

FONTYS HOGESCHOOL – STICHTING OOK

Succesfactoren bij de implementatie van eHealth bij ouderen(60+)

Inzichten vanuit de praktijk

Renata Dimitrov - 2377187

6-6-2017

Titel: Succesfactoren bij de implementatie van eHealth bij ouderen(60+)

Ondertitel: Inzichten vanuit de praktijk

's-Hertogenbosch

6 juni 2017

Renata Dimitrov - 2377187

Fontys Hogescholen Eindhoven

HRM & Psychologie

Begeleidend docent: Marjolein Peters

Eerste assessor: Jiske Nederstigt

Begeleiders namens opdrachtgever: Kirsten Raaijmakers en Rik van Bommel

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag over de implementatie van eHealth bij ouderen. Het onderwerp eHealth speelt al enige tijd in de gezondheidszorg. Als toekomstige toegepaste psycholoog zal dit zeker een rol gaan spelen in de wijze waarop personen begeleid en geholpen kunnen worden binnen een behandeling. Het onderzoek heeft mij meer inzicht gegeven in de toepassingen die al worden aangeboden en de mogelijkheden hiervan. Als toegepaste psycholoog kan ik niet alleen eHealth gebruiken in het begeleiden van personen, maar kan ik ook een rol spelen in het implementatietraject van eHealth. Dit is nog een punt dat mij duidelijk is geworden,

Ik wil graag mijn begeleiders van Stichting OOK, Rik van Bommel en Kirsten Raaijmakers, bedanken voor de kritische blik en de prettige begeleiding tijdens het onderzoeksproces. Ook mijn eerste assessor, Jiske Nederstigt heeft mij geholpen door snelle reacties en fijne feedback. Mijn begeleidend docent, Marjolein Peters wil ik bedanken voor de prettige feedback en mentale steun. Ten slotte wil ik het gehele team van Stichting OOK bedanken voor de bereidheid mij te ondersteunen in mijn onderzoek.

Ik wens u veel leesplezier!

Renata Dimitrov

1 mei 2017, 's-Hertogenbosch

Samenvatting

Inleiding

Het aantal ouderen blijft stijgen en er is sprake van een tekort aan zorgpersoneel dat in de toekomst zal verergeren. Deze toekomstige zorgen in de gezondheidszorg impliceren dat er een verandering nodig is om deze disbalans te minimaliseren. eHealth kan een mogelijke oplossing zijn doordat het het zelfmanagement van patiënten kan vergroten, de zorg toegankelijker kan maken en het tekort aan zorgpersoneel beperken. Dit enkel wanneer eHealth goed wordt geïmplementeerd. Hier blijkt het in de praktijk vaak fout te gaan. Dit onderzoek heeft zich bezig gehouden met de succesfactoren bij de implementatie van eHealth bij ouderen.

Methode

Er is sprake geweest van een kwalitatief onderzoek naar succesfactoren bij de implementatie van eHealth bij ouderen. Hiervoor hebben er tien interviews plaatsgevonden, waaronder bij vier zorginstellingen, vier leveranciers, één persoon waarbij het ging om een promotietraject omtrent een eHealth toepassing voor personen met kanker en een adviesbureau voor implementatie.

Resultaten

Uit het veldonderzoek zijn verschillende factoren naar voren gekomen die van invloed zijn op de implementatie van eHealth bij ouderen. Zo blijken angsten en zorgen bij zowel zorgverlener als oudere gebruiker omtrent de inzet of gebruik van de toepassing een negatieve invloed te hebben op het gebruik. Het vrijblijvend kunnen ervaren van de toepassing en het verwachten of ervaren van meerwaarde blijkt een positieve invloed te hebben. Ook ondersteuning bij het gebruik van de toepassing voor zowel zorgverlener als oudere gebruiker blijkt een positieve invloed hebben. Het betrekken van het zorgpersoneel en oudere gebruikers bij de ontwikkeling, testen en evalueren van de toepassing blijkt daarnaast ook voor een succesvol(lere) implementatie te zorgen. De visie en sturing vanuit een organisatie op de inzet en het gebruik van eHealth toepassingen heeft ook een positieve invloed op de implementatie. De sociale omgeving, zorgverleners, kinderen en mantelzorgers/buren, bleek zowel een positieve als negatieve invloed te kunnen hebben op het gebruik van eHealth. Voornamelijk de aannames van zorgverleners met betrekking tot de oudere doelgroep hadden een negatieve invloed. Uit het veldonderzoek is naar voren gekomen dat leeftijd geen bepalende factor is voor het gebruik van eHealth.

