

Verwachtingen van COPD patiënten ten aanzien van e-health

Scriptie
Versie 1.0



Naam: Jill Trepels
Studentnummer: 2185080
Datum: Juni 2015
Begeleider: Jaron Schnitzer
School: Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven
Opleiding: Fysiotherapie

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie “Verwachtingen van COPD patiënten ten aanzien van e-health.” Deze scriptie beschrijft de ervaringen, verwachtingen, wensen en behoeften van COPD patiënten ten aanzien van e-health mogelijkheden in een eerstelijns fysiotherapiepraktijk. Dit onderzoek is uitgevoerd bij de eerstelijns fysiotherapiepraktijk Fysiomotion te Panningen.

Samen met Melissa Pantjes en Wouter van de Weijer ben ik begonnen aan deze afstudeerscriptie. We zijn met ons onderzoek begonnen in het Elkerliek ziekenhuis te Helmond. Hier zouden wij de verwachtingen van COPD patiënten ten aanzien van e-health gaan onderzoeken. Door omstandigheden hebben we met z'n drieën besloten om te stoppen met de samenwerking met het Elkerliek ziekenhuis. We hebben elders onze scriptie kunnen voortzetten, namelijk bij mijn oude stageadres. Het was daar niet mogelijk om met z'n drieën onderzoek te doen naar de chronische aandoening COPD. Daarom is er besloten om hetzelfde onderzoek bij drie verschillende chronische aandoeningen te onderzoeken. Melissa heeft de e-health verwachtingen van de claudicatio intermittens patiënten onderzocht en Wouter heeft dit onderzoek uitgevoerd bij patiënten met chronische hartklachten. In dit onderzoek komen de verwachtingen van COPD patiënten ten aanzien van e-health aan bod. Ondanks onze moeizame start is het ons toch gelukt om iets moois van deze afstudeerscriptie te maken.

Ik wil graag Jaron Schnitzer bedanken voor zijn goede begeleiding, waardevolle feedback en hulp. Daarnaast wil ik onze redder in nood Fysiomotion bedanken die voor ons klaar stond toen we een nieuwe opdrachtgever zochten. Met name Luuk Spreuwenberg en Gerard Greefkens die onze contactpersonen waren binnen Fysiomotion. Zonder deelnemers zouden we ons onderzoek niet kunnen uitvoeren, dus bij deze wil ik alle deelnemers bedanken voor hun tijd en moeite. En om niet te vergeten Melissa Pantjes en Wouter van de Weijer die me tijdens deze scriptie hebben gesteund, feedback gaven en de rol van observator vervulden tijdens de interviews. Heel erg bedankt voor de fijne samenwerking! Tenslotte wil ik mijn familie en vrienden/vriendinnen bedanken die me geholpen hebben om deze soms wat stressvolle periode te doorstaan en mij feedback hebben gegeven op mijn scriptie.

Jill Trepels

Eindhoven, Juni 2015

Samenvatting

Achtergrond

In de toekomst gaat de gezondheidszorg veranderen. Zo is men bezig met het implementeren van e-health. “E-health is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren (12)”. In verschillende studies worden de ervaringen en verwachtingen van e-health al beschreven. De ervaring, wensen en behoeften van Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) patiënten ten aanzien van e-health toepassingen zijn echter nog onbekend in de fysiotherapeutisch setting. Daarom luidt de onderzoeksvraag: *Wat is de ervaring en verwachting van COPD patiënten, die revalideren in een eerstelijns fysiotherapiepraktijk, over de toepassing van e-health?*

Methode

Er is gekozen voor een kwalitatief onderzoek om de meningen, ervaringen, wensen en behoeften van de deelnemers over de e-health toepassingen in kaart te brengen. Dit werd gedaan middels een semigestructureerd interviewschema in combinatie met open vragen. De interviews werden opgenomen met een voice-recorder en vervolgens werd elk interview direct getranscribeerd door de interviewer. Daarna werden alle transcripten zowel open als axiaal gecodeerd.

Resultaten

In totaal hebben elf COPD patiënten deelgenomen aan het onderzoek, waarvan zes mannen en vijf vrouwen. De gemiddelde leeftijd was 62 jaar. Uit de interviews zijn zes thema's gevormd, namelijk: “bekend zijn met de e-health mogelijkheden”, “digitale vaardigheden”, “ervaringen met e-health”, “verwachtingen over e-health”, “wensen en behoeften aan e-health” en “factoren die invloed hebben op het gebruik van e-health”.

Conclusie

Uit de interviews blijkt dat de verwachtingen van COPD patiënten over de e-health toepassingen zeer uiteenlopend zijn. Er zijn deelnemers die openstaan voor de e-health mogelijkheden. Andere deelnemers blijven liever gebruik maken van de bestaande mogelijkheden, aangezien e-health zorgt voor minder persoonlijk contact. Opvallend was dat geen enkele deelnemer op de hoogte was van de online mogelijkheden van de eerstelijns fysiotherapiepraktijk.

Abstract

Background

In the future there will be some changes in healthcare. For example, implementation of e-health has already begun. “E-health is the use of new information- and communication technologies, particularly internet technologies, to support or improve health and healthcare (12).” In several studies the experiences with and expectations of e-health have already been investigated. However, the experiences, wishes and needs of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) patients for e-health applications in a physical therapy setting are still unknown. Therefore, the research question is: What is the experiences and expectations of COPD patients, who rehabilitate in the physical therapy practice, on the application of e-health?

Method

A qualitative research design was chosen to evaluate the opinions, experiences, wishes and needs of the participants on the e-health applications. A semi-structured interview in combination with open questions was applied. The interviews were recorded on a voice recorder and each interview was directly transcribed by the interviewer. After this process both open and axial codes were assigned to all the transcripts.

Results

A total of eleven COPD patients participated in the study, six men and five women. The mean age of the participants was 62 years. The interviews consisted of six themes, namely: “be familiar with e-health applications,” digital skills, “experiences with e-health”, “expectations off e-health”, “wishes and needs for e-health” and “factors that influence the use of e-health”.

Conclusion

The interviews show that the expectations of COPD patients for e-health applications are very divergent. There are participants who are open to e-health capabilities, whereas other participants prefer to continue using the existing treatment options. It was striking that no participant was aware of the online options that already existed in the physiotherapy practice where they were undergoing a rehabilitation.

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	6
2. Methode	10
2.1 Onderzoeksdesign	10
2.2 Onderzoekspopulatie.....	10
2.2.1 Werving onderzoekspopulatie	11
2.3 Data-verzameling	11
2.4 Data-analyse.....	13
2.5 Ethische aspecten.....	14
3. Resultaten	15
3.1 Beschrijving deelnemers.....	15
3.2 Thema's.....	15
3.2.1 Bekend zijn met de e-health mogelijkheden.....	16
3.2.2 Digitale vaardigheden	16
3.2.3. Ervaringen met e-health	17
3.2.4 Verwachtingen over e-health	18
3.2.5. Wensen en behoeften aan e-health.....	20
3.2.6 Factoren die invloed hebben op het gebruik van e-health	21
4. Discussie	24
4.1. Resultaten vergelijken met de literatuur	24
4.1.1 Communicatie tussen de zorggebruiker en zorgverlener	24
4.1.2 Factoren die bijdragen aan de digitale vaardigheden en het gebruik van digitale communicatiemiddelen	25
4.1.3 Verwachtingen over de e-health mogelijkheden.....	26
4.1.4 COPD specifieke e-health behoeften	27
4.2 Sterke punten van het onderzoek.....	28
4.3 Beperkingen van het onderzoek.....	28
4.4 Spiegeling resultaten onderzoek	29
4.5 Conclusie.....	30
4.6 Aanbevelingen.....	30
4.6.1 Aanbevelingen voor verder onderzoek.....	30
4.6.2. Aanbevelingen voor de implantatie van e-health in de fysiotherapiepraktijken	31

Literatuurlijst	32
Bijlage I: Omschrijving stappen van het methodisch handelen	I
Bijlage II: Informatiebrief	III
Bijlage III: Informed consent	V
Bijlage IV: Topic lijst	VI
Bijlage V: Interviewschema	VII
Bijlage VI: Geheim houdingsverklaring	XI
Bijlage VII: Overeenkomst overdracht rechten	XII
Bijlage VIII: Codelijst axiaal coderen	XVI

1. Inleiding

In de komende decennia zal het aantal mensen met een chronische aandoening stijgen, zowel in Europa als in Nederland (1). In Nederland zijn momenteel 4,5 miljoen mensen bij wie een chronische aandoening door een arts is vastgesteld (2). Het stijgend aantal chronisch zieken is te wijten aan de toegenomen vergrijzing en een grotere overlevingskans bij chronische ziekten (2). Ook de verbetering in de kwaliteit van de zorg draagt bij aan deze grotere overlevingskans (3). Een andere factor die invloed heeft op het toenemend aantal chronische ziekten, is een ongezonde levensstijl. Voorbeelden van een ongezonde levensstijl zijn: overgewicht, ongezonde voeding en het groeiend aantal rokers (voornamelijk vrouwelijke rokers) (4). Nederland staat voor de uitdaging de kwaliteit van de zorg, voor mensen met een chronische ziekte, te verbeteren en tegelijkertijd te zorgen voor betaalbare zorg (2).

De stijging van chronische ziekten is ook terug te zien in het aantal mensen met longaandoeningen, zoals Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). De verwachting is dat de prevalentie van de COPD zal stijgen (5). COPD is gekarakteriseerd door een niet volledig reversibele luchtwegobstructie (6). De onderliggende oorzaak van COPD is een abnormale ontstekingsreactie in de longen. Deze ontstekingsreactie wordt veroorzaakt door het inademen van schadelijke deeltjes of stoffen, bijvoorbeeld: sigarettenrook, vervuilde- en chemische gassen (7). COPD komt vaker voor bij mensen boven de 40 jaar, uit een lagere sociaal-economische klasse. In 2007 leden in Nederland 7 op 1000 personen tussen de 40 en 45 jaar aan COPD. Bij de leeftijdscategorie 80 tot 85 jaar waren dit 150 op de 1000 personen (5). Wereldwijd is COPD de derde belangrijkste doodsoorzaak (1). Symptomen van COPD die frequent voorkomen, zijn: kortademigheid, piepende ademhaling, hoesten, overmatige sputumproductie en herhalende respiratoire infecties (8). Op lange termijn kan er tevens een verminderde conditie, spierzwakte, atrofie en verandering in het gewicht optreden, waardoor de kwaliteit van leven verminderd (9,10).

De kwaliteit van leven wordt mede bepaald door de mate waarin de patiënt erin slaagt zich aan zijn of haar aandoening aan te passen (1). De fysiotherapeut(e) kan hier een rol in spelen om deze aanpassingen te realiseren. Dit kan onder andere door ondersteuning te bieden in het verrichten van een correcte ademhalingstechniek. Daarnaast zijn exacerbatie management, stimuleren van een gezonde leefstijl, energiebesparende technieken, ademregulatie, stressmanagement en adequate ziektecognities andere mogelijkheden om hulp te bieden aan een COPD patiënt (1). De progressie in de klachten van COPD patiënten kan op deze manier geremd worden (1). Binnen het fysiotherapeutisch behandeltraject van COPD wordt er tevens aandacht besteed aan de volgende behandeldoelen: verminderen van kortademigheid, verbeteren van het inspanningsvermogen en fysieke activiteit, verbeteren van het mucustransport en het vergroten van de aandoening specifieke kennis en zelfmanagement (5). E-health is in Nederland enorm in opkomst en zou ondersteuning kunnen bieden in het realiseren van de bovengenoemde behandeldoelen (11,12).

In de toekomst wil men steeds meer gebruik gaan maken van e-health in diverse zorginstellingen (2,11-13). “E-health is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren” (12^{p.2}). Door middel van nieuwe vormen van technologie, binnen de zorg, zal e-health zorgen voor een kwaliteitsverbetering van zorgtrajecten (12). Er zijn verschillende vormen van e-health, zoals: web-applicaties, web-portalen, mobiele applicaties, elektronische dossiers, persoonlijke gezondheidsdossiers, health-sensoren en videocommunicatie (11,13). De patiënt krijgt door e-health de mogelijkheid een grotere invloed uit te oefenen op zijn zorgtraject (14-15).

Zoals al benoemd werd, kan e-health ondersteuning bieden bij het realiseren van behandeldoelen. E-health zou patiënten een mogelijkheid kunnen bieden om de kennis over hun aandoening te vergroten (15). Zo blijkt uit het onderzoek van Wong et al. (16) dat COPD patiënten weinig kennis hebben over hun aandoening. Dit is waarschijnlijk te wijten aan het feit dat patiënten maar maximaal 50% onthouden van datgene wat de zorgverlener hun vertelt (13). Informatieverstrekking van de fysiotherapeut(e) zou ondersteund kunnen worden door informatieve mobiele applicaties, web-applicaties of web-portalen (11,13). E-health kan op meerdere manieren de communicatie en informatie verstrekking tussen zorggebruiker en zorgverlener ondersteunen of verbeteren. Bijvoorbeeld door online afspraken maken, online vragenlijst invullen, videobellen of inzagen in het elektronisch patiëntendossier (zie tabel 1). Deze e-health mogelijkheden zijn volgens Krijgsman en Wolterink (12) in te delen in e-zorg en e-zorgondersteuning. In tabel 1 wordt weergegeven welke vormen van e-health aan bod gaan komen tijdens dit onderzoek.

Tabel 1: e-health vormen binnen dit onderzoek

	E-zorg		E-zorgondersteuning	
	E-diagnose	E-care	E-afpraak	E-dossier
Voorbeelden e-health	Zelf elektronisch patiëntendossier aanvullen	Online vragenlijsten	Online afspraak Maken	Inzicht elektronisch patiëntendossier
	Online informatie verstrekken aandoening	Videobellen	Online aanmelden	Aanvullen elektronisch patiëntendossier

Ondanks dat e-health enorm in opkomst is, wordt er nog maar weinig gebruik gemaakt van e-health onder de COPD- en astmapatiënten (11-12). Bij 86% van de COPD- en astma patiënten wordt binnen het huishouden gebruik gemaakt van moderne informatie- en/of communicatieapparatuur, zoals een computer, laptop, tablet of smartphone. De e-health toepassingen worden echter door minder dan 20% van de COPD- en astmapatiënten gebruikt. Hoewel ruim 40% van de COPD patiënten een mogelijkheid ziet in e-health om meer verantwoordelijkheid in de zorg te krijgen (17). In de literatuur worden de verwachtingen van patiënten met diverse klachten ten aanzien van e-health beschreven.

Voordelen die patiënten in e-health zien, zijn: laagdrempelige zorg, minder reisafstand, eigen tijd indelen en makkelijkere communicatie (11,13,18). Daarentegen zijn er volgens patiënten ook nadelen aan e-health gebonden, zoals: technische problemen, minder persoonlijk contact en de veiligheid van gegevens. Andere patiënten geven aan dat ze over onvoldoende digitale vaardigheden beschikken om gebruik te maken van e-health (11,13,18,19). De behoeften en verwachtingen bij andere patiënten ten aanzien van e-health zijn wel bekend, maar bij COPD patiënten nog niet. Ook is het onbekend wat COPD patiënten verwachten van e-health in de fysiotherapeutische setting.

In dit onderzoek wordt gekeken naar de verwachtingen, wensen en behoeften die patiënten hebben over e-health, binnen een COPD groep in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk Fysiomotion. In de literatuur is veel bekend over de verwachtingen van patiënten met betrekking tot e-health. Er is echter in mindere mate onderzoek gedaan naar de verwachtingen, wensen en behoeften binnen het behandeltraject in de eerstelijns fysiotherapiepraktijken (13,16). E-health wordt inmiddels ook geïmplementeerd binnen de eerstelijns fysiotherapiepraktijken. Het is echter van groot belang om van te voren onderzoek te doen naar de e-health verwachtingen en wensen van patiënten. Als deze verwachtingen, wensen en behoeften van de patiënten niet goed in kaart zijn gebracht, heeft de integratie van e-health een minder grote kans van slagen (19). Daarom zal dit onderzoek bijdragen om deze verwachtingen, wensen en behoeften van de patiënten ten aanzien van e-health goed in kaart te brengen voor de fysiotherapeutische setting.

Om e-health in te kaderen in het behandeltraject wordt er gebruik gemaakt van de stappen van het methodisch handelen volgens de richtlijn fysiotherapeutische verslaglegging (20). Deze stappen worden nader toegelicht in bijlage I: omschrijving stappen van het methodisch handelen. Het onderzoek richt zich op de meningen van COPD patiënten over e-health binnen deze specifieke stappen in het behandeltraject. Vier van deze stappen lijken de meeste aansluiting te hebben om dit te realiseren. Er is daarom gekozen voor de volgende stappen: stap 1: aanmelding, stap 3: aanvullend onderzoek, stap 5: behandelplan, stap 7: (eind) evaluatie (20). Door deze stappen te verwerken in het onderzoek wordt er informatie verkregen over de e-health verwachtingen, wensen en behoeften op verschillende momenten in het behandeltraject. Zo krijgt men een indruk over het moment waarop e-health een ondersteuning of verbetering zou kunnen bieden in het behandeltraject.

