen en waarvan bekend is of redelijkerwijs begrepen kan worden dat dit als geheim of vertrouwelijk wordt beschouwd, strikt geheim te houden.
2. Tevens geldt deze geheimhoudingsverplichting voor de werknemers van Fontys Paramedische Hogeschool, evenals voor anderen die op enigerlei wijze uit hoofde van hun functie toegang hebben of kennis nemen van bedoelde informatie.
3. Bovenstaande laat onverlet dat de student het project praktijkgericht onderzoek kan uitvoeren volgens geldende voorschriften en regels.

Student:

Naam: Viony Vroemen



(handtekening) Datum: 9/3/2015

Begeleider:

Naam: M. Nieboer



(handtekening) Datum: 09/03 2015

Coördinator: voor ontvangst

Naam: M. van Gelder



(handtekening) Datum: 7/4/15

II. Wervingsmail

Beste logopedist,

Ik zal mij even kort voorstellen. Ik ben Viony Vroemen, een 23 jarige logopediestudente aan de Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven. Op dit moment ben ik bezig met mijn afstudeeronderzoek naar de toepassing van eHealth binnen de logopedie. Heel specifiek: het toepassen van eHealth binnen de afasietherapie. Onderzoek toont aan dat het toepassen van eHealth tijd- en kostenbesparend kan zijn. De patiënten worden actiever betrokken bij de behandeling en ook intensieve therapie is dan toegankelijker. Ook minder mobiele mensen worden op deze manier zo intensief mogelijk betrokken bij de behandeling.

Op dit moment is het onbekend of er draagvlak is voor het toepassen van eHealth binnen de logopedie. Nou wil ik graag weten wat uw mening en motivatie met betrekking tot dit onderwerp is? Zo kan ik onderzoeken in hoeverre er draagvlak is voor het toepassen van eHealth binnen de afasietherapie.

Voor dit onderzoek ben ik op zoek naar afasietherapeuten. Zou u bereid zijn een om uurtje van uw tijd, mits dit mogelijk is, te willen investeren in mijn onderzoek? Tijdens dit uurtje kom ik, op het door u aangegeven tijdstip en de door u aangegeven locatie, een interview afnemen. Ik zou graag de interviews willen plannen in de periode van 13 april 2015 t/m 29 mei 2015.

Via deze mail wil ik uw interesse voor deelname aan dit onderzoek polsen. Zou u mij kunnen doorgeven of u interesse heeft om mee te werken aan mijn onderzoek?

Alvast hartelijk bedankt, ik hoor graag van u!

Met vriendelijke groet,
Viony Vroemen
06 13 111 999
v.vroemen@student.fontys.nl

Informatiebrief voor deelnemers aan het afstudeeronderzoek

‘Maatschappij online, paramedische zorg ook?’

Afasietherapie: In hoeverre is er draagvlak

voor het inzetten van eHealth middelen door logopedisten?

Beste logopedist,

In opdracht van het Lectoraat Paramedische Hogeschool; Health Innovations and Technology aan de Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven voer ik mijn afstudeeronderzoek uit.

Het onderzoek heeft betrekking op de veranderingen in de maatschappij. I(nformatie)C(ommunicatie)T(echnologie) is niet meer weg te denken uit het dagelijks leven. In de zorg, ook de paramedische zorg, is deze technologie nog niet zo wijd verbreid als op andere terreinen. Als het gaat om ICT toepassingen in de gezondheidszorg dan wordt er vaak gesproken over eHealth. De overheid en ook beroepsverenigingen zien graag dat de gezondheidszorg dit soort toepassingen meer gaan gebruiken. Enerzijds om de gezondheidszorg efficiënter te maken. Maar vooral ook omdat eHealth een belangrijk hulpmiddel kan zijn bij het stimuleren van zelfmanagement bij patiënten en het multidisciplinair behandelen van patiënten. Toepassingen waaraan je bijvoorbeeld kunt denken is het monitoren van de patiënt door klinimetrie, vragenlijsten, beeldcommunicatie, aangepaste computersoftware, tablets, apps en telerevalidatie en –consultatie.

In deze informatiebrief wordt het doel van het onderzoek uitgelegd. Ook wordt uitgelegd hoe het onderzoek plaatsvindt en wat er met de gegevens gebeurt.

Wat is het doel van het onderzoek?

Doel: Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de acceptatie van deze ICT toepassingen (eHealth) in de paramedische zorgpraktijk en welke factoren daarbij een rol spelen.

Binnen dit onderzoek ligt de nadruk op de logopedie en heel specifiek: de behandeling van afasietherapie. Middels dit onderzoek wordt getracht antwoord te krijgen op de volgende vraag:

In hoeverre is er draagvlak voor het inzetten van eHealth middelen door de logopedist binnen de behandeling van afasiepatiënten?

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

Als u wil meewerken bezoek ik u één keer voor een interview. De locatie en het tijdstip van het interview worden afgestemd u. Tijdens dit interview wordt deze informatiebrief besproken alsmede het toestemmingsformulier. Het toestemmingsformulier wordt getekend alvorens het interview wordt afgenomen.