Conclusie

De zorgverlener blijkt een cruciale factor te zijn bij de implementatie van eHealth toepassingen bij ouderen. Zorgverleners zijn de personen die de eHealth toepassingen aanbieden. Vaak wordt de toepassing niet aangeboden aan de oudere doelgroep, door de aannames die de zorgverlener heeft. Ook de angsten en verwachte moeilijkheden omtrent de inzet en het gebruik van de toepassing zorgen ervoor dat ouderen de mogelijkheid niet krijgen om de toepassing te gaan gebruiken. De belemmeringen vanuit de doelgroep kunnen door de zorgverlener aangepakt worden. Het is dus van belang om bij een implementatie van eHealth voldoende aandacht te schenken aan de zorgverlener.

Inhoud

Voorwoord.....	3
Samenvatting	4
1. Inleiding	7
2. Theoretisch kader	10
2.1. Deelvraag 1	10
2.2. Deelvraag 2	15
3. Methode	18
3.1. Deelnemers.	18
3.2. Procedure.....	19
3.3. Meetinstrumenten	20
3.4. Analyse	20
4. Resultaten.....	21
4.1. Sociale invloed	21
4.1.1. Zorgverlener	21
4.1.2. Kinderen.....	22
4.1.3. Overige.....	22
4.2. Ervaring	22
4.3. Moeilijkheden/belemmeringen.....	23
4.3.1. Onbekendheid	23
4.3.2. Moeilijkheidsgraad.....	23
4.3.3. Privacy.....	24
4.3.4. Kosten.....	24
4.3.5. Gewenning.....	24
4.3.6. Baan.....	24
4.4. Visie	25
4.4.1. Integratie/ standaardisatie	25
4.4.2. Sturing	25
4.4.3. Ambassadeur	26
4.5. Betrokkenheid	26
4.5.1. Inventarisatie	26
4.5.2. Afstemming.....	27
4.6. Meerwaarde.....	27
4.7. Ondersteuning.....	28

4.7.1.	Kennis.....	28
4.7.2.	Vaardigheden	28
4.7.3.	Faciliteren hardware.....	28
4.8.	Overige.....	28
5.	Discussie.....	30
5.1.	Conclusie	30
5.2.	Discussie.....	32
6.	Literatuurlijst	35
7.	Bijlagen.....	38
7.1.	Bijlage 1. Brief werving respondenten.....	38
7.2.	Bijlage 2. Topiclijst.....	39
7.3.	Bijlage 3. Ethische verantwoording.....	41
7.4.	Bijlage 4. Analyseplan.....	42
7.5.	Bijlage 5. Voorbeeld codering.....	43
7.6.	Bijlage 6. Codeboom.....	49
7.7.	Bijlage 7. Mindmap	50

1. Inleiding

De afgelopen jaren hebben zich ontwikkelingen voorgedaan die van invloed zijn op de zorgsector. Er is naar voren gekomen dat het aantal zorgbehoevende personen blijft stijgen en dat hier in de toekomst geen verandering in wordt verwacht (Peeters, Wiegers, de Bie & Friele, 2013). Een verklaring hiervoor is de dubbele vergrijzing. Dit houdt een toename van zowel 65-plussers als 80-plusser in (Peeters, Wiegers, de Bie & Friele, 2013). Door deze vergrijzing voorspelt de Boer (2007) dat de zorgvraag zal stijgen. Het IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland) (2017) vermoedt dat het aantal nieuwe kankerpatiënten door de vergrijzing zal stijgen. 45% van de nieuwe kankerpatiënten in 2015 was tussen de 60 en 70 jaar oud. De incidentie nieuwe patiënten met kanker met een leeftijd van 70 jaar of ouder, was in datzelfde jaar 30%. Kanker is dus een ziekte die voornamelijk de oudere bevolkingsgroep treft. Naast de verwachting dat de zorgvraag zal stijgen, wordt er een tekortkoming aan zorgpersoneel verwacht door een verschil in de in- en uitstroom van medewerkers in de zorg. Dit verschil houdt in dat de toename van jong zorgpersoneel kleiner is dan de uitstroom van oudere zorgprofessionals (Peeters, Wiegers, de Bie & Friele, 2013). De zorg dreigt de toenemende zorgvraag niet op te kunnen vangen. Door deze ontwikkelingen is het onontkoombaar dat er iets moet gaan veranderen.