Er is bewust gekozen om stap 4: analyse en stap 8: afsluiting buiten beschouwing te laten, aangezien deze stappen door de fysiotherapeut(e) worden genomen en de patiënt weinig invloed heeft op deze stappen. Daarentegen is er bewust voor de stap 1: aanmelding gekozen, omdat aanmelden al gedeeltelijk online kan binnen fysiomotion. Uit onderzoek blijkt dat patiënten over het algemeen zeer tevreden zijn over de fysiotherapie. De patiënten zijn echter minder tevreden over de telefonische bereikbaarheid van de fysiotherapiepraktijken (21). E- afspraken zou een oplossing voor dit probleem kunnen bieden. Ook vinden de patiënten dat de fysiotherapeuten onvoldoende uitleg geven over hun behandelingen (22). Vandaar wordt stap 5: behandelplan opgenomen in dit onderzoek. Stap 2: anamnese valt gedeeltelijk samen met stap 3: aanvullend onderzoek en wordt dus niet expliciet

genoemd in dit onderzoek. Stap 6: behandeling sluit minder goed aan bij de wensen van de opdrachtgever, aangezien minder dan de helft van de patiënten toekomst ziet in online behandelen (11). Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat momenteel slechts 1% van de patiënten gebruik maakt van online behandelen (11). Er wordt in dit onderzoek juist gekeken naar de stappen waarin de implementatie van e-health het meest relevant is. De behandeling is zeer verschillend per patiënt en daarom lastiger te implementeren in een eerstelijns fysiotherapiepraktijk. De e-health mogelijkheden die aan bod komen tijdens dit onderzoek zijn concreter en waarschijnlijk makkelijker te integreren. Door slechts vier stappen van het methodisch handelen te selecteren, kan er tijdens het onderzoek dieper op deze stappen worden ingegaan.

In dit onderzoek wordt getracht inzicht te krijgen in de verwachtingen van COPD patiënten over hoe internettechnologie ondersteuning of verbetering kan bieden aan deze genoemde stappen. Twee medeonderzoekers voeren hetzelfde onderzoek uit, elke onderzoeker analyseert echter een andere chronische patiëntengroep. De drie chronische aandoeningen die onderzocht worden zijn: COPD, chronische hartklachten en claudicatio intermittens. Wouter van de Weijer doet onderzoek naar de e-health behoefte bij patiënten met chronische hartklachten. Melissa Pantjes doet dit voor patiënten met claudicatio intermittens. Dit onderzoek spits zich toe op de verwachtingen, wensen en behoeften van e-health bij COPD patiënten, die in groepsverband revalideren. In deze scriptie staat de volgende onderzoeksvraag centraal:

Wat is de ervaring en verwachting van COPD patiënten, die revalideren in een eerstelijns fysiotherapiepraktijk, over de toepassing van e-health?

2. Methode

In dit hoofdstuk worden het onderzoeksdesign (paragraaf 2.1), de onderzoekspopulatie (paragraaf 2.2), de data-verzameling (paragraaf 2.3), de data-analyse (paragraaf 2.4) en tot slot de ethische aspecten beschreven (paragraaf 2.5). De methode zal dus een schematisch overzicht geven van de stappen die de onderzoeker heeft gevolgd. In de scriptie van Wouter van de Weijer en Melissa Pantjes wordt exact dezelfde hoofdvraag uitgewerkt, alleen wordt er een andere patiëntenpopulatie onderzocht (chronische hartklachten en claudicatio intermittens). Hierdoor is het mogelijk dat stukken tekst in dit hoofdstuk (methode) en in bijlage II: informatiebrief, bijlage IV: topiclijst en bijlage V: interviewschema elkaar overlappen.

2.1 Onderzoeksdesign

Het onderzoeksdesign is een kwalitatief onderzoek. Middels dit onderzoek is er informatie verkregen over de verwachting, behoefte en ervaring van COPD patiënten over de toepassingen van e-health. Er is gekozen voor een kwalitatief onderzoek om de onderzoeksvraag te beantwoorden, aangezien interviews geschikt zijn om nieuwe informatie over het onderwerp in te winnen. Tijdens het interview is er gebruik gemaakt van een semigestructureerd interviewschema in combinatie met open vragen. Door deze combinatie werd er een betere indruk verkregen over de ervaringen, verwachtingen, wensen en behoeften van de patiënten. De kracht van kwalitatief onderzoek is om de individuele en unieke verwachtingen van de deelnemer te verkrijgen over onderwerpen waarover nog weinig bekend is. Via individuele semigestructureerde interviews werd er onderzoek gedaan naar de meningen van COPD-patiënten over het gebruik van e-health in hun behandeltraject.

2.2 Onderzoekspopulatie

De deelnemers die geïnccludeerd werden in dit onderzoek waren uitsluitend patiënten met COPD, die revalideren bij de eerstelijns fysiotherapiepraktijk Fysiomotion. De patiënten trainden in een groep van ongeveer zeven personen. Alle gold-stadia (de stadia die de gradatie van de COPD klachten weer geeft) en alle leeftijden werden geïnccludeerd. Hierdoor ontstond er een bredere visie over de e-health verwachtingen. Andere inclusiecriteria waren: beschikking tot een computer en/of laptop en/of tablet en/of smartphone. Daarnaast moest de patiënt enigszins bekend zijn met internet of met email. Natuurlijk is het tevens van belang om de wensen en behoeften te onderzoeken bij mensen die geen gebruik maken van internettechnologieën. Door uitsluitend deelnemers te includeren met enige ervaring van internettechnologieën, kwam de gebruikerservaring naar voren. Dit was belangrijk omdat op deze manier een specifiek beeld werd verkregen van de ervaringen, verwachtingen, wensen en behoeften van de deelnemers. Exclusiecriteria waren COPD patiënten die de Nederlandse taal niet voldoende beheersten of patiënten die vanwege COPD te kortademig waren om het interview af te leggen. Er was bewust gekozen om de onderzoekspopulatie zo breed mogelijk te houden. Op deze manier ontstond er een bredere visie over de individuele e-health ervaringen, verwachting en behoeften in de zorgcontext.

2.2.1 Werving onderzoekspopulatie

Tijdens de COPD groepen werden alle COPD patiënten persoonlijk door de onderzoeker aangesproken over het onderzoek. Het onderzoek werd door de onderzoeker toegelicht. Vervolgens werd er gevraagd of de patiënten interesse hadden om deel te nemen aan het onderzoek. Na de trainingen konden de patiënten een informatiebrief meenemen of ontvingen een informatiebrief via de email (zie bijlage II). Op deze manier konden de patiënten thuis rustig nadenken of ze wilden deelnemen aan het onderzoek. Veel deelnemers voldeden niet aan de inclusiecriteria “enigszins bekend zijn met internet of email gebruik”. Daarnaast hadden enkele personen geen behoeften om deel te nemen aan het onderzoek. Van de in totaal 24 benaderde COPD patiënten hadden uiteindelijk 13 deelnemers zich opgegeven voor deelname aan het onderzoek. Vervolgens werd er via de email een afspraak gepland voor het afnemen het interview. Om de deelnemers zo min mogelijk tot last te zijn, werd er rekening gehouden met de trainingstijden van de groepen. Alle interviews werden voor of na de training afgenomen.

2.3 Data-verzameling

Voor aanvang van het onderzoek werd er een topiclijst gemaakt die gebaseerd was op de relevante literatuur voor dit onderzoek (zie bijlage IV). De relevante literatuur werd vergaard tijdens vooronderzoek van deze scriptie en verwerkt in de inleiding. In de topiclijst staan belangrijke kernwoorden die verder uitgewerkt werden in het semigestructureerd interviewschema (zie bijlage V). Deze kernwoorden hebben betrekking op de vier fasen van methodisch handelen die relevant waren voor dit onderzoek. De topiclijst en het interviewschema werden gezamenlijk, met Melissa Pantjes en Wouter van de Weijer, opgesteld. Het interviewschema had een semigestructureerd karakter en werd gecombineerd met open vragen. Er werd naar gestreefd om alles in dit onderzoek op dezelfde manier uit te voeren. Door de combinatie van interviewtechnieken, trad er standaardisatie op. Tijdens het interview mocht er worden afgeweken van het semigestructureerd interviewschema op momenten waarop de deelnemer belangrijke informatie vertelde die niet aan bod kwam in het interviewschema. Er vonden een aantal proefinterviews plaats voor het daadwerkelijke onderzoek van start ging. De onderzoekers gaven elkaar feedback op het proefinterview en hadden daarbij tevens goed op de interviewtechnieken gelet. Deze feedback werd verwerkt voor de daadwerkelijke interviews met de deelnemers. Gedurende het onderzoek werd er kritische feedback gegeven door twee docenten en voortdurend overlegd tussen de drie onderzoekers. Deze vorm van triangulatie heeft bijgedragen aan de kwaliteit van het onderzoek.*

* Triangulatie willen zeggen dat er meer metingen worden verricht vanuit verschillende invalshoeken. Bij methodetriangulatie wordt meer dan één methode of databron gebruikt. Bij triangulatie gaat men er vanuit dat elke methode zwakheden kent en dat het gebruik van meer methoden de zwakheden compenseert (23).

De topiclijst kon op ieder moment van het onderzoek worden bijgesteld. Na een zorgvuldige afweging werd geconcludeerd dat er tijdens de eerste interviews onvoldoende werd doorgevraagd naar de verwachtingen, wensen en behoeften van de bepaalde e-health mogelijkheden. Gaande weg het onderzoek is er meer van het interviewschema afgeweken en dieper op de antwoorden van de deelnemer ingegaan. Op deze manier werd de kwaliteit van het interview verhoogd. Het interview nam ongeveer 45 minuten per deelnemer in beslag.

Bij het interview waren twee onderzoekers aanwezig. Eén onderzoeker was de interviewer en leidde het interview. De andere onderzoeker had de rol van observator en maakte aantekeningen/memo's, legde de non-verbale communicatie vast en lette op andere bijzonderheden die opvielen tijdens het interview. Indien nodig vulde de observator de interviewer aan. Melissa Pantjes en Wouter van de Weijer vervulden afwisselend de rol van observator. De interviewer zette haar voorkennis en mening over e-health opzij tijdens het interviewen, zodat de gesprekken zoveel mogelijk open waren en nieuwe informatie opleverden. Dit fenomeen wordt ook wel 'bracketing' genoemd[#]. Het interview werd opgenomen met een voice-recorder om de betrouwbaarheid te waarborgen. Deze voice-recorder werd voor het interview geleend in de mediatheek van Fontys Hogeschool te Eindhoven. Na elk interview werd er direct getranscribeerd met het programma "Express Scribe Transcription Software", waarmee het geluidsfragment vertraagd afgespeeld werd. Daarna werd er een samenvatting van het transcript gemaakt, die door de observator gecontroleerd werd op inhoud en spelling. Vervolgens werd deze samenvatting naar de desbetreffende deelnemer verstuurd via email. De deelnemer ging akkoord met het transcript of voorzag het transcript zo nodig van commentaar. Het commentaar werd door de onderzoeker verwerkt in de resultaten. Door deze member-check werd de betrouwbaarheid vergroot en werden interpretatiefouten voorkomen.

In een kwalitatief onderzoek wordt het aantal interviews bepaald door verzadiging. Dit betekent dat er door werd gegaan met interviewen totdat er geen nieuwe inzichten meer werden verkregen. Tijdens het verzamelen van de data bleek dat er na elk interview minder nieuwe codes naar voren kwamen. In interview tien waren het aantal nieuwe codes al zeer beperkt en uit interview elf vloeiden slechts 14 nieuwe codes voort (van de 67 codes). Waaruit geconcludeerd kon worden dat er verzadiging is opgetreden. Deelnemer 12 en 13 werden afgezegd vanwege het bereiken van verzadiging en vanwege tijdsgebrek om deze interviews te verwerken. Alle interviews werden afgenomen in de periode van 30 maart tot en met 30 april.

[#] "Het open blijven staan voor betekenissen en interpretaties van de personen die we onderzoeken, ondanks dat we kennis hebben genomen van de bestaande literatuur (23^{p.42})."

2.4 Data-analyse

Nadat het transcript was geschreven en de membercheck had plaats gevonden, kon het coderen beginnen. In eerste instantie werd er begonnen met open coderen. Bij het coderen werd de onderzoeksvraag in het achterhoofd gehouden. Alleen stukken die relevant waren voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag werden gecodeerd. Het coderen gebeurde handmatig in het programma "Microsoft Word". Belangrijke citaten werden uit het transcript gehaald, binnen dit citaat werden bepaalde woorden gearceerd. Langs de kantlijn in het programma "Microsoft Word" werden codes verbonden aan deze woorden. Het open coderen gebeurde na ieder interview in tegenstelling tot het axiaal coderen.

Het axiaal coderen begon pas na het zesde interview. Op dat moment waren er voldoende open codes die in thema's ondergebracht konden worden. Bepaalde open codes kwamen in meerdere transcripten naar voren en werden verzameld in een codelijst met open codes. Deze codelijst werd uitgeprint en vervolgens uitgeknipt. De open codes werden op tafel gesorteerd. Na uitvoerig overleg met docenten en medestudenten zijn er thema's gevormd, waarin de open codes werden ondergebracht. Alle codes met hetzelfde thema werden in één enveloppe geduwd en voorzien van het desbetreffende thema. De open codes van de overige vijf transcripten zijn daarna pas verdeeld over de enveloppen. De thema's zijn in het verloop van het axiaal coderen iets veranderd. De interviews leverden in totaal 570 verschillende open codes op. Niet alle open codes waren relevant voor het axiaal coderen. Van de overgebleven codes is een codelijst gemaakt waarin codes aan thema's zijn gekoppeld (zie bijlage VIII). Bij het selectief coderen ligt de nadruk op de integratie van de bevindingen door verbanden te leggen tussen de categorieën die tijdens het axiaal coderen zijn beschreven (23). In dit onderzoek ligt de nadruk op het inventariseren van thema's en het beschrijven van de variaties die binnen deze thema's voorkomen. Het selectief coderen is achterwege gelaten op basis van deze reden.

De eerste vijf transcripten werden door twee onderzoekers individueel gecodeerd en de inzichten en codes werden achteraf met elkaar besproken. Als er nieuwe inzichten ontdekt werden, werden deze in de topiclijst bijgevoegd. Nieuwe inzichten werden meegenomen naar het volgende interview. De overige transcripten werden door de onderzoeker individueel gecodeerd, wegens de geringe tijd voor dit onderzoek. En vanaf transcript zes beschikte de onderzoeker over voldoende vaardigheden om zelfstandig te coderen, tevens namen het aantal nieuwe codes af vanaf transcript zes. Er vloeiden slechts 39 (van de 76) nieuwe codes voort uit transcript zes.

2.5 Ethische aspecten

Tijdens deze kwalitatieve studie werd er rekening gehouden met een aantal ethische aspecten. Zo werden de deelnemers op de hoogte gebracht over het onderzoek door middel van een informatiebrief (zie bijlage II). In deze informatiebrief stond in het kort de inhoud van het onderzoek beschreven en de procedure van het onderzoek. De procedure zag er als volgt uit: vrijwillige deelname, opname met voice-recorder, member-check en anonieme verwerking van de onderzoeksgegevens. Deze informatiebrief was gezamenlijk met Melissa Pantjes en Wouter van de Weijer opgesteld. Voor de start van het onderzoek werd de procedure van het onderzoek nog eens mondeling toegelicht en tekende elke deelnemer een informed consent (zie bijlage III). Hiermee toonde de deelnemer aan akkoord te gaan met de voorwaarden en op vrijwillige wijze deel te nemen aan het onderzoek.

Alle gegevens van de deelnemers werden zo anoniem mogelijk verwerkt. Er werden dus geen namen of voorletters genoteerd. Echter uitspraken die de deelnemers deden, waren wel terug te lezen in de resultaten. Het kon voorkomen dat iemand aan de hand van een bepaalde uitspraak achterhaalt wie deze persoon was. Daarom werden de transcripten niet openbaar gemaakt voor externen en tekenden zowel de onderzoeker als de begeleider van de opleiding de geheimhoudingsverklaring en de overeenkomst overdracht rechten. Deze staat opgenomen in de bijlage (zie bijlage VI + VII). Drie maanden na afloop van het onderzoek worden alle bandopnames vernietigd.