De afspraak die ik met u maak voor het interview duurt maximaal één uur. Het interview wordt opgenomen middels een voicerecorder. De gegevens, verkregen middels het interview, verwerk ik zo anoniem mogelijk. De gegevens worden enkel binnen de Fontys Paramedische Hogeschool voor dit afstudeeronderzoek gebruikt. Na afloop van dit onderzoek worden de spraakopnames overgedragen aan de Fontys Paramedische Hogeschool en zal ik alle opnamemateriaal in mijn bezit wissen.

Doet u mee aan dit onderzoek?

U kunt door het beantwoorden van de e-mail, of telefonisch, doorgeven of u wel/niet wenst mee te werken aan dit onderzoek. Het kan zijn dat de e-mail en informatiebrief aan uw aandacht ontsnapt zijn. Wanneer ik binnen vijf werkdagen geen reactie heb ontvangen neem ik, wanneer mogelijk, telefonisch contact met u op. U kunt dan alsnog doorgeven of u wel/niet wenst deel te nemen aan het onderzoek. Wilt u deelnemen? Dan kunt u aangeven op welke manier (e-mail/telefonisch) ik contact met u mag opnemen. Ik neem vervolgens via die weg contact met u op, zodat we een afspraak kunnen inplannen voor het interview. Wanneer wij inmiddels contact hebben gehad is het bovenstaande uiteraard niet van toepassing. Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. Als u besluit om niet mee te doen, hoeft u daar geen reden voor te geven. Ook als u wel meedoet, heeft u het recht om op elk moment, zonder opgave van reden, uw deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Wilt u verder nog iets weten?

Heeft u na het lezen van deze brief nog vragen dan kunt u altijd contact met mij opnemen. Mijn contactgegevens vindt u onder aan de pagina.

Hopelijk heb ik u middels deze brief voldoende geïnformeerd en u overtuigd om deel te nemen aan dit onderzoek. Ik hoop snel van u te horen!

Met vriendelijke groet,

Viony Vroemen (*Student logopedie*)

Telefoonnummer: 0613111999

E-mail: v.vroemen@student.fontys.nl

IV. Toestemmingsformulier

Titel onderzoek: Maatschappij online, paramedische zorg ook?

‘Afasietherapie: is er draagvlak voor het inzetten van eHealth middelen door logopedisten?’

Verantwoordelijke onderzoeker: Viony Vroemen (student logopedie).

Deelnemer: ‘Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en belasting van het onderzoek. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik begrijp dat opnamemateriaal (spraakopnames) uitsluitend voor dit onderzoek wordt gebruikt. Ik weet dat de onderzoeker de anonimiteit van de gegevens verkregen middels het interview waarborgt. Ik begrijp dat na afronding en voltooiing van dit onderzoek het opnamemateriaal wordt overgedragen aan de Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven en dat de onderzoeker alle opnamemateriaal in haar bezit zal wissen. Ik stem in geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaft van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.’

Deelnemer (In te vullen door onderzoeker):

Datum:

Toestemming deelnemer:

Onderzoeker: Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:

Datum:

Handtekening onderzoeker:

V. Interviewschema

Binnenkomst: Bedankt voor uw deelname aan dit onderzoek. Ik neem eerst de informatiebrief en het toestemmingsformulier met u door. Wanneer u dan geen vragen meer heeft starten we met het interview. Het interview gaat over de toepassing van eHealth binnen de afasietherapie. Mocht er een vraag bij zijn die u niet prettig vindt, of liever niet beantwoord kunt u dat aangeven. Ik ga dan door met de volgende vraag. We kunnen het interview te allen tijde onderbreken wanneer dit nodig is. Dit interview duurt ongeveer een half uur. Ons gesprek wordt opgenomen middels een voicerecorder (ook besproken in de informatiebrief en het toestemmingsformulier). Heeft u nog vragen/opmerkingen? Nee, dan kunnen we beginnen.

Vraag		Vooronderzoek en te ondernemen acties
Algemene informatie (Draagvlak bij wie?)		
0.	– Leeftijd – Geslacht m/v – Jaren werkervaring als logopedist? – Jaren werkervaring als afasietherapeut? – Setting? – Aantal collega's?	– – – – – –
Openingsvraag (Object van draagvlak)		
1.	eHealth, wat is dat voor u?	
2.	Kunt u eventueel voorbeelden noemen?	

eHealth in de praktijk (Behandeling)

3.	Binnen welke fase van het logopedisch handelen gebruikt u eHealth middelen?	Aanmelding: - Middel - Rol - Mening Anamnese: - Middel - Rol - Mening Diagnostiek: - Middel - Rol - Mening
----	---	---

		Behandeling: - Middel - Rol - Mening Evaluatie: - Middel - Rol - Mening
Het ontvangen van beleid		
4.	In hoeverre is er binnen deze setting draagvlak is voor het toepassen van deze middelen?	Weerstand of actieve/passieve steun?