Technologische ontwikkelingen, waaronder eHealth, kunnen een oplossing bieden voor de onevenwichtigheid in zorgvraag en zorgaanbod. Er bestaan verschillende definities van eHealth. In een onderzoek van de Raad van Gezondheid en Zorg is eHealth gedefinieerd als 'het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren' (van Rijen, de Lint & Ottes, 2002, p. 10-11). Deze definitie wordt gebruikt, omdat dit de algemeen geaccepteerde definitie is volgens de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2015). Tijdens dit onderzoek wordt deze definitie gehanteerd. Van der Geeft, Boudeling en Janssen (2013) hebben onderzoek gedaan naar eHealth en de effecten hiervan. Uit het onderzoek is onder andere gebleken dat eHealth de zorg toegankelijker kan maken, het zelfmanagement van patiënten kan verhogen en het tekort aan zorgpersoneel kan beperken, mits het goed wordt geïmplementeerd. De zorg kan toegankelijker worden doordat er gemakkelijker en anoniem contact opgenomen kan worden met zorgverleners en hierdoor mogelijke drempels vervagen. Tevens kan eHealth het tekort aan zorgpersoneel beperken doordat er door eHealth een minder groot beroep gedaan kan worden op zorgprofessionals, waardoor er minder zorgprofessionals nodig zijn (Van der Geeft, Boudeling & Janssen, 2013). Het aantal fysieke contactmomenten kan afnemen doordat zelfmanagement belangrijker wordt (Gerards, 2010). Omdat patiënten zelf taken krijgen, zoals bijvoorbeeld het bewaken van de ernst van klachten, kan het zelfmanagement van patiënten stijgen (Van der Geeft, Boudeling & Janssen, 2013).

Uit onderzoek blijkt dat ex-kankerpatiënten behoefte hebben aan meer ondersteunende zorg na de behandeling. Hierbij ging het voornamelijk om psychosociale problemen of problemen met betrekking tot seksualiteit waar zij mee kampten (Lubberding et al., 2015). Deelnemers van het onderzoek gaven

aan dat de verwijzingen naar ondersteunende zorg niet verder strekten dan het protocol van het ziekenhuis aangaf, waaronder fysiotherapie, psychologische behandeling, ergotherapie, pijnklinieken en mondhygiënist (Lubberding et al., 2015). Stichting OOK, Optimale Ondersteuning bij Kanker, is een stichting die zich als doel heeft gesteld om ervoor te zorgen dat alle patiënten met kanker en diens naasten, op het juiste moment de juiste niet-medische ondersteuning ontvangen. Hierbij gaat het om ondersteuning bij emoties, vermoeidheid, relaties, seksualiteit, werk, gezin, dagelijkse bezigheden en de gevolgen van kanker. Stichting OOK wil dit via drie paden bereiken, namelijk door het bieden van: ondersteuningsconsulenten in ziekenhuizen, steunpunten en digitale tools. De drie onderdelen tezamen zullen Stichting OOK helpen om hun missie te bereiken. De ondersteuningsconsulent is een vast aanspreekpunt die patiënten en naasten tijdig handvatten kan bieden in de vorm van onder andere informatie, ondersteuning of zelfmanagementtools. Daarnaast kan de ondersteuningsconsulent de patiënt verwijzen naar nazorg indien dit nodig is. De tools, de OOK Wijzer en OOK Contact, zijn digitale handvaten voor de patiënten, maar ook voor hun naasten. De OOK Wijzer is een tool die patiënten of naasten kan verwijzen naar zorgprofessionals in de buurt, op basis van de ervaren klachten. Daarnaast is Stichting OOK bezig met de implementatie van OOK Contact. Deze digitale tool is een aanvulling op de gesprekken die patiënten of naasten kunnen voeren met de ondersteuningsconsulent. Patiënten kunnen via de tool berichten sturen naar of videobellen met de ondersteuningsconsulent indien zij ergens tegenaan lopen. Ook zijn er modules beschikbaar waar de cliënt zelfstandig aan kan werken zoals mindfulness en intimiteit. De steunpunten dienen als fysieke punten waar patiënten terecht kunnen met hun vragen over ondersteunende zorg.