Er is gespiegeld met de begeleidende docenten of dit een WMO plichtig onderzoek is. Dit onderzoek heeft een minimale tijdsbelasting, geen medisch karakter en het onderzoek richt zich niet op een interventie. Vanwege deze redenen is het onderzoek niet WMO plichtig, waardoor er geen goedkeuring van de Medische Ethische Toetsings Commissie (METC) nodig was. Als laatste is er toestemming gevraagd aan Fysiomotion voor publicatie op de HBO kennisbank. Fysiomotion tekende het toestemmingformulier en toonde daarmee aan akkoord te zijn met de publicatie van deze afstudeerscriptie.

3. Resultaten

3.1 Beschrijving deelnemers

In totaal hebben elf COPD patiënten deelgenomen aan het onderzoek, waarvan vijf vrouwen en zes mannen. In tabel 2 is een overzicht van de deelnemers opgesteld waarin te zien is welke digitale communicatie middelen* de deelnemers bezitten en hoeveel uur per week ze hier gebruik van maken. Ook staat hun beroep, gold- stadium en de startdatum van de COPD groep vermeld. De leeftijd varieert van 45 jaar tot en met 71 jaar met een gemiddelde leeftijd van 62 jaar.

Tabel 2: overzicht deelnemers

	Leef- tijd	Ge- Slacht	Beroep	Gold stadium	Startdatum COPD groep	Digitaal Communicatiemiddel	Uren per week
D01	71	Vrouw	Enquêtrice belastingdienst	2	2014	Computer, tablet	4-5
D02	65	Vrouw	Winkelmedewerker	3	2006	Computer, laptop	28
D03	63	Vrouw	Nooit gewerkt	4	2004	Computer	2
D04	57	Man	Ambtenaar gemeente	2	2013	Computer, laptop, Tablet, smartphone	50
D05	68	Man	Slijterij, wijnhandel	2	2013	Laptop	12
D06	65	Man	Chauffeur	2	2014	Laptop, tablet smartphone	10-15
D07	64	Man	Chauffeur	3	2013	Laptop, tablet	14
D08	63	Man	Leraar basisschool, eigen bedrijf	2	2013	Computer, tablet	4
D09	54	Vrouw	Verpleegkundige psychiatrie	2	2013	Computer, Laptop, tablet, smartphone:	3
D10	45	Vrouw	Personeel en salarisadministratie	3	2008	Laptop, tablet, smartphone	7
D11	66	Man	Ambtenaar	2	2014	Computer, tablet	7

Demografische gegevens, beroep en gebruik van communicatiemiddelen van de deelnemers

3.2 Thema's

De interviews leverden in totaal 570 verschillende open codes op, waarvan 348 codes zijn gebruikt voor het axiaal coderen. In bijlage VIII staat de codelijst opgenomen, hierin kan men lezen welke open codes zijn gekoppeld aan de verschillende thema's. In de codelijst kan men tevens zien hoe vaak een bepaalde open code voorkwam in de transcripten. De ongebruikte codes zijn in een apart bestand gezet en werden gebruikt om de thema's beter te omschrijven. In dit hoofdstuk worden de thema's verder toegelicht. De volgende thema's zijn ontstaan: "bekend zijn met de e-health mogelijkheden", "digitale vaardigheden", "ervaringen met e-health", "verwachtingen over e-health", "wensen en behoeften aan e-health" en "factoren die invloed hebben op het gebruik van e-health". Vanwege de grootte omvang van de thema's zijn deze verder onderverdeeld in sub-thema's. In het

* Hieronder wordt de computer, laptop, tablet of smartphone verstaan

interviewschema werd de term e-health vervangen door de termen “online mogelijkheden” en “internettechnologieën”. Zo was het voor de deelnemers duidelijk wat er met e-health bedoeld werd.

3.2.1 Bekend zijn met de e-health mogelijkheden

In dit thema wordt beschreven in welke mate de deelnemers bekend zijn met de e-health mogelijkheden binnen Fysiomotion. Zo bleek dat de deelnemers slecht op de hoogte waren van de online mogelijkheden, zoals het online aanmelden. Géén enkele deelnemer wist dat de aanmelding al gedeeltelijk online kon. Als de deelnemers vooraf op de hoogte waren geweest van de optie online aanmelden, hadden een aantal deelnemers hier gebruik van gemaakt. Online aanmelden gaat volgens de deelnemers sneller en het bespaard telefoonkosten.

“ ‘ T is gewoon je staat er niet altijd bij stil dat alles per computer zou kunnen. Als ik dat wist zou ik er voor de rest geen punt van maken, hoor!’ (D01)

“Nou dat heb ik niet geweten. Maar als ik dat had geweten dan had ik het misschien wel gedaan.” (D05)

“Of dat nu kan dat weet ik niet, maar toen volgens mij niet. Maar dat weet ik niet.” (D11)

Eén van de redenen dat de e-health mogelijkheden in de praktijk niet bekend zijn, heeft volgens één deelnemer te maken met het feit dat de zorgverleners zelf niet actief bezig zijn met de online mogelijkheden. De zorgverleners bellen enkel en sturen nooit een email.

“En hun hebben mij ook nog nooit een berichtje gestuurd. Ik weet ook niet of ze mijn emailadres hebben trouwens.” (D03)

3.2.2 Digitale vaardigheden

In dit thema komen de digitale vaardigheden van de deelnemers aan bod en worden de factoren beschreven die invloed hebben op de digitale vaardigheden. Enkele deelnemers zijn in het bezit van een computer, laptop, tablet of smartphone, maar geven aan hier weinig tot geen gebruik van te maken. Een van de redenen hiervoor is dat ze over onvoldoende digitale vaardigheden beschikken. Voor sommige deelnemers is het moeilijk om een email te sturen. Het is moeilijk om te onthouden hoe dat precies moet. Andere deelnemers vragen familieleden om hulp bij het gebruik van de computer of smartphone en staan er voor open om nieuwe vaardigheden te leren.

“Ja want berichtjes lees ik allemaal. Dat kan ik wel. Maar om dan direct iets terug te sturen dan heb ik weer een probleem.” (D03)

“Ik heb er volgens mij wel een appje op, maar dat uhm zou die zoon waar ik het net over had, die uhm zou dat mij nog leren wat er mee te doen.”(D09)

Een klein gedeelte van de deelnemers staat niet open om meer gebruik te maken van de online mogelijkheden, zoals online informatie opzoeken en lezen. De reden hiervoor is dat de deelnemers geen interesse hebben in de computer en de online mogelijkheden.

“Ik denk als ze zeggen van kun je ook online vinden daar en daar. Dan denk ik dat ik het weer vergeten ben voordat ik op de fiets zit. Daar zit de interesse ook niet zo diep, hé. Geef je het op papier mee, dan ga je thuis op een rustig moment dat even nalezen.” (D05)

De tijd heeft ook invloed op het computer gebruik. Zo traint één deelnemer al jaren in de groep en zou toentertijd géén gebruik willen maken van de optie ‘online aanmelden’. Als ze zich nu had moeten aanmelden had ze dit misschien online gedaan, aangezien zij de technologische ontwikkelingen momenteel beter vindt.

“Toen nog niet, want toen was ik nog niet zo ver met die dingen. Nou misschien wel.” (D10)

Een aantal deelnemers denken dat er redenen zijn waarom enkele deelnemers over meer digitale vaardigheden beschikken dan anderen. Zo wordt er gedacht dat het beroep van iemand invloed heeft op de mate van computer gebruik en digitale vaardigheden. Eén van de deelnemers spreekt uit ervaring en beweert dat de mate van scholing ook invloed heeft op de digitale vaardigheden.

“En ik heb niet veel scholing gehad wat dat betreft. Dus uhm dat computer gebeuren ligt mij ook helemaal niet.”(D03)

“Dat scheelt natuurlijk, als mannen schilder zijn geweest of bouwvakker en die hebben nooit met zo’n ding te maken gehad. Dan is dat toch allemaal wat lastiger denk ik. Of vrouwen die altijd huisvrouw zijn geweest” (D10)

3.2.3. Ervaringen met e-health

3.2.3.1 Positieve ervaringen e-health

In dit thema worden de ervaringen van deelnemers met betrekking tot e-health beschreven. Sommige deelnemers hebben namelijk al ervaring met verschillende e-health mogelijkheden. Deze ervaringen lopen zeer uiteen. Sommigen hebben positieve ervaringen, zoals informatie over hun gezondheid opzoeken op internet. Er zijn ook deelnemers die al positieve ervaringen hebben met e-health mogelijkheden binnen een andere zorginstantie, zoals online afspraken maken in het ziekenhuis of bij de psychiater.

“Gewoon via de computer. Daar kunt ge dus uhm echt wel veel dingen vinden wat COPD betreft.” (D01)

“Uhm en dat gaat gewoon ... ik doe dat via internet naar uhm die balie in het ziekenhuis, die die afspraak regelt. En dan wordt je terug gebeld. Klaar is kees.” (D05)

“Ik weet bijvoorbeeld bij een psychiater waarbij ik kom. Kun je ook zelf inplannen via de computer. Dat heb ik één keer gedaan, vaker niet. Op zich is dat wel makkelijk.” (D10)

3.2.3.2 Negatieve ervaringen e-health

Er zijn echter ook deelnemers die minder positief zijn over de e-health mogelijkheden. Hieronder worden slechts enkele voorbeelden genoemd die naar boven kwamen uit de vele citaten en codes. Het blijkt dat niet iedereen informatie op internet zoeken prettig vindt. Je kunt op internet teveel informatie vinden en je hebt de kans dat je informatie verkeerd interpreteert. Andere hebben een hekel aan bepaalde e-health mogelijkheden, zoals videobellen. Deze deelnemer zou er geen gebruik van willen maken in de fysiotherapeutische setting.

“Dan word je overspoeld voor informatie en dan zie je op een gegeven moment de bomen door het bos niet meer. Want als je echt ver gaat zoeken, dan lees je de meest uh wanhopige zaken. [...] loop je dan ook voor sommige mensen het risico ermee dat iets anders dan wat ze lezen en zei dat als waarheid beschouwen. Dus zeker als het google is.” (D04)

“Ik heb daar een verschrikkelijke schurft aan. Een van mijn kinderen die zit al maanden in uhm van Nieuw-Zeeland naar Zuid-Amerika. En dan zegt die van kom gaan we Facetimen, bah nee.[gelach] Dan zit ik continu naar mijn stomme kop te kijken in plaats van naar hem te kijken, dat is toch erg!” (D09)

Buiten de positieve en negatieve ervaringen die de deelnemers hebben over de e-health mogelijkheden, zijn er ook deelnemers die nog géén ervaring hebben met bepaalde e-health mogelijkheden. Zo hebben slechts weinig deelnemers ervaring met videobellen, zoals Skype of Facetime. Eveneens hebben enkele deelnemers geen ervaring met gezondheidsapplicaties voor een smartphone of tablet, omdat ze niet in het bezit zijn van deze digitale communicatiemiddelen.

“Ik heb geen Skype. Ja weet ik niet, ik heb het nooit ervaren.” (D02)

“Zou u dan gebruik maken van medische apps over uw aandoening?” “Dat durf ik niet te zeggen, hè ik heb niet zo’n telefoon. Maar denk wel dat ik daar gebruik van ging maken. Ik zal niet zeggen dat het niet gebeurt.” (D07)

3.2.4 Verwachtingen over e-health

3.2.4.1 eigen verwachtingen op korte termijn

In dit thema worden de verwachtingen van de deelnemers over de e-health mogelijkheden beschreven. Met verwachtingen worden de voorspellingen van de deelnemers ten aanzien van e-health in de toekomst bedoeld. De ervaring die de deelnemers hebben met e-health wordt in dit thema

buiten beschouwing gelaten (ervaring is iets wat de deelnemers al meegemaakt hebben). De deelnemers spreken in dit kopje alleen hun eigen verwachtingen uit en niet de verwachtingen over anderen deelnemers. Dit komt in paragraaf 3.2.4.2 aan bod. Een aantal deelnemers verwacht dat het prettig is om inzicht te hebben in het fysiotherapeutisch patiëntendossier. Ze verwachten hierin de mening van de fysiotherapeut te lezen over de vorderingen van de therapie. Een andere deelnemer ziet geen meerwaarde in videobellen. Communiceren kan ook gewoon via de telefoon, videobellen is een overbodige toevoeging.

“Wat zou u ervan vinden om toegang te hebben tot uw fysiotherapeutisch patiëntendossier?”

“Dat lijkt me wel prettig, ja. Ze spreken het misschien uit de verwachtingen van uhm ‘t gaat de goede kant uit of dit of dat moet nog verbeteren.”(D08)

“Hm ja, dat kan ook gewoon via de gewone telefoon. Hoef ik geen beeld bij te hebben.” (D10)

Eén van de deelnemers verwacht dat hij geen gebruik gaat maken van mobiele applicaties, zoals een ademhalingsapplicatie. Er moet volgens hem een aanleiding zijn om medische applicaties te gaan gebruiken en die aanleiding is er voor hem momenteel niet.

“Nou op dit moment niet. Hé, want dan moet er wel een aanleiding zijn om iets te gaan gebruiken. Je moet het niet gaan gebruiken om het te gebruiken.” (D04)

3.2.4.2 Verwachtingen over andere deelnemers

De deelnemers spreken niet alleen hun eigen verwachtingen uit, maar ook hun verwachtingen over andere COPD patiënten. Zo denken bijna alle deelnemers dat voornamelijk de oudere mensen moeite hebben met de technologische ontwikkelingen en daarom minder gebruik van e-health gaan maken. De deelnemers denken dat de nieuwe ontwikkelingen bedreigend zijn voor oudere mensen. Daarentegen denken ze dat de jeugd wel openstaat voor deze (e-health) mogelijkheden.

“Maar dan moet je ook, net zoals die jongeren, bijvoorbeeld mijn kinderen zouden dat absoluut doen. Want uh die zijn zo vinger vlug, ... hè.” (D03)

“Maar ik denk dat de, ja, wel de leeftijdsgroep kennende, de meeste zijn ook niet meer zo piepjong. De meeste toch eventjes bellen.” (D08)

“Zijn veel oude mensen hè. [...] Ik denk dat het voor hun best bedreigend is. Dat ze angstig zijn omdat het gewoon zo onbekend is.” (D09)

4.2.4.3 Verwachtingen toekomst

Er wordt niet alleen over de e-health mogelijkheden in het interviewschema gepraat, maar de deelnemers spreken ook hun verwachtingen uit voor de toekomst. Zo is bijna iedereen het er mee eens dat er in de toekomst steeds meer wordt gedigitaliseerd. In de toekomst ontkom je niet meer aan de digitale ontwikkelingen.

“Ik denk, maar dan praten we al over een heel aantal jaren verder, die toekomst die wordt aardig gedigitaliseerd en geautomatiseerd met geluk.” (D04)

“Als ze 5 jaar verder zijn dan gaat alles online. Ja dat is zo. Dan hoeft je ook niet meer naar een huisarts toe te bellen van uhm ... ja dat is zo.” (D07)

3.2.5. Wensen en behoeften aan e-health

Naast ervaringen en verwachtingen hebben de deelnemers ook wensen en behoeften qua e-health. De verschillende wensen en behoeften komen naar boven in dit thema. Een aantal deelnemers geeft aan helemaal géén behoefte te hebben aan e-health en blijft graag gebruik maken van de huidige mogelijkheden, zoals het huidige aanmeldproces. Een van de redenen hiervoor is dat je telefonisch zeker weet dat de informatie ontvangen is. De deelnemers verwachten dat email 's niet snel genoeg beantwoord gaan worden. Andere deelnemers vinden het prettig om persoonlijk een afspraak te maken en stellen face-to-face contact erg op prijs.

“Ik denk dat ik toch wel de telefoon pak. Dan weet ik ook zeker dat ze het ontvangen hebben.” (D02)

“Volgens mij was ik evengoed hier naar toe gekomen. Het is niet ver van huis af en ik vind het altijd prettiger als ik iemand zie, waarmee ik iets afspreek. Dat vind ik eigenlijk prettiger.” (D07)

Twee deelnemers hebben géén behoeften aan online informatie op te zoeken over COPD. Aan beiden deelnemers is de vraag gesteld of ze wel eens online informatie op hebben gezocht over hun aandoening. Geen van beiden heeft hier interesse in. Volgens één deelnemer is de informatie over COPD erg confronterend. In het dagelijkse leven wordt hij er vaak genoeg aan herinnerd dat hij COPD heeft. Eén van deelnemers wilt niet weten wat er met hem aan de hand is.