5.	In hoeverre denkt u dat er draagvlak is voor het toepassen van eHealth binnen uw doelgroep?	- Leeftijd - Mobiliteit - Co-morbiditeit - Intensiteit behandeling
Persoonlijke mening (Het ontvangen van beleid)		
6.	Welke redenen zijn er voor u persoonlijk om eHealth niet te gebruiken?	
7.	Welke redenen zijn er voor u persoonlijk om eHealth wel te gebruiken?	
8.	Hoe staat u tegenover alle nieuwe ontwikkelingen met betrekking tot eHealth en afasietherapie	
9.	Welke eHealth toepassingen zou u in de toekomst graag zien binnen de afasietherapie?	

Afsluiting: Dat waren al mijn vragen. Heeft u zelf nog toevoegingen of opmerkingen?

Vriendelijk bedankt voor uw medewerking. Ik ga het interview uitwerken. Wanneer ik het interview getranscribeerd heb zal ik de transcriptie naar u sturen. U kunt dan zelf beoordelen en controleren of ik uw antwoorden juist begrepen heb. Mochten er naar aanleiding van dit interview of het transcript nog vragen zijn kunt u altijd contact met mij opnemen. In de informatiebrief staat mijn telefoonnummer en mailadres. Heeft u interesse om het onderzoek, wanneer het voltooid is in te zien? Dan schrijf ik uw naam op en overleg ik dit met mijn begeleider. Heeft u op dit moment nog vragen?

Nogmaals hartelijk bedankt en een nog een fijne dag gewenst!

VI. Codeboom

Op de volgende pagina's vindt u de codeboom waarin alle thema's, subthema's en codes in verwerkt zijn. Bij een aantal hoofdthema's zijn geen codes ingedeeld. Reden hiervoor is dat de codes te specifiek waren en hierdoor beter tot hun recht kwamen wanneer ze bij de subthema's werden ingedeeld. Het laatste hoofdthema (ideeën en aanbevelingen voor de toekomst) heeft geen subthema's, reden hiervoor is dat het hoofdthema allesomvattend is. Verder hebben de codes verschillende kleuren. Iedere kleur staat voor een andere deelnemer:

Deelnemer 1

Deelnemer 2

Deelnemer 3

Deelnemer 4

Deelnemer 5

Deelnemer 6

Deelnemer 7

Deelnemer 8

Het huidige gebruik van eHealth door logopedisten

- Eigen anamneseformulier per stoornis in computer.
- Kwaliteitsevaluatieonderzoek via link in mail.
- Behandelverslag via mail naar partner.
- E-Health nog niet vaak ingezet in behandeling.
- Screenings digitaal.
- Zorgmail: huisarts.
- Apps in behandeling.
- Veel materiaal digitaal.
- Testgegevens in eindverslag > daarna enkel machtigin op papier.
- Bevestiging aanmelding en afspraak via mail.
- Rapporteren en mailen in behandeling.
- Machtiging en testresultaten op papier.
- Toepassen van apps in behandeling.
- Geen papieren dossiers.
- Onderzoeksformulieren en testgegevens scannen in digitaal dossier.
- Gebruik tablet.
- Direct rapporteren op laptop > niks mag op papier.
- Gebruikt voornamelijk tastbaar materiaal.
- Oefenprogramma op computer voor taalproblemen.
- Apps op tablet.
- Scannen > veel werk.
- Eindverslag enkele keer via mail.
- Afspraak met ZH > overdracht via mail.
- Consulente schakelen logopedie via e-mail in.
- Opzoeken op internet.
- Iedere werknemer heeft Ipad of andere tablet en computer/laptop.
- Apps in behandeling.
- Niet alles digitaal > mixreeks.
- Anamnese gestandaardiseerde formulieren per stoornis.
- Nu alleen Ipad en computer.
- Gebruikt term eHealth niet.
- Dubbele administratie
- Veel werk.
- CTO digitaal.
- EBox, eFIKS, compro, prosodietrainer.
- Formulieren digitaal.
- Oudere logopedisten in praktijk komen met nieuwe apps.
- Geluidsmeter op smartphone.
- Smartphone.
- Binnen vakgroep mogelijkheden apps onderzoeken.
- Door drukte op lange baan geschoven.
- Papieren dossiers voor korte tijd.
- Apps niet in behandeling.
- Alles digitaal.
- Onderzoeken digitaal verwerken.
- Gebruikt veel papieren materialen.
- Formulieren scannen.
- BOX digitaal.
- Voedingskaart digitaal.
- TOP!
- Aanmelden via website.
- Papieren anamnese pas laat of nooit ingevuld.
- Verwijskaart en behandelovereenkomst op papier.
- Meteen digitaal invullen.
- Anamnese digitaal.
- Tijdens behandeling veel via Ipad.
- Apps via mail.
- Apps in behandeling
- Aanbieding via NVLF > evaluatie.
- Niks met post.
- Sommige testen gescand.
- Verslagen/overdracht naar zorgverleners via zorgmail.
- Geen talloze eHealth mogelijkheden.
- Computer voor verslaglegging.
- Papier is zekerheid en duidelijk.
- Met enkele client mailcontact.
- Overdracht van ZH via beveiligde schijf.
- Ipad met name ingezet als CH > geen bult vallen.
- In verpleeghuis alles op papier.
- Één Ipad voor hele team (10-15 man).
- Alleen tevredenheidsonderzoek digitaal.
- Patiënten raken verwijzing kwijt.
- Testformulieren digitaal
- Testformulieren op papier invullen.
- Informatie op verwijzing beperkt.