Stichting OOK ziet eHealth als een mogelijkheid tot het effectief en efficiënt inrichten van het proces van niet-medische ondersteuning. Dit wordt mede mogelijk gemaakt door de optie van OOK Contact om digitaal contact te hebben met de ondersteuningsconsulent en het kunnen voorbereiden van de gesprekken met de ondersteuningsconsulent. Daarnaast wordt OOK Contact gezien als een gemakkelijke en toegankelijke manier om contact op te nemen met een aanspreekpunt omtrent ondersteunende zorg. Tevens biedt de online bibliotheek van Stichting OOK een overzicht van instrumenten, informatie en ondersteuningsmogelijkheden. OOK Contact is een zelfmanagementtool die de regie en verantwoordelijkheid van de patiënt en naaste in stand houdt.

Vanaf het jaar 2013 is er jaarlijks een eHealth monitor gepubliceerd die inzicht biedt in de eHealth-toepassingen en de beschikbaarheid hiervan. Factoren die het gebruik of de implementatie van eHealth stimuleren of juist aandachtspunten die meegenomen dienen te worden, worden ook benoemd in de monitor (Krijgsman et al., 2013). In de eHealth monitor van 2014 gaven ouderen (hier gedefinieerd als 65+) minder vaak dan jongeren aan gebruik te maken van internet om onder andere informatie over voeding en bewegen te zoeken of om af te wegen of zij met een bepaalde klacht naar de arts gaan (Krijgsman et al., 2014). In het onderzoek van Peeters, Wiegers, de Bie & Friele (2013) kwam naar voren dat ouderen (hier gedefinieerd als 60+) een minder positieve attitude ten opzichte van het toepassen van technologie in de zorg te hebben dan personen jonger dan 60 jaar.

Het succesvol implementeren van OOK Contact is een doel dat Stichting OOK zich heeft gesteld. Een onderzoek naar de manieren waarop eHealth geïmplementeerd kan worden, kan de implementatie van OOK Contact succesvol(ler) maken. Huidig onderzoek richt zich op de doelgroep ouderen, die wordt gedefinieerd als 60+. Ten eerste is er voor deze doelgroep gekozen, omdat deze groep het vaakst wordt gediagnosticeerd met kanker. Daarnaast maken zij minder gebruik van internettechnologieën voor hun gezondheid en hebben zij een minder positieve attitude ten opzichte van het gebruik hiervan. Hierdoor is het van belang om na te gaan hoe de implementatie bij deze doelgroep verloopt en hoe deze verbeterd kan worden. Stichting OOK wil graag weten hoe zij de tool OOK Contact succesvol kunnen implementeren bij gesprekken van de ondersteuningsconsulent met oudere patiënten met kanker, wanneer de gesprekken een vast onderdeel zijn van de zorgprocessen omtrent kanker in het ziekenhuis.

Tijdens dit onderzoek zal er na worden gegaan naar de wensen en behoeften van oudere patiënten met kanker indien er wordt gekeken naar eHealth en hoe er in de praktijk met deze wensen en behoeften wordt omgegaan. Het onderzoek kan op deze manier inzicht bieden in behoeften en wensen van patiënten op het gebied van eHealth die op dit moment nog on vervuld zijn. Dit kan waardevolle inzichten opleveren die meegenomen kunnen worden bij de implementatie van OOK Contact bij oudere patiënten met kanker. Aan de hand hiervan is de onderstaande onderzoeksvraag geformuleerd, die met een veldonderzoek wordt beantwoord:

“Welke factoren bepalen het succes van een implementatie van eHealth bij ouderen?”

De onderstaande deelvragen zullen beantwoord worden op basis van literatuur. Zij dragen bij aan de beantwoording van de hoofdvraag.