“Nee, daar wil ik eigenlijk niet aan herinnerd worden. Dat hoor ik al de hele dag in allerlei tekortkomingen. Alleen als je ergens naar toe gaat dan je zoek van waar is een lift.” (D05)

“Nee nooit! [armen over elkaar]Dat wil ik allemaal niet weten.” (D06)

Een aantal deelnemers hebben daarentegen wel de behoefte aan de e-health mogelijkheden die tijdens het interview besproken zijn. Zo vinden enkele deelnemers het prettig dat je bij online aanmelden geen rekening hoeft te houden met het tijdstip waarop het wordt uitgevoerd. Andere hebben behoefte aan inzicht in het fysiotherapeutisch patiëntendossier. Ze vinden het prettig om na te lezen wat de fysiotherapeut vast legt over de ontwikkelingen van het trainen.

“En als ik het online doe, dan is het voor de mensen wat meer dat hun de tijd hebben om daar wat mee te doen. Plus ik kan het zelf. Ik kan het ook in de nacht doen. Of ik kan het ... Dus dat vind ik echt wel een voordeel.” (D09)

“Wat zou u ervan vinden als u zelf toegang had tot dit fysiotherapeutisch patiëntendossier?”

“Dat zou ik best wel willen. Ja dat je ook ziet wat hun van jou trainen vinden van jou ontwikkeling. En dan ook wat ze over jou opschrijven of vastleggen.” (D10)

Hoewel de meeste deelnemers behoefte hebben aan inzicht in hun elektronisch fysiotherapeutisch patiëntendossier, willen ze dit dossier niet zelf aanvullen. Dit heeft volgens de deelnemers negatieve gevolgen voor de betrouwbaarheid van zo'n dossier. Ze laten het dossier liever door de fysiotherapeut aanvullen. De fysiotherapeut is vakbekwaam en heeft er meer verstand van volgens één deelnemer.

“Dan denk ik ook als iedereen in zijn dossier gaat rotzooien, dan denk ik wat blijft er dan van z'n dossier nog over. He, ik vind zo'n uhm dossier geweldig, want als ge ergens anders bent, kunnen ze gelijk zien wat er aan de hand is. En als iedereen daarmee gaat zitten veranderen, wat (...) is dan nog de waarheid.” (D01)

Eén deelnemer kijkt niet alleen naar zijn eigen wensen en behoeften, maar kijkt ook naar de wensen en behoeften van andere patiëntengroepen. Zo vindt hij dat de patiënt moet kunnen kiezen tussen de bestaande- en e-health mogelijkheden. Hij vindt dat je niet iedereen kunt gaan verplichten om alles online te doen.

“Maar je moet wel de andere mogelijkheid vind ik, openhouden voor mensen met eh psychische problemen ook, eh, medische problemen.” (D08)

Eén deelnemer heeft wensen over de e-health mogelijkheden die niet in het interviewschema aan bod zijn gekomen. Volgens haar kan pasje dat de kwaliteit van de oefening controleert een positieve bijdrage leveren aan het zorgproces.

“Misschien is het wel fijn met zo'n pasje als het pasje aangeeft als je het even niet goed doet. Dat er bijvoorbeeld een alarm belletje gaat van hé wacht eens ff, je doet het nu echt wel op de makkelijke manier of zo is het niet effectief, dat zou misschien nog wel een aanvulling zijn.” (D09)

3.2.6 Factoren die invloed hebben op het gebruik van e-health

3.2.6.1. Belemmerden factoren van e-health

In dit thema komen alle factoren aan bod die volgens de deelnemers invloed hebben op het wel of niet gebruik maken van e-health mogelijkheden. Er zijn er aanzienlijk wat factoren die het gebruik van e-health belemmeren. De deelnemers geven als belangrijkste redenen onzekerheid en twijfels over de veiligheid van internet. Onder deze onzekerheid verstaan de deelnemers ook twijfels of de informatie tijdig ontvangen wordt, de online privacy en de betrouwbaarheid van websites. De deelnemers vinden het zeer belangrijk dat de informatie online goed ontvangen wordt en ook tijdig door de fysiotherapeut beantwoord wordt.

“Ik zal ook nooit iets boeken via de computer, zoals een reis. Ook zo iets stoms, Ja maar uhm... Maar ja dat is toch gewoon het idee hebben, is het allemaal wel veilig en dit en dat, haha.” (D01)

“Nou ik kan niet s 'morgens een mailtje sturen. Ja, dat kan wel. Maar dat zullen ze niet meer krijgen. En ja, ik denk dat ik toch wel de telefoon pak. Dan weet ik ook zeker dat ze het ontvangen hebben.” (D02)

“Nou ja ik kijk meestal (...) toch een site van de uhm huisartsen site of op uhm longfonds of uhm van de apotheek. Ik kijk niet naar weet ik welke sites allemaal.” (D10)

Niet alleen de bovengenoemde redenen worden als belemmerende factoren ervaren. Ook zijn de deelnemers erg gesteld op persoonlijk contact met anderen. Contact via de computer wordt als onpersoonlijk of afstandelijk ervaren. Online hoor je namelijk niet de emoties van anderen volgens de deelnemers, hierdoor kan de informatie verkeerd geïnterpreteerd worden.

“Ik vind dat met computers, vind ik allemaal zo afstandelijk. Ik vind het prettiger wanneer ik iemand voor me heb.” (D03)

“Nou het enige nadeel is uhm ... uh, je hoort de emoties van de andere kant van de lijn niet.” (D04)

Er zijn ook nog een aantal andere factoren die een belemmeringen kunnen vormen voor het gebruik van e-health. Deze belemmeringen kunnen niet specifiek onder een sub-kopje worden ingedeeld zoals hier boven. Sommige deelnemers vinden de bestaande mogelijkheden gewoon prettiger en efficiënter werken, zoals de telefoon of informatie uitprinten in plaats van online lezen. Anderen zien technische problemen van de moderne technologie als nadeel. Als men geen back-up maakt, zijn alle gegevens kwijt indien er iets mis gaat.

“En als je iemand aan de telefoon hebt en je begint dan te vertellen dan vult die het vanzelf aan. En als je het uh ... via de computer doet: ja wat moet ik nu nog meer doen, wat moet ik schrijven. Als je een telefoontje pleegt, krijg je meestal een antwoord.” (D02)

“Als die via de email komt dan geloof ik wel dat ik hem uitprint. ... Kijk dan heb je hem schriftelijk.” (D06)

“Ja als het hele systeem weg valt dan heb je natuurlijk uhm weet ik niet of jullie back-upjes maken? Maar als je dat niet doet en dat valt op zijn gat. Dan ben je wel alles kwijt.” (D09)

3.6.2.1 Bevorderende factoren

Er zijn ook een aantal deelnemers die veel voordelen zien in het gebruik van e-health. Met name het gebruiksgemak van de online mogelijkheden springt er uit. Daarmee bedoelen de deelnemers het gemak en de snelheid van de online mogelijkheden. De onafhankelijkheid is ook een groot voordeel, zo ben je niet meer afhankelijk of iemand bijvoorbeeld de telefoon op neemt.

“Ja, één druk op de knop en het is weg.” (D04)

“Uhm ik denk als je het zo doet dat uhm als je dat elektronisch via internet gaat doen. Dat het sneller gaat.” (D05)

“Voordelen van ja uhm dus zeg ik toch ... wat sneller afgehandeld. Je bent niet afhankelijk of de telefoon wordt opgenomen of moet ik wachten. Dat is gelijk kwijt.” (D11)

Een ander voordeel dat de deelnemers zien in e-health is dat de informatie online vast staat. Ze vinden het prettig dat de informatie is opgeslagen en dat ze hetgene online eenvoudig terug kunnen vinden. Zo kunnen ze de informatie nogmaals terug lezen. Dit vinden de deelnemers prettig aan de e-health mogelijkheden. Telefonisch kun je minder makkelijk terug vallen op datgene wat er gezegd is.

“Dat het schriftelijk op papier staat! ... Dus dat ze niet kunnen zeggen dan uh oh maar dat heb je niet gedaan of dit is niet gebeurt. En dan zou je het misschien terug kunnen kijken. Dat is misschien wel een voordeel.” (D03)

“Iets ligt veel beter vast, omdat het altijd uit de computer terug te vinden is wat gezegd en wat gedaan is en noem maar op. Het vast leggen is beter!” (D08)

Er zijn ook andere aspecten die meespelen om voor e-health mogelijkheden te kiezen. Zo staan twee deelnemers wat bewuster stil bij het milieu. Het gebruik van papier heeft als nadeel dat er bomen gekapt moeten worden. Een andere aspect dat mee speelt is dat niet iedereen tevreden is over de huidige situatie zoals de telefonische bereikbaarheid van zorginstanties. Dit zou een reden kunnen zijn om e-health mogelijkheden te verkiezen boven de bestaande mogelijkheden.

“Anders zou ik zeggen dan heb ik weer één map waar ik het moet bewaren. Ja, dan uhm nou ja. En weer bomen die gekapt zijn!” (D09)

“Maar als je bijvoorbeeld naar een huisarts belt of weet ik wat. Of een andere zorg instantie. Dan moet je vaak wel lang wachten, bij de verzekering of uhm. Dan zeggen ze het kan langer dan twee minuten duren. Vervolgens zit je 10 minuten te wachten.” (D10)

4. Discussie

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de verwachtingen, wensen en behoeften van e-health mogelijkheden bij COPD patiënten. In het onderzoek wordt er getracht om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag: *“Wat is de ervaring en verwachting van COPD patiënten, die revalideren in een eerstelijns fysiotherapiepraktijk, over de toepassing van e-health?”* Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden zijn er interviews afgenomen bij COPD patiënten in een eerstelijns fysiotherapiepraktijk. Uit deze interviews ontstonden een aantal thema's, namelijk: “bekend zijn met de e-health mogelijkheden”, “digitale vaardigheden”, “ervaringen met e-health”, “verwachtingen over e-health”, “wensen en behoeften aan e-health” en “factoren die invloed hebben op het gebruik van e-health”. Deze thema's worden in dit hoofdstuk uitvoerig bediscussieerd. Op deze manier wordt tevens gereflecteerd op de betekenis van de resultaten voor de vier stappen van methodische handelen (zie inleiding). Deze stappen worden gekoppeld aan de e-health mogelijkheden.

4.1. Resultaten vergelijken met de literatuur

4.1.1 Communicatie tussen de zorggebruiker en zorgverlener

4.1.1.1 Online aanmelden (stap 1: aanmelding)

Uit het thema “bekend zijn met de e-health mogelijkheden” blijkt dat geen enkele deelnemer bekend is met de digitale mogelijkheden in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk. Het niet bekend zijn met de online mogelijkheden komt met name terug in stap 1 van het methodisch handelen: de aanmelding. Zo weet geen enkele deelnemer dat het online aanmelden bij fysiomotion al gedeeltelijk mogelijk is. Het onbekend zijn met de mogelijkheden komt in de literatuur tevens naar voren. Het onderzoek van Krijgsman et al. (15) beschrijft dat de zorggebruikers slecht op de hoogte zijn van de mogelijkheden die zorgverleners bieden voor online communicatie. Doordat de mogelijkheden niet bekend zijn, is het waarschijnlijk dat het gebruik van e-health achterblijft (11). Dit komt overeen met de resultaten in dit onderzoek. Een aantal deelnemers geven aan dat ze gebruik zouden maken van het online aanmelden, indien zij hiervan op de hoogte waren gesteld. Uit de resultaten blijkt dat sommige deelnemers veel voordelen zien in het online aanmelden, zoals: het gebruikersgemak en niet gebonden zijn aan het tijdstip waarop men zich aanmeldt. Het onbekend zijn met de online mogelijkheden heerst dus niet alleen in de huisartsen setting, maar ook binnen de fysiotherapeutische setting.

Twee deelnemers gaven aan wel ervaring te hebben met online afspraken maken bij het ziekenhuis en de psychiater. Ondanks deze ervaring gaven beide deelnemers aan dat ze niet op de hoogte waren dat ze zich bij Fysiomotion online konden aanmelden. Hieruit blijkt dat de deelnemers wel op de hoogte zijn van de online mogelijkheden bij andere zorginstanties, welke dus wel attenderen op de online mogelijkheden. Het feit dat er weinig onderzoek is gedaan naar de ervaringen, verwachtingen, wensen en behoeften in de fysiotherapeutische setting kan hierbij een rol spelen. Het is opvallend dat juist de mogelijkheden van artsen en psychiaters benoemd worden in het rapport van Krijgsman et al.

(15) en dat deelnemers aangeven ervaring te hebben met online afspraken maken bij deze zorgverleners.

4.1.1.2 online afspraken maken

Het online afspraken maken is bij sommige zorginstanties al mogelijk. Uit het interview blijkt dat de helft van de deelnemers positieve verwachtingen heeft over het online afspraken maken. Eén van de deelnemers denkt dat lange telefonische wachttijden voorkomen kunnen worden. Hiermee wordt eveneens de telefonische belasting van de praktijk verlaagd. Er zijn nog andere voordelen gekoppeld aan het online afspraken maken. Het blijkt dat online afspraken maken tevens een positief effect heeft op de therapietrouw en verminderd het percentage patiënten dat niet komt opdagen tijdens een behandeling (11,24).

4.1.1.3 Fysiotherapeutisch patiëntendossier

Een andere communicatiemiddel dat tijdens de interviews aan bod is geweest, is het fysiotherapeutisch patiëntendossier. Het dossier kan als evaluatiemiddel gebruikt worden, maar in dit dossier is tevens het behandelplan terug te vinden. Vandaar kan het fysiotherapeutisch patiëntendossier ondergebracht worden in stap 5: behandelplan en stap 7: evaluatie (stappen methodische handelen). De meeste deelnemers willen dit dossier graag inzien, echter zouden ze dit dossier niet zelf willen aanvullen. Je krijgt dan een vertekend beeld van de waarheid volgens sommige deelnemers. Momenteel zijn er weinig instanties die inzicht bieden in het medisch elektronisch patiëntendossier (15,24). Uit het rapport van Krijgsman et al. (15) blijkt dat de huisartsen minder positief zijn over inzicht bieden in het medisch elektronisch patiëntendossier. Sommige huisartsen twijfelen of hun patiënten wel behoeften hebben aan inzicht in hun dossier, terwijl patiënten juist ervaren dat de huisartsen hier terughoudend in zijn (11). De e-health mogelijkheden moeten wel meerwaarde hebben, beweert één van de deelnemers tijdens het interview. Uit onderzoek blijkt dat in sommige e-health toepassingen onvoldoende meerwaarde wordt gezien. Online inzage in het dossier of het online bijhouden van gezondheidsgegevens wordt als voorbeeld aangehaald (11). “Het is teveel gedoe voor een patiënt om een persoonlijk gezondheidsdossier goed bij te houden. Sommige patiënten kunnen het wel netjes bijhouden, maar dit is een select gezelschap” (11^{p.37}). Voor de fysiotherapeuten betekent dit dat zij hier goed op moeten anticiperen. Daarnaast zou het fysiotherapeutisch patiëntendossier aan verschillende eisen moeten voldoen om toegankelijk te zijn voor patiënten. Daarbij valt te denken aan gebruiksgemak, begrijpelijke informatie en de veiligheid van zo’n dossier (25).

4.1.2 Factoren die bijdragen aan de digitale vaardigheden en het gebruik van digitale communicatiemiddelen

Drie van de elf deelnemers geven aan moeite te ervaren met het hanteren van een computer, laptop, tablet of smartphone. (Deelnemer 1, 71 jaar. Deelnemer 3, 63 jaar. Deelnemer 6, 65 jaar). Ze geven ook aan dat ze alleen het hoognodige online doen en soms hulp van anderen vragen. Opvallend is dat alle deelnemers verwachten dat oudere mensen over minder digitale vaardigheden beschikken of weinig tot geen gebruik maken van digitale communicatiemiddelen (met ouderen mensen wordt hier

personen van 65 jaar of ouder bedoeld). Terwijl slechts twee van de vijf deelnemers, die 65 jaar of ouder zijn, zelf aangeven moeite te ervaren met het gebruik van de digitale communicatiemiddelen. Uit dit onderzoek blijkt dat mensen die 65 jaar of ouderen zijn niet per definitie moeite hebben met het gebruik van digitale communicatiemiddelen.

Uit de resultatensectie komt tevens naar voren dat het beroep en het opleidingsniveau invloed heeft op de digitale vaardigheden van een persoon. Dit wordt ook bevestigd in de literatuur. Zowel leeftijd als het opleidingsniveau hebben invloed op de digitale vaardigheden (26). Over het algemeen geldt dat hoger opgeleide zorggebruikers die jonger zijn dan 65 jaar, vaker internet gebruiken voor zorg en gezondheid (11,26). Ook het feit dat mannen vroeger werkten en vrouwen voor het huishouden zorgden, speelt een rol in de mate van digitale vaardigheden. Mannen hebben tijdens hun werk ervaring kunnen opdoen met verschillende technologieën (27). Dit heeft invloed op het gebruik van digitale communicatiemiddelen. Dit is echter niet van toepassing op de onderzoekspopulatie in dit onderzoek. Slechts één van de vijf vrouwen was huisvrouw en dus niet actief geweest op de arbeidsmarkt.