Elektronisch dossier

- Mailadres patiënt in EPD verwerkt
- Diagnostisch formulier niet standaard in EPD ingelezen.
- Eigen anamneseformulier nog niet eenduidig met EPD.
- Niet switchen in EPD in bijzijn client.
- EPD maakt kwaliteit.
- EPD: passender en doeltreffender behandeling inzetten.
- EPD: dingen beter op een rijtje.
- Mailcontact en EPD praktischer en sneller.
- Gegevens uit EPD automatisch in eindverslag verwerkt.
- EPD: gegevens staan niet overal in logisch opzicht.
- Dossiervoering digitaal.
- Dossiervoering is overzichtelijker.
- Evaluatie in EPD.
- EPD > incurra.
- Incurra traag.
- Nieuwe sjablonen in EPD.
- Dossiervoering: digitaal via epd.
- Adviezen in patiëntendossier.
- Rapportages in patiëntendossier.
- Documenten terugvinden.
- Flexibel EPD.
- Zelf inrichten EPD.
- Binnen patiëntendossier sla ik alles op.
- Niet alleen losse flodderijtjes op papier > je bent gericht op wat je schrijft.
- Kwaliteitstoets draagt bij aan wat in EPD staat.
- EPD komt dit jaar.
- Onderzoeksformulieren in EPD > lang niet alles.

Visie eHealth

- EHealth niet als verving.
- EHealth als aanvulling.
- Communiceren via internet.
- EHealth is vernieuwing.
- Aanvulling op behandeling.
- Brede term.
- EHealth: mogelijkheden die de computer, tablet en smartphone bieden.
- Aanvulling.
- EHealth verving materiaal van vroeger.
- Meerwaarde voor behandeling.
- Verving en uitbreiding.
- Met digitale toepassingen de behandeling begeleiden.
- Methode om via skype te behandelen.
- EHealth als ondersteuning.
- EHealth niet als verving.
- Lijkt toegankelijk maar valt tegen.
- Mag toegankelijker.
- EHealth: technologische ondersteuning binnen de gezondheidszorg.
- Term heel ruim.
- Verving huidige materialen.
- EHealth: manier om patiënten via internet of apps zelf dingen te laten doen.
- EHealth: ontwikkelingen als apps.
- EHealth is actueel.
- Behandeling d.m.v. beeldcommunicatie.

Behandeling

- Makkelijk materiaal voor client selecteren.
- Rol apps steeds groter in behandeling.
- Mail: duidelijk instructies.
- Materiaal versturen.
- Afsprakenapp: mensen bellen op tijd af of komen naar afspraak..
- Oefenen op handige momenten
- Materiaal versturen via mail.
- Contact via mail: efficiënte afstemming behandeling.
- Huiswerkopgaves via mail.
- Materiaal digitaal: ter plekke oefenmateriaal bedenken en aanpassen.
- Mail: oefening ophalen
- Afsprakenapp: minder verzuimtarieven rekenen.
- Pas bij iedere cliënt een vorm van eHealth toe.
- Visueel maken
- Aanschaf app > onduidelijk wat geschikt is voor client
- Is effectiever
- Google > communicatie ondersteunen
- Tijdsduur behandeling heeft computer geen meerwaarde t.o.v. los boekje
- Op zoek naar uitgebreider programma met duidelijk doel.
- Levert mogelijkheden op.
- Lastig oefenen in de praktijk.
- Nieuwe methodes > behandeling effectiever maken.
- Als behandelgoal meer mogelijk.
- Google > bij beperkte tastbare materialen.
- Aanmelding sneller via e-mail.
- E-Health gewenst in de behandeling.
- E-Health > mogelijkheden ter ondersteuning behandeling.
- E-Health biedt mogelijkheden voor database met afbeeldingen.
- Gratis apps> proefversie > mogelijkheden onduidelijk.
- Color Cards beperkt qua niveau.
- Cliënt zelfstandig thuis laten oefenen > levert veel op voor behandeling.
- Als cliënt er niet uit komt > google
- App passen binnen therapieplan.
- Vervanging.
- Behandelmethoden > geen onderscheid boek of computer.
- CTO > kost mensen veel moeite om zelf in te vullen.
- Boek ouderwets.
- Met digitale toepassingen behandeling begeleiden.
- Weinig geschikt qua apps.
- Papieren versie > makkelijker opdrachten meegeven.
- Mensen zien het niet als oefenen.
- Mensen thuis oefenen > gaat beter.
- Mensen die Ipad krijgen nemen 'm mee naar behandeling.
- Wel inzetten in behandeling.
- Computer fijne cotherapeut.
- Color Cards als uitleensysteem voor mensen zonder computer
- Oudere mensen met Ipad basis aanpakken.
- Onnatuurlijk communiceren met CH.
- Groepstherapie.
- Telefoon/tablet veel makkelijker dan huidig CH.
- Moeilijk informatie loskrijgen van afasiepatiënt.
- Heel blij met digitaal anamneseformulier.
- Kritisch zijn en beste behandelprogramma kiezen
- Aansluiten bij doelen.
- Steeds meer apps binnen de logopedie
- E-Health meer benoemd in behandeling
- Hulpvraag: 'ik wil weer goede zinnen in facebook kunnen typen als reactie op anderen of mijn eigen facebookstatus..
- Onderzoeken mogelijkheden: websites filmpjes en apps..
- E-Health is snel.
- Schrijven: geen boodschappenlijstje maar een facebookbericht.
- Foto's en afbeeldingen niet kopiëren zijn voordelen.
- Behandel- en oefenmaterialen verouderen.
- Papier: huiswerk van vroeger, schools.
- Elektronische aanmelding zou fijn zijn.