- *“Welke belemmerende en bevorderende factoren zijn er in de literatuur bekend bij (oudere) patiëntengroepen indien er wordt gekeken naar de acceptatie en het gebruik van eHealth of technologie?”*
- *“Welke factoren komen uit de literatuur naar voren die van belang zijn bij de implementatie van eHealth in de zorgsector en hoe zijn deze te beïnvloeden?”*

Na deze inleiding volgt in hoofdstuk 2 het theoretisch kader waarin de bevindingen van het literatuuronderzoek beschreven staan die gericht zijn op deelvragen. Hierna wordt de manier waarop het onderzoek is uitgevoerd beschreven. In het vierde hoofdstuk worden de resultaten van het veldonderzoek weergegeven, waarna er in hoofdstuk vijf wordt ingegaan op de conclusie en discussie. Hier worden belangrijke consequenties voor het advies voor de opdrachtgever genoemd. Ook worden er in dit hoofdstuk aanbevelingen voor de opdrachtgever gegeven.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden relevante literatuurbevindingen besproken die betrekking hebben op de onderzoeksvraag. In deze paragraaf wordt er gekeken naar de factoren die in de literatuur bekend zijn die belemmerend of bevorderend werken indien er wordt gekeken naar het gebruik en de acceptatie van eHealth bij oudere personen.

2.1. Deelvraag 1

‘Welke belemmerende en bevorderende factoren zijn er in de literatuur bekend bij (oudere) patiëntengroepen als er wordt gekeken naar de acceptatie en het gebruik van eHealth of technologie?’

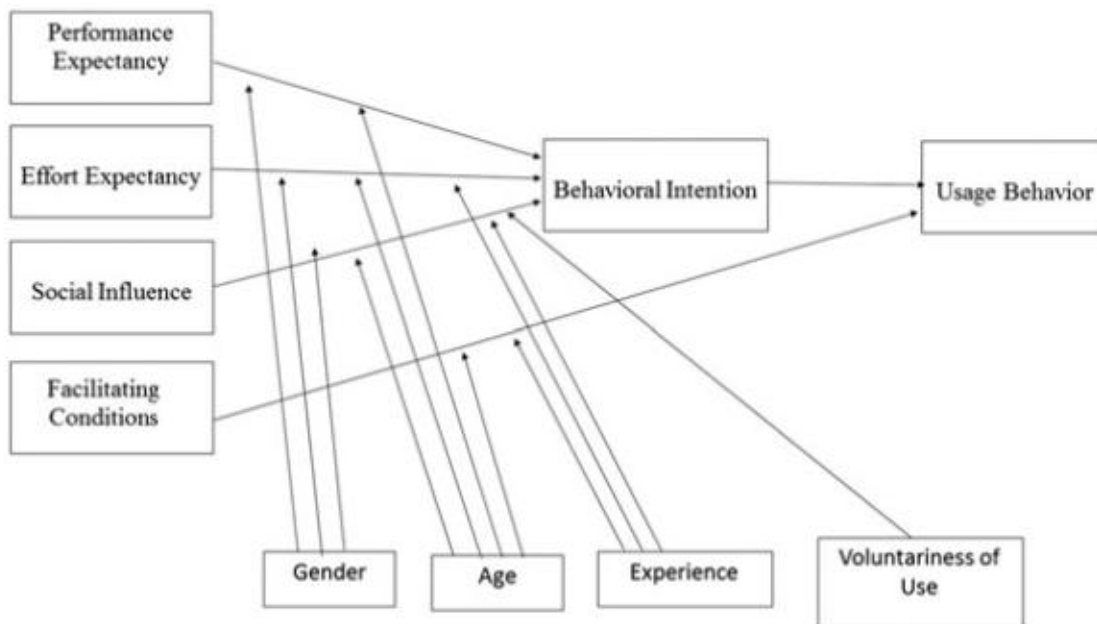
Uit onderzoek blijkt dat 94% van de Nederlanders toegang heeft tot het internet (Krijgsman et al., 2013). Het internet wordt door 66% gebruikt als bron van informatie over bijvoorbeeld een ziekte of behandeling (Krijgsman et al., 2013). Echter komt het gebruik van zelfmanagementtools maar bij een zeer gering percentage van de Nederlanders voor, namelijk 4% voor het bijhouden van een medisch dossier en 6% voor het invullen van een zelftest (Krijgsman et al., 2013). Inzicht verkrijgen in de factoren die de acceptatie en het gebruik van technologie, waaronder eHealth toepassingen, beïnvloeden, zijn van grote waarde voor het begrijpen en vergroten van de acceptatie en het gebruik bij eindgebruikers. Modellen die deze factoren en mogelijke verbanden tussen factoren in beeld brengen, zijn het Technology Acceptance Model (TAM) van Davis (1989) en het Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT) van Venkatesh, Morris, Davis en Davis (2003).