Andere onderzoeken laten zien dat het geslacht ook invloed heeft op gebruik van de computer, laptop, tablet of smartphone. Mannen maken over het algemeen méér gebruik van deze digitale communicatiemiddelen dan vrouwen (28). Dit geldt ook voor de onderzoekspopulatie in dit onderzoek. De mannen brengen gemiddeld 16,6 uur per week door achter de computer, laptop, tablet of smartphone en de vrouwen slechts 8,9 uur per week. Een van verklaringen hiervoor is dat vrouwen minder behoeften hebben aan technologie en zullen de technologie minder snel accepteren. Dit is te danken aan het feit dat vrouwen een groter sociaal netwerk hebben dan mannen (29). Vrouwen hebben meer angst dat internettechnologieën binnen de zorg leiden tot minder mogelijkheden voor persoonlijk contact. Mannen hebben minder behoeften aan een groot sociaal netwerk en hebben daarom minder angst om sociale interacties te verliezen (29,30).

4.1.3 Verwachtingen over de e-health mogelijkheden

In de interviews spreken de deelnemers hun verwachtingen, wensen en behoeften uit over de e-health mogelijkheden. Deze verwachtingen waren voor het onderzoek al bekend. Echter waren deze verwachtingen niet van COPD patiënten en deze verwachtingen hadden geen betrekking tot de fysiotherapeutische setting. De verwachtingen, wensen en behoeften die in dit onderzoek naar voren komen, zijn de verwachtingen van COPD patiënten over de e-health mogelijkheden die de organisatie en communicatie binnen het fysiotherapeutische behandeltraject ondersteunen. Deze e-health mogelijkheden zijn gekoppeld aan de vier stappen van methodisch handelen die in de inleiding besproken zijn (zie tabel 1). De meeste deelnemers zien onvoldoende digitale vaardigheden, overvloed aan informatie op het internet, technische problemen en minder persoonlijk contact als nadeel van de e-health mogelijkheden. Deze verwachtingen (van COPD patiënten) komen overeen met de verwachtingen die in de literatuur al bekend zijn (11-13,15). Men zou hier uit kunnen opmaken dat de aandoening COPD geen invloed heeft op de verwachtingen van e-health.

Tevens zijn er een aantal nieuwe inzichten ontstaan in dit onderzoek, namelijk dat de deelnemers onzekerheid een belangrijke belemmerende factor vinden voor het gebruik van e-health. Sommige deelnemers zijn onzeker, omdat ze niet precies weten hoe bepaalde online mogelijkheden werken. Zo durven sommige deelnemers geen reis online te boeken, omdat ze bang zijn dat er iets mis gaat met het geld overboeken. Een ander nadeel is dat je online niet meteen antwoord krijgt, onzekerheid of het bericht is ontvangen en de onwetendheid wanneer je bericht gelezen wordt. Deze onzekerheid wordt in de literatuur niet zo expliciet beschreven. Daarnaast willen sommige deelnemers alleen gebruik maken van betrouwbare websites die zijn voorgeschreven door een specialist of arts.

Er zijn tevens positieve verwachtingen ontstaan wat de e-health mogelijkheden betreft. Enkele deelnemers zien Skype als alternatief communicatiemiddel bij lange reisafstanden. De online mogelijkheden zijn laagdrempelig, snel en gemakkelijk te hanteren. Volgens de deelnemers is een ander voordeel dat je onafhankelijk bent van tijd, je hoeft niet te wachten tot iemand de telefoon op neemt. Deze bovengenoemde verwachtingen van COPD patiënten komen overeen met verschillende onderzoeken (11,13,15). Er zijn nog een aantal nieuwe inzichten ontstaan in dit onderzoek. Volgens COPD patiënten zijn er nog andere voordelen verbonden aan e-health. Online staat de informatie vast, waardoor men het kan teruglezen. Tevens besparen online mogelijkheden opbergruimte en papierkosten. Ook kunnen lange telefonische wachttijden voorkomen worden. Dit zijn nieuwe bevindingen over de positieve bijdrage van e-health voor de fysiotherapeutische setting en mogelijk ook voor een andere setting.

4.1.4 COPD specifieke e-health behoeften

Uit onderzoek blijkt dat COPD patiënten specifiek gedrag vertonen in de gezondheidszorg. Dit kan invloed hebben op het wel of niet gebruik willen maken van internettechnologieën. Mensen die geen chronische ziekte hebben, zeggen vaker internet te willen gebruiken voor het zoeken naar informatie over hun aandoening of gezondheid dan mensen met astma, COPD of diabetes (26). Uit ditzelfde onderzoek blijkt dat 43% van de COPD patiënten niet actiever betrokken wil worden bij de behandeling. Als reden hiervoor zegt men dat het momenteel goed met hun gaat. Twee deelnemers geven dit ook aan in de resultatensectie. De deelnemers geven informatie op over hun aandoening, omdat het goed gaat of omdat ze niet geconfronteerd willen worden met de aandoening (26).

De deelnemers hebben verschillende meningen over videobellen. Videobellen kan worden ingeschakeld om te communiceren en evalueren met de fysiotherapeut en valt daarom onder stap 7 (evaluatie) van het methodisch handelen. De meeste deelnemers vinden videobellen géén meerwaarde hebben ten opzichte van gewoon bellen. Veel deelnemers hebben echter nog geen ervaringen met videobellen. Dit kan mede komen doordat huisartsen en andere medische specialisten videobellen in mindere mate bij COPD patiënten of patiënten met hartfalen gebruiken. De optie videobellen wordt in de gezondheidszorg het meest toegepast bij diabetes patiënten (11).

4.2 Sterke punten van het onderzoek

Om de kwaliteit van dit onderzoek te verhogen zijn er een aantal maatregelen getroffen. Zo werden de interviews afgenomen door twee onderzoekers (één interviewer en één observator). Doordat de observator hetzelfde semigestructureerd interviewschema gebruikte voor zijn/haar onderzoek had hij/zij veel kennis over het onderzoek. De observator was dus zeer goed op de hoogte van het onderwerp. Hierdoor kon de observator gemakkelijker inspringen als de interviewer iets vergat of niet diep genoeg door vroeg.

De member-check heeft tevens een positieve invloed op de betrouwbaarheid van het onderzoek. De deelnemers kregen een samenvatting van het interview thuis gestuurd. Op deze manier kon de deelnemer beoordelen of de informatie correct en volledig was. Hierdoor werden interpretatiefouten zoveel mogelijk voorkomen. Een andere manier om interpretatiefouten te voorkomen is door gezamenlijk te coderen. Na het coderen hebben de twee onderzoekers samen gediscussieerd over de thema's die tot stand zijn gekomen. Deze thema's zijn tevens besproken met de begeleidende docenten. Na het overleg werden de codes zo nodig aangepast.

Het feit dat er verzadiging is opgetreden tijdens het interview, komt het onderzoek ten goede. Er zijn in totaal elf COPD patiënten geïnterviewd die in groepsverband revalideren bij een eerstelijns fysiotherapiepraktijk. Dit aantal komt overeen met het aantal deelnemers dat wordt voorgeschreven voor een kwalitatief onderzoek (23). Alle deelnemers voldeden aan de vooraf opgestelde in- en exclusie criteria. Hierdoor was de onderzoekspopulatie zeer gevarieerd. Er was een evenwichtige spreiding tussen geslacht, leeftijd, gold stadia, startdatum COPD groep en de ervaringen met de internettechnologieën (zie tabel 2). Dit zorgde er voor dat er een brede visie ontstond over de ervaringen, verwachtingen, wensen en behoeften en van de deelnemers met betrekking tot de e-health mogelijkheden.

4.3 Beperkingen van het onderzoek

Natuurlijk heeft dit onderzoek een aantal beperkingen. Het onderzoek is zeer uitgebreid, aangezien het vier stappen van het methodisch fysiotherapeutisch handelen bevat. Binnen deze vier stappen wordt er ingegaan op de mogelijke e-health toepassingen, die deze stappen zouden kunnen ondersteunen of verbeteren. In het interviewschema komen veel varianten van e-health aan bod. Hierdoor vloeiden er 570 verschillende codes uit de elf transcripten. Dit bemoeilijkte het om alles overzichtelijk en beknopt in de resultatensectie terug te laten komen. Doordat deze resultatensectie beknopt is gehouden, was het niet mogelijk om alle uitkomsten even uitvoerig te bespreken.

Een andere zwakte is dat de interviewer nog géén ervaring had met het afnemen van interviews. Na elk interview is er direct getranscribeerd. Er is pas na het zesde interview begonnen met axiaal coderen. Tijdens het axiaal coderen bleek dat er teveel aan het interviewschema werd vast gehouden, waardoor er minder diep op de antwoorden van de deelnemers werd ingegaan. Dit heeft gevolgen voor de verzadiging. Wanneer er in een eerder stadium goed was doorgevraagd, zou er misschien

eerder verzadiging zijn opgetreden. De deelnemers spraken hun verwachtingen, wensen en behoeften uit, maar de interviewer vroeg tijdens de eerste zes interviews te weinig door naar het aspect waarom de deelnemers dat verwachten. Desondanks had de interviewer bij de laatste vijf interviews de kans om goed door te vragen. De conclusie die hieruit getrokken kan worden, is dat het beter geweest zou zijn als er na het vierde interview gestart was met axiaal coderen.

4.4 Spiegeling resultaten onderzoek

In deze paragraaf worden de resultaten van dit onderzoek vergeleken met de resultaten van Melissa (claudicatio intermittens patiënten) en met Wouter (chronische hartfalen patiënten). Bij dit onderzoek is het inclusiecriteria “in bezit zijn van een computer, laptop, tablet of smartphone” gesteld. Daarnaast moest de patiënt “enigszins” bekend zijn met internet of met email. In het onderzoek van Melissa en Wouter is dit inclusiecriteria niet gesteld, vanwege de geringe beschikbaarheid van deelnemers. Melissa en Wouter hebben beiden één deelnemer geïnccludeerd die geen computer, laptop, tablet of smartphone in bezit heeft. Twee van hun deelnemers hadden weinig ervaring met internet, maar in dit onderzoek zijn tevens deelnemers geïnccludeerd die digitaal niet zo vaardig zijn. Na afloop van het onderzoek zijn de resultaten met elkaar gespiegeld en bleek dat de ervaringen, verwachtingen, wensen en behoeften van Wouter en Melissa’s deelnemers weinig verschillen met de ervaringen, verwachtingen en wensen in dit onderzoek. Dat komt waarschijnlijk doordat in alle drie de onderzoeken patiënten met een chronische aandoening zijn geïnterviewd. Het onderzoek vond plaats in dezelfde fysiotherapiepraktijk en de gemiddelde leeftijd van de deelnemers was ongeveer gelijk. Deze factoren dragen tevens bij aan de overeenkomst tussen de resultaten van de drie onderzoeken.

Alle verwachtingen die in paragraaf 4.1.3: “Verwachtingen over de e-health mogelijkheden” zijn beschreven, komen in het onderzoek van Melissa en Wouter ook aan bod. In het onderzoek van Melissa (claudicatio intermittens) komt het patiëntendossier echter meer aan bod, vanwege de transparantie in het dossier door het claudicationetwerk. In het onderzoek van Wouter (chronische hartklachten) wordt er dieper op medische applicaties in gegaan, zoals een stappenteller. Dit komt door de verschillende doelgroepen in het onderzoek en de verschillende interviewtechnieken van de onderzoekers.

De mate van bekend zijn met het gedeeltelijk online aanmelden binnen Fysiomotion was wel afwijkend. In het onderzoek van Wouter waren drie van elf deelnemers op de hoogte van het online aanmelden, bij Melissa waren dit twee van de tien deelnemer. In dit onderzoek was geen enkele deelnemer op de hoogte van deze mogelijkheid.

4.5 Conclusie

In dit onderzoek wordt er gekeken naar de ervaringen en verwachting van COPD patiënten, die revalideren in een eerstelijns fysiotherapiepraktijk, over de toepassing van e-health.

De ervaringen, verwachtingen, wensen en behoeften van de deelnemers lopen zeer uiteen wat betreft de e-health mogelijkheden. Er zijn een aantal deelnemers die positieve verwachtingen en ervaringen hebben over de e-health mogelijkheden. E-health kan de reisafstand verkorten, is laagdrempelig en snel en gemakkelijk te hanteren. Daarentegen zijn er ook deelnemers die minder behoefte hebben aan de e-health mogelijkheden. Uit de interviews komen een aantal belemmerende factoren aan bod voor het gebruik van e-health. Zo zien de meeste deelnemers gebrek aan digitale vaardigheden, overvloed aan informatie online, technische problemen en minder interpersoonlijk contact als nadeel voor het gebruik van e-health.

In dit onderzoek zijn tevens een aantal nieuwe inzichten ontstaan, die nog niet in de literatuur beschreven zijn. Deze nieuwe inzichten zijn onder te verdelen in belemmerende en bevorderende factoren ten aanzien van e-health. In de interviews komen nog andere belemmerende factoren aan bod, zoals: angst en twijfels over de veiligheid van gegevens, niet meteen antwoord krijgen, onzekerheid of het bericht is ontvangen en onzekerheid wanneer het bericht gelezen wordt. Uit het onderzoek blijkt dat de deelnemers nog meer bevorderende factoren in de e-health mogelijkheden zien: online staat de informatie vast (men kan het teruglezen) en lange telefonische wachttijden kunnen voorkomen worden. Daarnaast kunnen de online mogelijkheden opbergruimte en papierkosten besparen.

4.6 Aanbevelingen

4.6.1 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Aan de hand van de resultatensectie zijn er een aantal praktische aanbevelingen te noemen voor vervolgonderzoek:

- Dit onderzoek is redelijk specifiek wat deelnemers betreft. Er zijn uitsluitend patiënten die in een COPD groep trainen geïncludeerd in één specifieke praktijk. Het is een aanbeveling onderzoek te doen bij deelnemers met verschillende klachten en leeftijden. En dan niet in slechts één eerstelijns fysiotherapiepraktijk, maar in meerdere praktijken verdeelt over Nederland. Zo kan er een completer beeld verkregen worden over de ervaringen, verwachtingen, wensen en behoeften van patiënten, wat e-health betreft. Helaas kon er niet met al deze factoren rekening worden gehouden, vanwege de korte duur van dit onderzoek.
- Wat eveneens is aanbeveling voor vervolgonderzoek, zijn de ervaringen, verwachtingen, wensen en behoeften van patiënten over de e-health mogelijkheden in de fysiotherapeutische behandeling (stap 6 van het methodisch handelen). In de literatuur wordt veel gesproken over de stijging van de zorgkosten en wat de rol van e-health hierin kan betekenen (1). Zo wordt er

gedacht dat e-health het zelfmanagement van de patiënten kan verhogen en op deze manier zorgkosten besparen.

- Uit de discussie blijkt dat er verschillen tussen de acceptatie en het gebruik van de technologieën is tussen met name oudere mannen en vrouwen. Het is interessant om verder uit te zoeken of er meerdere factoren bijdragen aan de verschillen in acceptatie van technologie tussen mannen en vrouwen.

4.6.2. Aanbevelingen voor de implantatie van e-health in de fysiotherapiepraktijken

Er zijn tevens aanbevelingen voor de eerstelijns fysiotherapiepraktijken om e-health te integreren. De onbekendheid van de e-health mogelijkheden in een eerstelijns fysiotherapiepraktijk is een belangrijk aandachtspunt. Om het e-health gebruik te stimuleren, dienen de online mogelijkheden beter onder de aandacht gebracht te worden. Bijvoorbeeld door te attenderen op de website of poster in de wachtkamer op te hangen. Het is echter belangrijk dat de patiënten kunnen kiezen tussen de mogelijkheden. Ze moeten zich niet gedwongen voelen om voor e-health te kiezen.

Een aantal COPD patiënten zouden gebruik willen maken van de optie om online afspraken te maken en te verzetten of zou vaker contact willen hebben via de email in plaats van via de telefoon. Zowel in de literatuur als in dit onderzoek komt naar voren dat telefonische bereikbaarheid van zorginstanties slecht is (22). Dit is een reden om online afspraken maken te gaan implementeren in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk. Het nadeel hiervan is dat men niet weet of de informatie ontvangen is. Zodra deze optie geïntegreerd wordt, moet er een ontvangstbevestiging komen. Op deze manier weten de deelnemers zeker dat hun bericht ontvangen is.