Diagnostiek

- Makkelijk dingen noteren op papier.
- Diagnostisch formulier op papier is makkelijker.
- Weinig onderzoeken digitaal af te nemen.
- Onhandig op papier invullen en scannen.
- Prettig als er digitale scoreformulieren komen.
- Papieren makkelijker.
- Bij thuisbehandeling papieren formulieren
- Bewerkelijk > onderzoek via computer.
- Inventarisatie door ontwikkelaar > meer onderzoeken digitaal.
- CAT-NL op den duur ook scannen.
- Geen digitaal alternatief voor diagnostiek.
- Test op internet wordt moeilijk voor doelgroep.
- Therapeut en onderzoeksafname heel bedreigend voor mensen.
- Zowel papieren als digitale mogelijkheid is fijn.
- Taalanalyse direct getranscribeerd in computer > handig, fijn, tijdsbesparend.
- Online scoreformulier > handig en efficiënt.

Ondersteuning

- Mensen met beperkingen zijn afhankelijk van omgeving.
- Kinderen van cliënt adviseren en informeren de cliënt over tablet.
- Met ondersteuning kan eHealth altijd ingezet worden.
- Ondersteuning omgeving > veel oefenen.
- Invloed omgeving is patiëntgebonden.
- Partner en kinderen geen cotherapeut.
- Wel inzetten met ondersteuning.
- Met digitaal formulier meer info door zoon/dochter.
- Ondersteuning maakt aanschaf en gebruik makkelijk.
- Meerwaarde laten inzien rol omgeving.
- Gestimuleerd door omgeving.
- Herinneren aan gebruik: bijvoorbeeld mail.
- Omgeving belangrijke rol.
- Oudere generatie > begeleiding.
- Geen beperking inzetten oefenprogramma's bij voldoende ondersteuning omgevind.

Intensiteit

- Mensen vaker korter zien m.b.v. telezessies vergroot intensiteit.
- Mensen thuis laten oefenen met app vergroot intensiteit.
- Zelfstandig aan de slag.
- Mensen kunnen zelf aan de gang met apps zonder interventie therapeut.
- Vast maximaal aantal behandelingen per week.
- Maximale mogelijkheden: 3 à 4 keer per week 30 minuten.
- Behandelfrequentie chronische fase lager dan acute fase.
- Behandeling voortzetten op vakantie.
- Computerprogramma in behandeling > over aantal behandelingen heen.
- Behandelfrequentie omlaag > kosten drukken.
- Te veel therapieën.
- Zoveel mogelijk therapie geven.
- Therapiefrequentie in eerste lijn - afhankelijk van patiënt.
- Extra oefenmomenten op vakantie of met kleinkinderen.
- Naast behandeling zelf kwaliteitstijd in oefeningen steken.
- Intensieve therapie niet haalbaar.
- Hogere intensiteit behandeling behalen door zelfstandig oefenen.
- Door reistijd en beperkte agenda niet mogelijk één keer per week extra te oefenen.
- Elke dag oefenen: app/programma op tablet/computer.
- Coaching door telelogopedie WEL één keer extra per week behandelen.
- Sessie op afstand > vergroot intensiteit.
- Monitoren thuisoefenen > vergroten intensiteit.

Gebruik door logopedisten

Gebruik

- Feedbackmogelijkheden zijn groter.
- Nieuw systeem levert veel op.
- Efficiëntie.
- Maakt behandelingen efficiënter.
- Materiaal digitaal: therapeut flexibeler.
- Gegevens op een plek bij elkaar.
- Verbetering kwaliteit.
- Complexiteit is groot > veel mogelijkheden.
- Veel meer toepassingsmogelijkheden.
- Schept duidelijkheid.
- Flexibiliteit.
- Makkelijk terugvinden.
- Makkelijker tablet erbij pakken.
- Alles ten alle tijden raadplegen.
- Makkelijk > evaluatie via e-mail en link.
- Handig.
- Makkelijk switchen.
- Papieren materialen: steeds vervelender.
- Overzichtelijk.
- Meer mogelijkheden.
- Makkelijk.
- Vroeger kofferbak vol met boeken en mappen.
- Praktisch meteen digitaal verwerken.
- Feedback geven.
- Moeilijkheidsgraad aanpassen.
- Mogelijkheden computer vallen tegen.
- Overzichtelijk.
- Gefrustreerd.
- Mezelf makkelijk maken.
- Heel fijn.
- Effectief.
- Vroeger kofferbak vol.
- Voorkeur gaat uit naar digitaal/elektronisch middel.
- Levert heel veel op.
- Leuk om te doen.
- Voordeel: altijd bij me.
- Altijd startklaar.
- Leuk om te doen.
- Gemakt.
- Liefst meteen digitaal invullen.
- Altijd bij de hand op iedere locatie.
- Minder kopietjes, minder papier.
- Positief.
- Adviseren.
- Altijd bij de hand.
- Voorwaarden: kostenbesparend, efficiënt en makkelijk in gebruik.

Tablet & Apps

- Tablet kostenbesparend.
- Tablet maakt dingen makkelijker en toegankelijker.
- Tablet is relatief goedkoop.
- Tablet redelijk makkelijk qua besturing.
- Tablet drempelverlagend.
- Tablet niet makkelijk kapot maken.
- Tablet loopt niet snel vast.
- Mis het geactiveerd wordne in gebruik tablet.
- Tablet/telefoon valt niet op.
- Apps niet individueel aanpasbaar.
- Tablet is minder opvallend.
- Tablet ziet er lieflijker uit.
- Tablet: opener in communicatie.
- App digiTaal: ziet er aantrekkelijk uit.
- Apps zijn nieuw, fris en actueel.
- App: flitsendere manier oefenen.
- Therapeuten een tablet geven nog niet helemaal haalbaar.

Gebruik door logopedisten

Contact cliënt & eHealth

- Computer tijdens behandeling maakt contact met cliënt niet prettig.
- Scherm tussen cliënt en therapeut is niet fijn.
- Scoort het liefst op papier.
- Lastig: scherm tussen patiënt en therapeut.
- Moeite met laptop naar cliënt.
- Laptop: zakelijk en onpersoonlijk.
- Persoonlijke voorkeur: contact in dezelfde ruimte.
- Onpersoonlijk.
- Laptop lettelijk tussen cliënt en therapeut in.
- Ander contact dan voorheen.
- Geen eHealth: therapieprogramma waarvoor geen elektronisch alternatief is.
- Papier is sneller.
- Weinig mogelijkheden voor contact tussen collega's.
- Onpersoonlijk.
- Gebruik apparatuur niet vriendelijk.
- TOepassing eHealth egoïstisch.
- Meteen digitaal verwerken: onpersoonlijk.
- Kil.
- Niet teveel afleiding.
- EHealth niet als mensen zelf digibeeft zijn.
- Inschatten wat voor soort mensen het zijn.
- Prikkel en afleiding.
- Papier en versie geeft vertrouwen en rust.
- Typen in laptop: afgesloten van het contact.
- Niet ingewikkeld.
- Stimuleren patiënt.
- Niet te moeilijk.
- Lastig uitleggen

Nieuwe ontwikkelingen

- Zoeken naar meerwaarde voor specialisatie.
- Jongere collega's minder moeite met nieuwe technologie.
- Zoeken naar manier die bij therapeut past.
- Omschakelen went wel.
- Meegaan in tijd.
- Je moet mee.
- In het begin voelt het als moeten.
- Wennen aan ontwikkelingen.
- Nieuwsgierig naar wat er allemaal is.
- Speurt regelmatig op internet naar nieuwe dingen.
- Goede ontwikkelingen zijn welkom.
- Doen wat de patiënt nodig heeft.
- Het is van deze tijd.
- Mensen laten participeren in maatschappij.
- Er is meer dan nu gebruikt wordt.
- Probeer altijd op zoek te gaan.
- Weet er weinig van.
- Samen voor gaan.
- Nieuwe opties/mogelijkheden onderzoeken t.b.v. adviseren cliënt.
- eHealth steeds belangrijker.
- Kennis ontwikkelen.
- Zoekend naar geschikte eHealth middelen.
- Voorlichting en advies over ontwikkelingen en mogelijkheden.
- Mee moeten met nieuwe ontwikkelingen.
- Nieuwe ontwikkelingen: leuk om te volgen.
- Kennis van de logopedist.
- EHealth is actueel.
- Stimuleren patiënt..