In het onderzoek is tevens gevraagd naar het huidige beleid binnen de vier stappen van methodisch handelen. Hieruit blijkt dat enkele deelnemers vinden dat er te weinig gecommuniceerd wordt over het behandelplan en veranderingen in het behandelplan. Opvallend is dat de deelnemers vinden dat e-health deze communicatie niet kan ondersteunen. De deelnemers zien geen meerwaarde in evalueren middels een online vragenlijst of videobellen om de vorderingen van de behandeling te bespreken.

Het is belangrijk dat de e-health toepassing de bestaande mogelijkheden niet gaat vervangen. Zoals al eerder genoemd is in de discussie blijkt dat patiënten met een chronische ziekte minder informatie opzoeken over hun aandoening of gezondheid (26). Duidelijke voorlichting en informatie verstrekking is daarom belangrijk bij COPD patiënten. Het gebruik van e-health ter ondersteuning van de informatie verstrekking van COPD kan een toevoeging zijn op het huidige behandeltraject. Maar het mag nooit de mondelinge uitleg van een fysiotherapeut gaan vervangen, aangezien COPD patiënten in mindere mate informatie opzoeken over hun aandoening of gezondheid.

Literatuurlijst

1. Van der Vloed J. Zorgstandaard COPD. Amersfoort: Long Alliantie Nederland; 2013.
2. Ursum J, Rijken M, Heijmans M, Cardol M, Schellevis F. Zorg voor chronisch zieken. Organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie. Utrecht; 2011.
3. Blokstra A, Verschuren WMM, Baan CA, Boshuizen HC, Feenstra TL, Hoogenveen RT, et al. Vergrijzing en toekomstige ziektelast: Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025. Bilthoven: RIVM; 2007.
4. Amos a, Greaves L, Nichter M, Bloch M. Women and tobacco: a call for including gender in tobacco control research, policy and practice. Tob Control. 2012;21:236–43.
5. Gosselink R, Langer D, Burtin C, Probst V, Hendriks HJM, Schans CP van der, et al. KNGF-richtlijn COPD. Verantwoording en toelichting. Ned Tijdschr Fysiother. 2008;(4):4-20.
6. Burge S, Wedzicha J a. COPD exacerbations: definitions and classifications. Eur Respir J Suppl. 2003;41:46-53.
7. Patalano F, Banerji D, D'Andrea P, Fogel R, Altman P, Colthorpe P. Addressing unmet needs in the treatment of COPD. Eur Respir Rev. 2014;23(133):333–44.
8. Celli B, Snider GL, John H, Tiej B, Ziment I, Barry M, et al. Standards for the Diagnosis and care of patients with Chronic Obstructive pfrlmonary Disease. Am J Respir Crit Care Med. 1995;152:77–120.
9. Decramer M, De Benedetto F, Del Ponte A, Marinari S. Systemic effects of COPD. Respir Med. 2005;99:3–10.
10. Martín A, Rodríguez-González Moro JM, Izquierdo JL, Gobartt E, De Lucas P. Health-related quality of life in outpatients with COPD in daily practice: The VICE Spanish study. Int J COPD. 2008;3(4):683–92.
11. Krijgsman J, Peeters J, Burghouts A, Brabers A., Jong J. d., Beenkens F. Op naar meerwaarde! eHealth monitor 2014. Den Haag en Utrecht: Nictiz en Nivel; 2014.
12. Krijgsman J, Wolterink GK. Ordening in de wereld van eHealth. Den Haag: Nictiz; 2012.
13. Timmer S. eHealth in de praktijk Handreiking voor iedereen die wil kennismaken of starten met eHealth. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2011.
14. Boersma HJM V, Vermunt NPCA. Consumenten-eHealth en de zorg van de toekomst. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.Den Haag; 2015.
15. Krijgsman J, Bie J de, Burghouts A, Jong J de, Cath G-J, Gennip L van, et al. eHealth, verder dan je denkt - eHealth-monitor 2013. Den Haag: Nictiz en Nivel; 2013.
16. Wong SS, Abdullah N, Abdullah A, Liew S, Ching S, Khoo E, et al. Unmet needs of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a qualitative study on patients and doctors. BMC Fam Pract. BMC Family Practice; 2014;15(1):67.
17. Hofstede J, Heijmans M. Kennis en ervaringen met e-health van mensen met een chronische longziekte. Utrecht: Nivel; 2012.

18. Metselaar S. Grip op ontwikkelingen in ehealth [Internet]. Projectgroep eHealth; eHonad - eHealth Onderzoek & Advies. 2013 [cited 2015 Mar 9]. p. 53. Available from: <http://www.platformggz.nl/lpggz/download/voucherprojecten-vraagsturing/rapportage-deskresearch-grip-op-ontwikkelingen-in-ehealth-2013.pdf>
19. Ossebaard H, Idzardi K. Omgaan met de risico ' s van eHealth. Den Haag: Nictiz; 2013.
20. Heerkens YF, Graaf-Peters HJMHVB de. KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging. Ned Tijdschr Fysiother. 2011;(1):4-23.
21. Casserley-Feeney SN, Phelan M, Duffy F, Roush S, Cairns MC, Hurley D a. Patient satisfaction with private physiotherapy for musculoskeletal pain. BMC Musculoskel Dis. 2008;9:50.
22. Stiller K, Cains G, Drury C. Evaluating inpatient satisfaction with a physiotherapy service: A rehabilitation centre. Int J Ther Rehabil. 2009;16(7):376–84.
23. Boeije H. Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en Doen. Den Haag: Boom Lemma; 2014.
24. Heldoorn M, van Herk E, Veereschild S. Patiëntportalen in Nederland. Den Haag: Nictiz; 2011.
25. Hoerbst a., Ammenwerth E. Electronic health records: A systematic review on quality requirements. Methods Inf Med. 2010;49(4):320–36.
26. Baan D, Heijmans M, Spreeuwenberg P, Rijken M. Zelfmanagement vanuit het perspectief van mensen met astma of COPD. Utrecht: NIVEL.; 2012.
27. Morris MG, Venkatesh V, Ackerman PL. Gender and age differences in employee decisions about new technology: an extension to the theory of planned behavior. Eng Manag IEEE Trans. 2005;52(1):69–84.
28. Barzekar H, Karami M. Organizational Factors that Affect the Implementation of Information Technology: Perspectives of Middle Managers in Iran. Acta Inform Med. 2014;22(5):325.
29. Currie M, Philip LJ, Roberts A. Attitudes towards the use and acceptance of eHealth technologies: a case study of older adults living with chronic pain and implications for rural healthcare. BMC Health Serv Res. 2015;15(1).
30. Kobayashi K, Cloutier-Fisher D, Roth M. A Profile of Social Isolation Among Older Adults in Making Meaningful Connections : J Aging Health. 2009;21(2):374–97.

Bijlage I: Omschrijving stappen van het methodisch handelen

In deze bijlage worden de stappen van het methodisch handelen verder toegelicht. Om deze stappen verder te verduidelijken is er gebruik gemaakt van de KNGF richtlijn fysiotherapeutische verslaglegging (20). Er zijn citaten uit de richtlijn gebruikt om de stappen nader te omschrijven.

Tabel 1: omschrijving 8 stappen van het methodisch handelen

Stap van methodisch handelen	Inhoudelijke uitleg over de stap
Stap 1: Aanmelding	“De patiënt meldt zich op eigen initiatief bij de fysiotherapeut. Bij een aanmelding zonder verwijzing van een arts volgt een screening door de fysiotherapeut. De fysiotherapeut informeert de patiënt over de screeningsprocedure (20 ^{p.8}).”
Stap 2: Aanvullende (hetero anamnese)	“Stap 2: van het methodisch handelen bestaat uit het afnemen van de anamnese bij de patiënt zelf of bij een direct betrokkene (heteroanamnese). In deze fase wordt gezocht naar gegevens rond het ervaren gezondheidsprobleem die richting kunnen geven aan het fysiotherapeutisch onderzoek (20 ^{p.13}).”
Stap 3: Aanvullend onderzoek	“Stap 3 van het methodisch handelen bestaat uit het uitvoeren van een fysiotherapeutisch onderzoek, waar mogelijk aansluitend bij de in de (hetero)anamnese geformuleerde voorlopige conclusie/hypothese(n). Tijdens het fysiotherapeutisch onderzoek objectificeert de fysiotherapeut de aard en de ernst van de functioneringsproblemen van de patiënt, om de voorlopige hypothese(n) te toetsen (20 ^{p.16}).”
Stap 4: Analyse	“Op basis van de analyse formuleert de fysiotherapeut een fysiotherapeutische diagnose/conclusie. De fysiotherapeutische diagnose is een beroeps specifiek oordeel van de fysiotherapeut over het gezondheidsprofiel van de patiënt, als basis voor het, in samenspraak met de patiënt (of betrokkene(n)), op te stellen behandelplan (20 ^{p.17}).”
Stap 5: Behandelplan	“In samenspraak met de patiënt of diens vertegenwoordiger en eventueel andere disciplines wordt een behandel- of zorgplan opgesteld. De behandeling wordt in het behandelplan nauwkeurig omschreven, zowel als geheugensteun, als ten behoeve van de overdracht van gegevens aan derden (20 ^{p.19}).”
Stap 6: Behandeling	“Bij stap 6 gaat het om het behandelen zelf. Van elk fysiotherapeut-patiëntcontact noteert de fysiotherapeut de

	gegevens die een weergave zijn van dat contact (20 ^{p.21}).”
Stap 7: Eindevaluatie	“Bij stap 7 gaat het om de evaluatie van de fysiotherapeutische behandeling als geheel, met andere woorden, bij de beëindiging van de behandel episode. Bij de eindevaluatie gaat het om de beoordeling van het behandelproces en het behandelresultaat (20 ^{p.22}).”
Stap 8: Afsluiting	“Bij deze laatste stap gaat het om het moment waarop de behandel episode wordt afgesloten (20 ^{p.23}). ”

Bijlage II: Informatiebrief

Onderzoek naar e-health in de praktijk.

Geachte Meneer/Mevrouw,

In samenwerking met Fysiomotion wordt er door drie vierdejaars fysiotherapie-studenten van de Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven een onderzoek gedaan naar de behoefte ten aanzien van het gebruik van e-Health. De term e-health wordt zo dadelijk verder uitgelegd. Het onderzoek wordt uitgevoerd binnen drie verschillende groepen, namelijk bij de longgroep (COPD groep), hartgroep en bij de loopgroep (PAV groep). Wij zijn op zoek naar deelnemers die trainen voor één van deze aandoeningen, regelmatig gebruik maken van internet en graag hun mening met ons willen delen.

Deze brief geeft u informatie over het doel van het onderzoek. Hierin wordt beschreven hoe het onderzoek gaat plaatsvinden en wat er met uw gegevens gebeurt, als u besluit om deel te nemen aan het onderzoek.

Wat is e-health?

E-health is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. Voorbeelden van internettechnologieën waar u misschien al gebruik van maakt zijn: mailen, online informatie zoeken, online winkelen, online bankieren, chatten, social media enzovoort. E-health is een internettechnologie dat zich specifiek richt op de gezondheidszorg, dus in plaats van online winkelen bijvoorbeeld het online medicijnen kunnen bestellen. Er zijn verschillende vormen van e-health zoals: websites, webportalen, mobiele applicaties, elektronische dossiers (zoals uw elektronisch patiëntendossier), videocommunicatie enzovoort. Om een beter beeld te krijgen over e-health, kunt u via de onderstaande link een filmpje over e-health bekijken.

<https://www.youtube.com/watch?v=4LBQ7CNQOd8>

(Of via youtube.com, eHealth & zorgprofessionals intikken en het eerste filmpje kiezen)

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

Het onderzoek wordt uitgevoerd middels een interview. In dit interview worden vragen aan u gesteld over uw behoefte en ervaring met betrekking tot e-health. Bij het inplannen van deze interviews wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met de trainingstijden. Het interview wordt afgenomen door twee onderzoekers op de locatie Fysiomotion en zal worden opgenomen met een voice-recorder. Dit zal ongeveer 30 tot 45 minuten van uw tijd in beslag nemen. Uw gegevens zullen geheel anoniem gebruikt worden en uitsluitend worden gebruikt voor dit onderzoek. Na afloop van het onderzoek zullen de geluidsopnames vernietigd worden. De gegevens die naar voren komen uit het onderzoek,

zullen gebruikt worden ter inventarisatie. Wilt u na het onderzoek weten wat de resultaten zijn, dan kunt u dit van tevoren laten weten aan de onderzoekers.

Wat wordt er van u verwacht?

Mocht u willen deelnemen aan het onderzoek, dan vragen wij u om uw ervaring en verwachting over e-health met ons te delen. Na afloop van het interview krijgt u een samenvatting toegestuurd. Als u akkoord bent met de inhoud dan gebruiken wij uw gegevens anoniem voor ons onderzoek. Heeft u nog opmerken of toevoeging aan de samenvatting dan kunt u dit vermelden en wordt dit aangepast door de onderzoekers.

Deelname onderzoek

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. Wilt u zich inschrijven voor dit onderzoek dan kunt u dat in de oefenzaal doen op het intekenformulier. Daarop kunt u een datum en een tijdstip kiezen voor het interview. Let op: er komen drie intekenformulieren te liggen voor de COPD-, PAV-, en hartgroep. Mocht u besluiten om niet deel te nemen aan dit onderzoek is dit geen probleem, u hoeft geen verantwoording af te leggen. Wilt u wel meedoen aan ons onderzoek dan kunt u op elk moment beslissen om uit het onderzoek te stappen.

Heeft u nog vragen, dan kunt u deze stellen aan de onderzoekers of de begeleidende fysiotherapeut.

Gegevens onderzoeker:

Naam: Melissa Pantjes

Email: melissa.pantjes@student.fontys.nl

Naam: Wouter van de Weijer

Email: wouter.vandeweijer@student.fontys.nl

Naam: Jill Trepels

Email: jill.trepels@student.fontys.nl

Bijlage III: Informed consent

Verklaring deelnemer:

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en (indien aanwezig) de risico's en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek zover mogelijk anoniem en vertrouwelijk verwerkt zullen worden, er worden geen namen of voorletter gebruikt. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoordt. Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek en ik heb daarbij het recht voor om op elk moment mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen, zonder opgaaf van redenen.

Datum:

Handtekening deelnemer:

Verklaring onderzoeker:

Ik heb de deelnemer op een correcte wijze geïnformeerd over het benoemde onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal bij eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: Jill Trepels

Datum:

Handtekening onderzoeker:

Bijlage IV: Topic lijst

In de leiding zijn een aantal belangrijke onderwerpen besproken die van invloed zijn voor het interview. Deze onderwerpen zijn opgenomen in de topic lijst, waarin deze onderwerpen middels steekwoorden zijn genoteerd. Deze topic lijst wordt samen met het interviewschema gebruikt tijdens het interviewen.

De topiclijst is samen gesteld samen met Melissa Pantjes en Wouter van de Weijer, echter worden de interview bij andere doelgroepen afgenomen.

Tabel 2: Topic Lijst

Topiclijst
Aanmelding - Verloop huidige aanmelding - Verwachting - Ervaring - E-health wensen/ behoefte aanmelding
Fysiotherapeutisch onderzoek - Verloop huidig diagnostisch proces - Verwachting - Ervaring - E-health wensen/ behoefte bij diagnostisch proces
Behandelplan - Verloop bespreken behandelplan, bijstellen behandelplan? - Verwachtingen - Ervaring - E-health wensen/ behoefte behandelplan
Aandoening specifiek - Verwachtingen - Ervaringen - Overige wensen/ behoefte e-health COPD

Bijlage V: Interviewschema

Interviewer: Jill Trepels

Observant: Melissa Pantjes of Wouter van der Weijer

Voor het daadwerkelijke begin van het interview, wordt de deelnemer welkom geheten en bedankt voor zijn/haar deelname aan het onderzoek. Het doel van deze studie wordt nogmaals (mondeling) besproken met de deelnemer. De deelnemer heeft de kans om vragen te stellen en tekent het informed consent als hij/zij op vrijwillige basis wilt deelnemen aan het onderzoek. Er wordt nogmaals benadrukt dat de deelnemer vragen niet hoeft te beantwoorden als hij/zij zich daarbij niet prettig voelt en op ieder moment zijn/haar deelname aan het onderzoek kan onttrekken. Vervolgens worden de algemene gegevens afgenomen, gevolgd door het interview.