Tijd

- Spaart veel tijd.
- Ziektekosten ontlasten.
- Scheelt gedoe.
- Nieuwe technologie in begin gedoe.
- Tijd investeren in nieuw systeem.
- Tijds technisch bezig zijn.
- Dubbel werk > op papier invullen en in computer verwerken.
- Kost veel tijd om eigen te maken.
- Kost tijd om op maat te maken voor cliënt.
- Veel tijd zoeken naar goede apps.
- Jaren mee bezig.
- Veel werk.
- Tijd om ontwikkelingen bij te houden.
- Tijdsbesparend.

**Gebruik door
cliënten
volgens de
logopedist**

Bediening

- Tablet redelijk makkelijk qua besturing
- Tablet loopt niet snel vast.
- Tablet maakt dingen makkelijker en toegankelijker.
- Progressief ziektebeeld: tablet besturingstechnisch mogelijk een probleem.
- EHealth afhankelijke of cliënt met computer overweg kan.
- Cognitieve problemen spelen rol bij gebruik eHealth.
- Hanteren elektronische middelen lastig bij cognitieve problemen.
- Sommige cliënten weten hoe ze moeten mailen, smsen en appen.
- Technologie gebruiken onder begeleiding.
- Cognitieve problemen beperking i.v.m. besturing
- Mobiliteit geen beperking.
- Executieve functies moeite bij besturen.
- Mobiliteit geen beperking.
- Cliënt moet tablet kunnen bedienen.
- Zelfstandig werken beperkt door > cognitie, praxis en bediening apparaat.
- Bediening apparaat te ingewikkeld.
- Cognitieve problemen > omgaan met tablet of naar website gaan is omslachtig.
- Cognitieve problemen > niet om kunnen gaan met besturing van iets digitaals.
- Cognitie beperkender dan motorisch.
- Cognitie: moeite met besturing.
- Niet goed bedienen met één hand.
- Cognitie: moeite met planning
- Swipen moeilijk
- Mobiliteit: beperking bij bediening.
- Moeilijk gebruiken bij forse stoornis.

Leeftijd doelgroep

- Niet veel ouderen gebruiken tablet.
- Bij 50+ers tablet soms bekend.
- Nieuwe generatie meer gewend aan computer.
- Cliëntenpopulatie steeds jonger.
- Steeds meer ouderen gebruiken een tablet.
- Leeftijd geen beperking.
- Onhandig bij doelgroep.
- Leeftijd geen beperking.
- Ouderen zitten niet op computer te wachten.
- Onhandig als mensen op latere leeftijd met apparaat willen beginnen/leren werken.
- Nieuwe generatie steeds digitaal ingesteld.
- Generatie niet gewend veel te doen.
- Oudere mensen willen persoonlijk contact.
- Jongere mensen die handig zijn zoeken zelf naar apps.
- Leeftijd geen beperking.
- 75+ noodzaak niet inzien.
- 75+: niet goed kunnen gebruiken.
- Jonge afasiepatiënt: apps aanraden.
- Nadeel is generatie van doelgroep.
- Leeftijd geen beperking.
- Doelgroep vaak niet handig met Ipad.

Gebruik en ervaring

- Implementatie eHealth: flexibiliteit van mensen.
- Affiniteit met computer belangrijk.
- Wat mensen gewend zijn.
- Cliënten geen probleem met computer in behandeling
- Meeste cliënten aan huis hebben geen mail.
- Cliënten aan huis: wel tablet..
- Lastig om zelfstandig te laten oefenen als cliënt niet bekend is met apparaat.
- Beendheid met apparaat.
- Na gewenning, tablet meer inzetten.
- Afstemmen op cliënt.
- Handelen makkelijker als cliënt bekend is met apparaat.
- Gebruik technologie ligt aan persoon
- Toepassing eHealth afhankelijk van houding cliënt.
- Bekendheid met apparaat.
- Moet je voor open staan.
- Fijn als mensen enige ervaring hebben.
- Goed kijken naar patiënt.
- In hoeverre patiënt vertrouwd is met apparaat.
- Moet ervoor open staan.
- Persoonlijke omstandigheden.
- Mensen gaan van nature niet altijd mee met nieuwe ontwikkelingen.
- Meerwaarde inzien voor henzelf.
- Houding.
- Meerwaarde voor cliënt.
- Beperking: bereidheid om met computer te werken.

**Gebruik door cliënten
volgens de logopedist**

Zelfstandig oefenen

- Oefenprogramma op computer alleen meerwaarde als cliënt zelfstandig kan oefenen.
- Cliënt zelfstandig laten oefenen.
- Mensen kopen Ipad voor appjes.
- Zelf aan de gang.
- Cliënt zelfstandig oefenen.
- Zelf oefenen moeilijk bij cognitieve-/ praxisproblemen.
- Cliënten: sturen via mail anders raakt het kwijt.
- Mensen met eigen tablet/pc > sturen zelfstandig oefenen.
- Mensen schaffen tablet aan n.a.v. oefeningen en behandeling.
- App DigiTaal: mensen oefenen meer zelf.
- App: het voelt niet als oefenen.
- Elektronische aanmelding zou fijn zijn.