Tabel 3: Interviewschema

Topic	Vraag	Aspecten
Algemene gegevens	Leeftijd	
	Geslacht	
	Beroep/opleidingsniveau	
	Gold stadia	
	Startdatum COPD groep	
	Computer/laptop/tablet of smartphone	Gemiddeld gebruik per week?
Aanmelding	Hoe bent u bij deze fysiopraktijk terecht gekomen?	Kunt u meer vertellen over de procedure van de aanmelding?
	Hoeveel tijd zat er tussen de aanmelding en de eerste afspraak?	- Wat vond u hiervan? - Heeft u (eventueel) suggesties om de aanmelding te verbeteren? - Waarom zou u dit willen veranderen?
	Bent u op de hoogte dat de aanmelding gedeeltelijk online gedaan kan worden?	(Uitleg indien nodig) Alleen online aanmelden, u wordt dan terug gebeld voor een afspraak
	Wat vindt u van deze gedeeltelijke online aanmelding?	Welke voor- en welke nadelen ziet u hierin?
	Wat zou u ervan vinden als het aanmeldproces volledig online zou plaatsvinden?	Bijvoorbeeld: - Afspraak plannen op website. - Aanmeldingsformulier opsturen via de website.

		- Gegevens over het klachtenbeeld/aandoening alvast opsturen naar de fysiotherapeut (via laptop, computer, tablet, smartphone) Zou u dit volledig online aanmelden verkiezen boven telefonisch aanmelden? Bijvoorbeeld: Afmelden in een groep en zelf een nieuwe afspraak kunnen maken in een andere groep. Wat is de reden dat u hier wel of geen gebruik van wilt maken?
Fysiotherapeutisch onderzoek	Hoe verliep de eerste ontmoeting met de fysiotherapeut(e)? Wat werd er precies gedaan/onderzocht tijdens deze ontmoeting? Heeft u suggesties om deze intake te verbeteren? Wat vind u van online een vragenlijst invullen over uw aandoening? Wat zou u ervan vinden om toegang tot uw Fysiotherapeutisch patiëntendossier te hebben? Welke voor- en/of nadelen ziet u in de boven genoemde mogelijkheden? (Online info opsturen, online vragenlijst, inzicht in eigen dossier)	Wat vond u van deze ontmoeting? Wist u van te voren wat er ging gebeuren tijdens deze ontmoeting? Waarom zou u dit willen veranderen? Welke voor- en nadelen ziet u hierin? Verschil tussen landelijk elektronisch patiëntendossier en fysiotherapeutisch elektronisch patiëntendossier uitleggen. En dat u dit dossier zelf kunt bijwerken? Zou u een van deze bovengenoemde vormen verkiezen boven de huidige situatie? En waarom?

Behandelplan	De fysiotherapeut hoort aan u uit te leggen wat het verloop zal zijn van de behandeling. Hoe is dit verloop met u door besproken?	Wat vond u hiervan?
	Wat wordt er gecommuniceerd met u als er iets verandert tijdens de behandelingen?	Wat vindt u van de wijze waarop u op de hoogte gehouden wordt van de behandelingen?
	Zou u het prettig vinden als dit op een andere manier met u gecommuniceerd zou worden?	Email of videobellen enz.
	Wat zou u ervan vinden als u via de email kunt nalezen wat er tijdens de behandelingen gaat gebeuren?	Wat zou ervan vinden om deze gegevens op uw computer te kunnen lezen in uw persoonlijk patiëntendossier?
	Heeft u de informatie over uw aandoening goed kunnen onthouden na de uitleg van de fysiotherapeut?	Doorvragen waarom de informatie wel of niet te onthouden was. Zoekt nog regelmatig iets op over uw aandoening? Welk middel gebruikt u om dit op te zoeken?
	Welke manier van informatie verstrekken vindt u fijn?	Indien respondent stilvalt: Website, folder, etc.
Evaluatie	Hoe verlopen besprekingen over de voortgang van de behandeling(evaluatiemomenten)	
	Wat wordt er zoal besproken tijdens zo'n gesprek?	Bijvoorbeeld: - Hoe het met u gaat? - Wat voor effect heeft dit op uw behandeling? Bent u op de hoogte van uw trainingsresultaten?
	Bijvoorbeeld: Hoe ziet de halfjaarlijkse her-test eruit?	Hoe worden deze resultaten met u besproken?

	Welke suggesties heeft u voor veranderingen voor deze evaluatiemomenten?	Zou u meer willen weten tijdens dit moment?
	We hebben het net al over online vragenlijsten gehad. Wat vindt u van een online vragenlijst als evaluatie middel?	Thuis invullen en meer behandeltijd over hebben
	Stel uw fysiotherapeut wil videocontact met u om de vorderingen van de behandeling met u door te spreken, wat vindt u hier dan van?	Welke voor- en/ of nadelen ziet u hierin?
Aandoening specifiek	Welke voor- en nadelen ziet u in de interntechnologieën die net allemaal aanbod zijn geweest?	In welke vorm ziet u toekomst en zou uzelf gebruik van willen maken?
	Zou u nog aan een andere internettechnologie behoefte hebben m.b.t. COPD?	- Wat vindt u van online ademhalingstechnieken? - Wat vindt u van online uw zuurstof percentage meten/ doorgeven?
	Hoe denkt u dat uw groepsgenoten denken over internettechnologie binnen de COPD revalidatie?	Denkt u dat de meningen verschillen met die van u?
Afsluiting	Heeft u de kans gehad om alles te kunnen vertellen?	Wilt u nog iets toevoegen?
	Heeft u nog vragen of opmerkingen?	

Bijlage VI: Geheim houdingsverklaring

Geheimhoudingsverklaring

Naam: Jill Trepels

Studentnr^o: 2185080

Titel: E-health bij COPD patiënten

Inhoud (omschrijving):

- *In samenwerking met Fysiomotion wordt er onderzoek gedaan naar de verwachtingen van de COPD patiënten over de verschillende mogelijkheden van e-health. Er wordt specifiek gekeken naar de verwachtingen van e-health binnen de aanmelding, aanvullend onderzoek, behandelplan en de evaluatie momenten.*

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: Jill Trepels

Trepels

(handtekening)

Datum: 9/3/2015

Begeleider:

Naam: Jaron Schuurker

Schuurker

(handtekening)

Datum: 9/3/2015

Coördinator: voor ontvangst

Naam: Anne Lahaye

Lahaye

(handtekening)

Datum: 26/5/2015

Bijlage VII: Overeenkomst overdracht rechten

B9 Overeenkomst overdracht rechten

OVEREENKOMST

houdende overdracht van rechten en de plicht tot
overdracht/retournering van data, software en andere middelen

Ondergetekenden:

1. de heer/mevrouw Jill Maria Pauline Trepels [volledige
namen als vermeld in paspoort], woonachtig te 5993 PL Maasbree [postcode,
woonplaats] aan de Houthei 8 [adres en huisnummer], hierna aan te
duiden als "Student"

2. Stichting Fontys h.o.d.n. Fontys Hogescholen, Rachelsmolen 1, 5612 MA Eindhoven, hierna
"Fontys"

CONSIDERANS

- A. Student studeert aan de Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven en heeft in het kader van zijn/haar studie, al dan niet tezamen met derden en/of in opdracht van derden, (diverse) activiteiten verricht, of zal deze nog verrichten, in het kader van onderzoeken die onder supervisie staan van het lectoraat van Fontys Paramedische Hogeschool. Voornoemde activiteiten zullen hierna worden aangeduid als "**Lectoraat Studieactiviteiten**". Ten tijde van ondertekening van deze verklaring superviseert het lectoraat van Fontys Paramedische Hogeschool in ieder geval de onderzoeken die zijn opgesomd in bijlage 1, maar deze opsomming is niet uitputtend en kan in de toekomst veranderen.
- B. Het is voor Fontys Paramedische Hogeschool van essentieel belang dat (uitwerkingen van) de Lectoraat Studieactiviteiten ongehinderd en zonder enige beperking verder kunnen worden ontwikkeld en toegepast door Fontys Paramedische Hogeschool en/of voor onderwijs van andere studenten kunnen worden gebruikt. Fontys wil in ieder geval – maar niet uitsluitend – (uitwerkingen van) de Lectoraat Studieactiviteiten (i) kunnen delen met en/of over te dragen aan derden, (ii) op eigen naam kunnen publiceren, waarbij Student mogelijk als co-auteur kan worden vernoemd mits dit gezien de omstandigheden redelijk is, (iii) kunnen gebruiken als basis voor nieuwe onderzoeksprojecten.
- C. Als op (uitwerkingen van) Lectoraat Studieactiviteiten intellectuele eigendomsrechten (komen te) rusten en/of daaraan verwante aanspraken van Student, wensen partijen – het onder (B) genoemde in aanmerking nemend – dat Fontys Paramedische Hogeschool de enige rechthebbende ten aanzien van deze rechten en aanspraken is. Student wenst dan ook al zijn/haar huidige en toekomstige intellectuele eigendomsrechten alsook daaraan verwante aanspraken met betrekking tot (uitwerkingen van) de Lectoraat Studieactiviteiten aan Fontys over te dragen, onder de hierna te noemen voorwaarden;

- D. Student wenst voorts de verplichting op zich te nemen – wederom het onder (B) genoemde in aanmerking nemend – om alle door hem/haar in het kader van (uitwerkingen van) de Lectoraat Studieactiviteiten door hem/haar verzamelde data aan Fontys over te dragen en geen kopieën daarvan te bewaren, en eveneens alle in het kader van (uitwerkingen van) de Lectoraat Studieactiviteiten aan hem/haar door Fontys verstrekte eerder verzamelde data, software en/of andere middelen, zoals meet- en testapparatuur, aan Fontys te retourneren zonder kopieën daarvan te bewaren, dit alles onder de hierna te noemen voorwaarden.

KOMEN OVEREEN ALS VOLGT

1. *Overdracht intellectuele eigendomsrechten*

1.1 Student draagt hierbij over aan Fontys Paramedische Hogeschool al zijn/haar huidige en toekomstige intellectuele eigendomsrechten en aanverwante aanspraken met betrekking tot (uitwerkingen van) de Lectoraat Studieactiviteiten, voor de volledige duur van die rechten.

1.2 Onder intellectuele eigendomsrechten en/of daaraan verwante aanspraken wordt tenminste – maar niet uitsluitend – verstaan het auteursrecht, het databankenrecht, het octrooirecht, het merkenrecht, het handelsnamenrecht, het tekeningen- en modellenrecht, het kwekersrecht, bescherming van knowhow en bescherming tegen oneerlijke mededinging.

1.3 De in 1.1 omschreven overdracht is onbeperkt. Zodoende omvat de overdracht alle aan de overgedragen rechten en aanspraken verbonden bevoegdheden, en geldt de overdracht voor alle landen ter wereld.

1.4 Voor zover enige nationale wetgeving enige nadere medewerking van Student vereist voor de overdracht genoemd onder 1.1, zal Student deze medewerking op eerste verzoek van Fontys Paramedische Hogeschool onmiddellijk en zonder enig voorbehoud verlenen.

1.5 Fontys aanvaardt de in 1.1 omschreven overdracht.

2. *Afstand van persoonlijkheidsrechten*

2.1 Voor zover toegestaan onder artikel 25 Auteurswet, en andere eventueel toepasselijke nationale wetgeving, doet Student afstand van zijn/haar persoonlijkheidsrechten, waaronder begrepen – maar niet uitsluitend – het recht op vermelding van de naam van Student en het recht zich te verzetten tegen wijzigen van (uitwerkingen van) de Lectoraat Studieactiviteiten. Indien en voor zover aan Student onder enige nationale wetgeving een beroep toekomt op persoonlijkheidsrechten ondanks het bovenstaande, zal Student zich niet op onredelijke gronden op deze persoonlijkheidsrechten beroepen.

2.2 In afwijking van hetgeen in 2.1 is bepaald kan Fontys Paramedische Hogeschool besluiten de naam van Student wel te vermelden als dit gezien de omvang van zijn/haar bijdrage en werkzaamheden redelijk is.

3. *Vergoeding*

Student gaat ermee akkoord dat hij/zij geen vergoeding voor de in deze verklaring omschreven rechtenoverdracht en -afstand van Fontys zal ontvangen.

4. *Garantie ten aanzien van intellectuele eigendomsrechten*

Student verklaart bevoegd te zijn tot de overdracht en afstand, en verklaart geen licentie(s) tot enigerlei wijze van gebruik van (uitwerkingen van) de Lectoraat Studietoelichtingen aan enige derde(n) te hebben verleend of in de toekomst te zullen verlenen. Student vrijwaart Fontys voor iedere aanspraak van derden in dit kader.

5. *Plicht tot overdracht/retournering van data, software en andere middelen*

5.1 Op het moment dat Student niet langer Lectoraat Studietoelichtingen verricht en/of niet langer student van Fontys is, verplicht Student zich tot overdracht aan Fontys van alle in het kader van (uitwerkingen van) de Lectoraat Studietoelichtingen door hem/haar verzamelde data, in de ruimste zin van het woord, daaronder begrepen – maar niet uitsluitend – onderzoeken en onderzoeksresultaten, tussentijdse notities, documenten, afbeeldingen, tekeningen, modellen, prototypes, specificaties, productiemethoden, procesbeschrijvingen en techniekbeschrijvingen.

5.2 Student garandeert op geen enkele wijze, in welke vorm dan ook, kopieën van de in 5.1 bedoelde data bewaard te hebben.

5.3 Student verplicht zich om aan Fontys te retourneren alle in het kader van de Lectoraat Studietoelichtingen aan hem/haar door Fontys verstrekte data, software en/of andere middelen, en garandeert op geen enkele wijze, in welke vorm dan ook, kopieën van de verstrekte software en/of andere middelen bewaard te hebben.

5.4 Student gaat ermee akkoord dat indien hij in strijd met de verplichtingen en garanties genoemd onder 5.1 tot en met 5.3 handelt en/of gehandeld blijkt te hebben, (a) hij/zij aansprakelijk is voor alle schade die Fontys hierdoor heeft geleden en/of nog zal lijden, en (b) dat dit als fraude kwalificeert en Fontys daaraan passende sancties mag verbinden. De door Fontys op te leggen sancties kunnen onder meer bestaan uit het niet toekennen van studiepunten, het tijdelijk uitsluiten van Ondergetekende van deelname aan examens, maar ook uit het definitief uitschrijven van Ondergetekende als student van Fontys.

6. *Afstand*

Student doet afstand van het recht op ontbinding van deze overeenkomst.

7. *Overig*

7.1 Voor zover deze overeenkomst afwijkt van het studentenstatuut geldt dat deze overeenkomst voor gaat.

7.2 Deze overeenkomst wordt beheerst door Nederlands recht. Alle uit deze verklaring voortvloeiende geschillen zullen worden voorgelegd aan de bevoegde rechter te Amsterdam.

Student:	Stichting Fontys
	h.o.d.n. Fontys Hogescholen
	begeleider:
Naam: <u>Jill Trepels</u>	Naam: <u>Jason Schuiter</u>
<u>Trepels</u>	<u>[Signature]</u>
(handtekening)	(handtekening)
Datum: <u>7/2/2015</u>	Datum: <u>9/3/2015</u>
Plaats: <u>Maasbree</u>	Plaats: <u>Eindhoven</u>

Handleiding Praktijkgericht onderzoek Afstudeerfase 2014 – 2015 - FPH 48

Bijlage VIII: Codelijst axiaal coderen

1. Digitale vaardigheden

1.16 Niet opgegroeid computer

1.22 Meer digitale vaardigheden, meer gebruik

2.12 Computer onduidelijk

2.97 Meer interesse meer vaardigheden

3.11 + 3.29 + 3.107 + 6.14 Hulp nodig online

3.16 Kundigheid online aanmelden

3.28 Scholing invloed computer gebruik

3.30 + 3.97 + 5.29 + 5.69+ 6.13 + 6.48 Onkunde computer

3.34 Zorgverlener zelf online inactief

3.70 Beantwoorden email lastig

3.94 Digitale vaardigheden struikelblok

3.106 + 3.108 Moeilijkheden informatie vinden internet

6.40 + 9.93 + 10.84 Vader hele dag computer

3.25 + 6.62 Lastig nieuwe vaardigheden leren

9.88 Zoon uitleg medische app

10.14 Aanmelden online lastig

10.86 + 10.87 Stoppen werken missen ontwikkelingen

5.30 + 5.73+ 6.24 Weinig interesse computer

2. Onbekend zijn met e-health mogelijkheden

1.19, 1.21, 1.31, 2.20 + Online mogelijkheden onbekend

4.11 + 6.7 + 7.4 +8.27 + 9.12 + 10.6 + 11.5 Onbekend gedeeltelijk online aanmelden

3.60 Onbekend inhoud patiëntendossier

2.14 + 5.22 Onwetendheid inhoud therapie

1.60 + 5.41 + 5.42 Patiëntendossier onbekend

1.13 Mogelijkheden onbekend door leeftijd betreft

5.9 Indien bekend online aangemeld

6.60 Eerder bekend mogelijkheden kiezen

8.96 Overige internettechnologie onbekend

9.71 Geen verbeteringen, mogelijkheden onbekend

10.8 Toen geen online aanmelden, techniek onbekend

3. Ervaringen

3.1 Positieve ervaringen online

1.76 + 5.21 + 5.56 + 7.45 Info COPD opgezocht internet

2.68 + 7.48 + 9.61 + 9.63 info goed vindbaar internet

2.87 Tevreden internettechnologieën

1.15 Erbuiten vallen technologische ontwikkeling

3.77 + 10.67 Informatie terug lezen prettig

3. 59 EPD ziekenhuis ingezien

4.86 + 7.39 Digitaal minder opbergruimte

5.11 Positieve ervaring online aanmelden elders

8.60 + 11.18 Ervaring online vragenlijst

9.74 Contact Skype fantastisch

9.76 + 10.54 Ervaring Facetime

9.87 Ervaring medische apps

10.56 Tegenwoordig meer appen dan bellen

10.59 Zoekt medische problemen online op

11.10 Goede ervaring online afmelden

10.23 Al ervaring online afmelden

3.2 Negatieve ervaringen online

1.78 + 1.82 + 3.109 + 4.69 + 5.63 Teveel info internet

1.80 Onduidelijkheid veel info opzoeken

1.81 Uiterste vermeld info internet

2.13 + 2.15 + 3.15 + 4.13 Telefonische meteen antwoord

2.40 + 3.53 + 8.62 Vragenlijsten beperkte antwoordmogelijkheden

2.65 + 2.67 Online forum verschrikkelijk

2.66 zelfmedelijken forum

2.94 Videobellen overdreven

3.47 Telefonische vergeet vragen stellen

3.49 + 7.29 Vragenlijsten niet serieus invullen

3.57 + 6.55 + 7.36 + 10.71 Vragenlijst invullen kost tijd

5.59 veel informatie internet

6.51 + 6.52 papier leest makkelijker

8.98 Irritatie mobiele telefoons

8.99 + 7.80 Niet praten alleen contact mobiel

10.56 Tegenwoordig meer appen dan bellen

9.75 Hekel aan Skype

9.77 Vervelend eigen gezicht Skype

3.3 geen ervaringen

2.83 Geen ervaring Skype

2.85 + 2.86 + 5.68 + 6.56 + 8.84 Geen ervaring videobellen

7.77 Geen ervaring (medische) apps

4. Verwachtingen internettechnologie lange en korte termijn

4.1 Korte termijn verwachtingen (eigen)

1.50 + 4.40 geen moeite online vragenlijst

1.58 Vertrouwen bijwerken dossier

1.93 + 1.94 reisafstand

4.28 Geen bezwaar digitaal

1.99 Frustratie nieuwe technologie

2.93 Gebruik technologieën

2.102 Geen meerwaarde online saturatie

2.27 Online aanmelden bij tijdsgebrek

2.37 + 7.27 + 8.67 Geen bezwaar onlinevragenlijst

2.81 Denkwijze zichtbaar maken

3.24 Niet nodig, niet gebruiken

3.54 + 3.58 + 3.87 + 5.34 Niet open staan vragenlijst

3.88 + 6.26 + 9.35 Openstaan vragenlijst, indien kort

3.89+ 6.57 + 11.53 Videobellen onbekend, wel openstaan daarvoor

3.61 Nieuwsgierig inhoud patiëntendossier

3.66 + 11.22 Dossier niet zelf aanvullen

4.17 + 11.58 Minder afhankelijk (voorkeur fysio)

3.23 + 4.39 Overbodig online mogelijkheden

4.54 EPD handige toevoeging

4. 77 + 6.58 + 7.63 Openstaan videobellen

4.88 + 10.16 Wachtijden voorkomen online afspraken

4.89 + 4.90 Indicatie technologie gebruiken

5.35 + 10.70 Voordeel vragenlijst nieuwe inzichten

5.45 Bezwaar transparantie dossier

5.76+ 10.85 Werk invloed computer gebruik

6.16 Persoonlijk afmelden makkelijker

6.32 Patiëntendossier confrontatie aandoening

6.53 + 6.72 + 6.33 + 10.34 Openstaan online mogelijkheden

7.9 Tegenwoordig iedereen smartphone

7.62 Geen ervaring, eerst uitproberen

7.70 Indien nodig online

8.17 Communicatie beter via apps, sms en email.

8.18 + 9.15 Online minder bellen

8.28 Gedeeltelijk online aanmelden geen toevoeging

9.81 + 9.82 Techniek faalt alles weg

10.55 Skype alleen bekende, lange reisafstand

7.67 Gebruik maken videobellen

7.78 + 11.63 Openstaan medische apps

7.71 + 7.72 Openstaan bijleren digitale vaardigheden

8.35 + 10.7 Openstaan online aanmelden

8.92 Geen bezwaar online vragenlijst evaluatie

4.2 Korte termijn verwachtingen (anderen)

1.33 Andere voorkeur online

2.104 Verwachting andere antwoorden

3.26 Nieuwe patiënten wel online afspraken

3.101 + 3.102 Groepsgenoten meer kennis computer

3.103 + 8.100 Vaardigheden groepsgenoten beter

4.91+ 10.81 Leeftijd internet technologie lastig

4.92 + 9.91 Ouderen internettechnologie eng/bedreigend

1.109 Internettechnologie problemen ouderen

3.27 Jongeren kundiger computer

3.17 Jongeren snel, handig computer

1.103 Jongeren vergroeid computer

1.20 + 8.25 + 2.99+ 6.64 + 6.66 Meer gebruik digitaal jongeren

2.95 + 8.24 Oude generatie telefoon

1.108 + 5.75 + 11.67 Leeftijd rol bekendheid technologie

1.107 Zelfde mening leeftijdsklasse

5.74 Jongeren willen alles weten

5.70 Belangrijk mening toekomstig patiënten

5.71 Internet technologie oudere mensen lastig

6.65 + 7.76+ 10.82 + 11.66 Ouderen geen interesse internettechnologie

7.75 Ouderen online niet oppakken

8.101 Andere minder moeite wennen internettechnologie

7.73 + 7.74 + 8.37 Verwacht veel mensen geen computer

8.38 Verwachting mensen gebrek vaardigheden

8.42 + 8.43 Administratie online makkelijker

9.92 Internettechnologieën verschilt per generatie

9.94 Ouderen rare wereld internettechnologieën

10.25 Online afspraakstelsel ouderen niet handig

10.80 Groepsgenoten niet enthousiast Internettechnologie

10.83 Ouderen minder ervaring Internettechnologie

4.3 Lange termijn toekomst

1.106 Toekomst wereld ik-gericht

2.30+ 7.8 + 7.69 Toekomst alles online

2.91 Geen belemmeringen toekomst

2.98 Bijblijven technologie

1.97 + 4.84 + 4.27 + 6.61+ 8.55 + 11.59 Toekomst geen ontkomen internettechnologieën

4.81 Toekomst gedigitaliseerd, geautomatiseerd

4.82 Toekomst diagnose scherm

4.83 Toekomst chip ingebouwd

4.85 Met de tijd meegaan

8.54 + 9.83 Internet medium toekomst

8.87 Toekomst weinig mening face-to-face contact

10.22 Toekomst online afmelden

10.76 Toekomst oefeningen via internet

10.77 Online zwemles triest

11.60 Weinig verwachting toekomst

5. Wensen en behoefte

5.1 Wensen

1.57 + 8.72 + 11.26 Voorstander transparantie patiëntendossier

1.69 1.69 Wens transparantie communicatie

2.76 Wens online resultaten her-test

2.101 Zelf inzicht saturatie

4.7 Verbetering telefonische bereikbaarheid

4.8 Wens terugbel functie

4.16 Zelf afspraak inplannen

4.44 4.45 + 9.42 Logische EPD fysiotherapie

5.25 Wens instructies apparaten papier

5.27 Mogelijkheid instructies online

5.39 Ft dossier aan medische dossier beter veiligheid

5.40 + 5.44 Belangrijk dossier samenvoegen

6.35 Niet via computer communiceren

8.29 + 8.31 + 8.34 + 8.68 Opties openhouden voor ouderen

9.11 + 9.65 + 11.46 Wens meer evalueren

9.56 Wens pasje controleert kwaliteit oefening

9.69 Resultaten in Excel bestand met grafiek

9.70 + 10.68 + 11.32+ 11.33 Resultaten koppelen dossier

10.20 Mogelijkheid afzeggen Whatsapp

11.42 site begrijpelijke taal

5.2 Behoeften

1.83 + 11.41 Behoeft concreter website

1.92 + 2.84 + 8.85 + 5.65 + 11.52 Geen behoefte videobellen

2.36 + 4.37 Geen online vragenlijst

2.61 + 4.58 + 6.37 Geen behoefte inzicht training

3.63 Bespreking mondeling i.v. p. dossier

2.100 Geen andere internet-technologieën

3.10 + 7.13 Geen behoefte online aanmelding

3.33 + 1.102 Geen behoefte aan internettechnologie

3.62 + 3.64 + 3.65 + 10.37 + 10.43 Behoeft mening fysio dossier

3.66 + 11.22 Dossier niet zelf aanvullen

3.69 Behoeft nalezen behandeling email

3.83 Behoeft aan informatiefilm

5.53 + 11.48 Geen online resultaten, info goed onthouden

5.60 Geen concrete website

6.30 + 7.32 Geen behoefte inzicht dossier

7.11 + 7.17 Fijn bevestiging aankomst aanmelding

7.35 + 11.25 Therapeut dossier aanpassen

7.36 Behoeft dossier inzien controleren info

8.97 Geen behoefte mobiele app

10.75 Geen behoefte hele dag berichten

10.78 Behoeft app ademhalingsoefeningen

5.3 Voorkeuren

1.26+ 1.32 + 1.68 + 1.91+ 3.45 + 3.46 + 8.86 + 7.68 Liever face-to-face communicatie

1.30 + 7.7 + 7.10 Voorkeur langs gaan

1.28 + 7.79 + 2.56 + 2.59 Praten i.p.v. online

1.79 + 11.36 + 11.38 Voorkeur informatie specialist

2.10 + 3.13 + 4.12 + 8.81 Telefonische aanmelden voorkeur

2.23 + 2.25 + 7.14 + 10.19 Voorkeur telefoon

2.72 + 5.28 Voorkeur evaluatie papier

2.74+ 3.68 + 5.17 + 10.51 Voorkeur mondelinge communicatie prettig

3.52 Voorkeur iemand aankijken

3.55 Mondeling bespreken i.p.v. vragenlijst

3.84 + 3.100 Voorkeur visuele uitleg

3.85 Papier voorkeur kort en bondige info

3.104 + 8.36 Voorkeur persoonlijk aanmelden

4.53 Voorkeur communicatie dossier email

4.73 + 8.79 Voorkeur mondelinge info

7.5 Korte afstand persoonlijk langs gaan

8.15 Voorkeur email, staat info vast

8.19 + 6.8 + 6.36 + 7.6 + 7.81 + 7.80 Voorkeur persoonlijk contact

8.66 + 7.26 Voorkeur papier vragenlijst

9.17 Procedure onduidelijk toch bellen

9.18 Telefonisch uitleg krijgen aanmelding

9.19 Eerste keer bellen, rest online

11.8 Voorkeur online aanmelden

6. Factoren die invloed hebben op het gebruik van internettechnologieën

6.1 Belemmerende factoren online

6.1.1 Angst/twijfels/ vertrouwen

1.17 Niet online boeken angst

1.35 + 1.37 + 2.21 + 7.15 + 7.19 Twijfels ontvangst informatie

1.18 + 3.31 + 3.32 + 10.73 Angst veiligheid internet

1.36 + 7.16 Verwachting bericht tijdig zien

1.56 + 2.52 Betrouwbaarheid dossier

3.98 Bang fouten maken computer

4.49 + 10.41 Vertekend beeld zelf aanvullen dossier

1.70 Op privacy gesteld

1.59 + 163 + 5.14 + 5.50 + 5.63 Vertrouwen fysiotherapeut

1.104 + 11.43 Twijfels betrouwbaarheid informatie internet

2.24 + 8.26 Zekerheid ontvangen

3.90 + 5.15 + 9.14 + 9.22 + 9.84 Bang fysio storen (video)bellen

9.16 Twijfels online aanmelden

5.36 + 5.43+ 5.38 + 5.46 Minder privacy online

5.37 Veiligheid online struikelblok

11.23 + 11.24 Rommelen dossier

10.63 Bekijkt betrouwbare sites

11.62 Geen apps, twijfels betrouwbaarheid

11.27 Toegang dossier beperken

6.1.2. Interpersoonlijk contact

1.23+ 1.27+ 5.12 + 10.11 + 11.9 Online onpersoonlijk

1.98 Toekomst steeds onpersoonlijker

2.78 + 9.32 Email persoonlijk (dan website)

3.48 + 3.51 Communicatie computer afstandelijk

3.93 + 11.54 Videobellen persoonlijk genoeg

8.20 Moderne media onpersoonlijk

8.21 Minder contact mensen online

6.1.3 overige belemmerende factoren

1.15 Buiten technologische ontwikkeling vallen

3.18 + 4.14 Telefonische sneller

2.39 + 3.50 Mondeling completer

2.96 + 7.65 Langs komen makkelijk

4.20 + 9.80 Geen emoties online

4.75 + 7.49 Risico mondeling: vragen vergeten stellen

2.88 + 4.71 + 10.61 + 10.62 + 11.40 Onjuiste interpretatie info

4.26 + 6.10 Computer niet aan, bellen sneller

1.95 + 1.96 Ongewenste reclame internetgebruik

3.13 Telefonische niets vergeten

1.29 Niet online, gevoelskwesie

2.11 Meer duidelijkheid telefonische

4.74 Mondeling info beter onthouden

4.78 + 6.59 + 8.88 + 9.78 + 10.53 Videobellen geen meerwaarde t.o.v. telefoon

3.14 Grammaticaal zwak, voorkeur computer

4.87 Digitaal niet altijd sneller

1.105 Geen normale communicatie

6.17 + 11.14 + 6.9 + 6.12 + 11.57 Nadeel online, wachten antwoord

6.46 + 6.47 + 9.48 Langzaam typen

6.50 Info via email uitprinten

7.28 Papier sneller invullen dan computer

8.30 Online aanmelden onvriendelijk ouderen mensen

8.32 Online aanmelden lastig dyslectisch

8.33 Buitenlanders of analfabeten moeite online invullen

9.85 + 10.52 Dingend bespreken niet online

9.86 Simpele dingen online

10.47 Fysio niet alleen verslaglegging

10.48 Bedreiging teveel verslaglegging

6.45 Mondeling makkelijker vragen stellen

6.2 Bevorderende factoren online

6.2.1 gebruiksgemak

2.18 Afhankelijk persoon opneemt

4.42 Typen duidelijker schrijven

2.38 + 11.20 Online vragenlijst makkelijker en sneller

4.25 + 10.19 + 10.21 Indien computer aanstaat sneller

3.91 Indien specifieke afspraken videobellen

2.16 + 5.14 Computer sneller

2.28 + 11.6 + 11.12 Volledig online aanmelden/ afmelden makkelijk

1.38 + 2.29 + 2.30 Online tijdstip onafhankelijk

2.17 + 9.15 Zelf beslissen computer

4.41 Liever online, slordig handschrift

4.21 Standaard situatie online aanmelden

2.22 + 4.24 Tijdsafhankelijk online afmelden

4.43 Online snel verzonden

5.16 Online aanmelden makkelijker therapeuten

4.18 Eenvoudiger zelf afspraak inplannen

5.19 + 10.13 Online afspraak inplannen makkelijker

6.11 + 7.66 Verre reistijd wel online

6.28 + 10.35 Vragenlijst online makkelijker versturen

6.29 Online gratis versturen

8.22 + 8.23 Email minder miscommunicatie

8.59 + 7.47 + 8.94 + 11.39 Computer sneller, makkelijker info verzamelen

9.23 + 9.24 + 10.18 Graag online afmelden/ makkelijker

9.37 Online antwoord makkelijker aanpassen

9.38 Online netter verbeteren dan papier

9.62 Online letter groter maken

11.56 Voordeel sneller, onafhankelijk

11.7 + 11.3+ 11.15 Online aanmelden/
afmelden sneller

6.2.2. online gegevens vastleggen

3.74 Computer informatie bewaren

3.19 + 8.93 + 8.95 Schriftelijk/ online staat
alles vast

3.20 Nalezen info online

4.86 + 7.39 Digitaal minder

8.22 + 8.23 Email minder miscommunicatie

6.2.3 Overige bevorderende factoren

6.27 Online vragenlijst onafhankelijk invullen

5.10 Online aanmelden telefoonkosten
besparen

7.64 Fijn beeld bij bellen

8.7 Miscommunicatie telefoon

8.57 + 5.58 + 10.72 Info zoeken internet
duidelijk

8.53 + 9.13 Alleen voordelen online

8.64 Tijdbesparing vragenlijst thuis invullen

9.40 + 10.33 Online papier besparen