Voorwaarden

- Leerzaamheid
- Concentratie.
- Cliënt moet cognitief goed zijn.
- Mensen hebben beperkingen als gevolg van het ziektebeeld.
- Belastbaarheid.
- Beperkingen bij expressieve/verbale uitngn.

Voordelen voor cliënt

- Oplossingsgericht
- Verantwoordelijkheid.
- Verantwoordelijkheid terugleggen waar hij hoort.
- Onafhankelijk.
- Zelf kunnen is zelf doen.
- Makkelijk oppikken
- Zelfredzaam.
- Initiatief.
- Veel met taal bezig zijn.
- Visuele herkenning

Organisatorische voorwaarden

Behandeling wel/niet op afstand

- Contact met patiënt belangrijk.
- Vragenuurtje via skype.
- Niet enkel behandeling via telesessie.
- Fysiek contact: situaties beter inschatten.
- Communicatie via internet.
- Beperkte mobiliteit: telesessies.
- Telesessies: reis- en kostentechnisch spaarzaam.
- Fysiek contact blijft belangrijk.
- Persoonlijke ontwikkeling in ziektebeeld via face to face contact bespreken.
- Coping niet te vangen met app of op afstand > face tot face contact.
- Mensen hebben mensenbehoeftes.
- Clienten aan huis niet handig met computer.
- Nieuwe problemen evalueren via skype > prettig.
- Intake skype scheelt tijd en kosten.
- Veel cliënten kennen skype waarschijnlijk niet.
- Cliënten vinden persoonlijk contact prettig.
- Door mobiel internet nog trager of geen bereik bij huisbezoek.
- Spreekuur via skype.
- Behandeling via skype: nee.
- Patiëntencontact gaat voor.
- Zinvol: Contact maken via skype/facetime.
- Jongere generatie wil internetzitting.
- Digitaal behandelen met skype is te vroeg.
- Dorpen op behoorlijke afstand.
- Veel reistijd.
- Organisatie denkt na over telelogopedie i.v.m. reistijd eerstelijnszorg.
- Telelogopedie: meer gevoel van contact dan alleen telefonisch.
- Skype te traag voor logopedie.
- Visuele ondersteuning bij skypegesprek.
- Skype: niet rechtstreeks aankijken.

Organisatie

- Organisatie is vooruitstrevend.
- Faciliteiten in praktijk zijn aanwezig.
- Ipad vanuit organisatie.
- Faciliteiten op afdeling beperkt.
- Organisatiestructuur makkelijker in vrije vestiging.
- Organisatie: ICT systemen
- Organisatiestructuur: langdurig proces.
- Organisatie: budgetair.
- Geld speelt rol.

Zorgverzekeraar

- Implementatie eHealth ligt aan vergoeding verzekeraars > vb: vragenuurtje.
- Verzekeraar wil goed dossier.
- EHealth wordt geëist van verzekeraars.
- Kwaliteitsevaluatieonderzoek ook t.b.v. zorgverzekeraars i.v.m. behandelgemiddelde.
- Behandelindex eerste lijn.
- Zorgverzekeraars rekenen af op behandelgemiddelde > te hoog? > geen contract.
- Internetzittingen in eerste lijn worden vergoed.
- Alleen directe tijd declareren.

Ideeën & aanbevelingen voor de toekomst

- Forum opzetten voor afasie (zoals Parkinsonnet)
- Contact met ervaringsdeskundigen/lotgenoten.
- Protocol voor anamnese: soort beslisboom.
- Digitaal rollenspel.
- Videospel.
- Proefversie apps > beperkte mogelijkheden.
- Apps in Engels > niet beschikbaar in Nederlands.
- Samsung minder appjes dan Apple.
- Mist therapiemateriaal voor dementie, licht afatische stoornissen en fonologie.
- Onbetaalde apps niet geweldig.
- Niet van alle apps een demo-versie.
- Mag meer individueel aanpasbaar zijn.
- Appstore beter omschrijving app.
- Hoe meer gebruikt hoe aantrekkelijker voor appmakers.
- Apps van Apple beter dan Android.
- Android: duizenden apps, niks met afasie.
- Wil graag een tablet.
- Privacygevoeligheid.
- EHealth niet ten koste van kwaliteit.
- Ipad per discipline.
- Visuele ondersteuning bij skypegesprek.
- Alleen digitaal > valkuil voor mensen zonder computer.
- Lastig sommige apps wel voor Apple niet voor andere tablet.
- Synchroniseren apps.
- Moeilijk zoeken in appstore.

VII. Apps die op dit moment gebruikt worden in de behandeling van afasie

Naam app	Ontwikkelaar
Bitsboard	Grasshopper apps
DigiTaal NL	De Smidt
Grid Player	Sensory Software International
Flash Cards	Kindergarten.com
Lexico Cognitie	Pappy Acerca apps
Let's Create	MyFirstApp Ltd.
Conversation Therapy	TactusTherapy
Woordspel	Felix Wolf
Worder	Peter Damen
Token Test	CMI Technologies
3D Brain	Cold Spring Harbor Laboratory
Language Therapy	Tactus Therapy Solutions Ltd.