Modellen

Het TAM model is afgeleid van de Theory of Planned Behavior (TPB) van Azjen (1991) en stelt dat er twee variabelen zijn die de attitude, oftewel de houding, ten opzichte van het gebruik van technologie beïnvloeden. De attitude heeft op zijn beurt invloed op de intentie om het gedrag, in dit geval het gebruik van technologie, te vertonen (Davis, 1989). De twee variabelen die attitude beïnvloeden, zijn het waargenomen gemak van het gebruik van de toepassing en de waargenomen bruikbaarheid hiervan. De waargenomen bruikbaarheid wordt gedefinieerd als de mate waarin de gebruiker voordelen ziet in het gebruik van de technologie (Davis, 1989). Het waargenomen gemak van het gebruik van de technologie wordt gedefinieerd als de mate waarin een persoon gelooft dat de technologie vrij van inspanning is (Davis, 1989). Onderzoek door King en He (2006) wijst uit dat deze factoren tot 40% van de intentie voor het gebruik van technologie kunnen verklaren. Hoewel het model van Davis (1989) al langere tijd bestaat, wordt het model nog steeds gebruikt voor verschillende onderzoeken binnen de gezondheidszorg (Aggelidis & Chatzoglou, 2009; Kowitlawakul, 2011).

Venkatesh et al. (2003) hebben op basis van verschillende technologie acceptatie modellen het UTAUT model opgesteld. Verschillende modellen, waaronder het TPB en TAM model zijn hierin

verwerkt. Het model bevat vier factoren die invloed hebben op de intentie om technologie te gaan gebruiken of het gebruik van de technologie, zie figuur 1.



Figuur 1 : UTAUT Model (Venkatesh et al., 2003).

Deze factoren zijn de verwachting van de prestaties (performance expectancy), de verwachting van de te leveren inspanning (effort expectancy), sociale invloeden (social influence) en het vergemakkelijken van de omstandigheden om de technologie te gaan gebruiken (facilitating conditions). De eerste factor, verwachting van de prestaties, verwijst naar de voordelen en het nut dat het individu ervaart bij het gebruiken van de technologie of de toepassing. De verwachting van de te leveren inspanning verwijst naar de mate waarin het individu gelooft dat er weinig inspanning geleverd dient te worden voor het gebruik van de toepassing of de technologie. Deze definities zijn afgeleid van het TAM van Davis (1989). De derde factor, sociale invloeden, wordt gezien als de mate waarin een individu denkt dat zijn of haar sociale omgeving de technologie aanraadt (Venkatesh et al., 2003). De laatste factor is het vergemakkelijken van de omstandigheden om de technologie te gaan gebruiken; hiermee wordt verwezen naar de mate waarin een individu gelooft dat er vanuit de organisatie hulp wordt geboden om de technologie te gebruiken (Venkatesh et al., 2003). Naast deze factoren hebben Venkatesh et al. (2003) nog vier additionele factoren opgenomen, zogenoemde moderators. Deze kunnen de effecten van de verschillende factoren op de intentie om of het uitvoeren van het gedrag versterken of verzwakken. Zo geven zij aan dat leeftijd invloed heeft op het effect van onder andere sociale invloed. Er blijkt uit dit onderzoek dat het effect van de sociale invloeden op de intentie om technologie te gaan gebruiken, voor oudere personen sterker is dan voor jongere personen (Venkatesh et al., 2003). Andere moderator factoren zijn geslacht, ervaring met het gebruik van technologie en of een individu de technologie vrijwillig gebruikt (Venkatesh et al., 2003). Door het uitbreiden van de belangrijke factoren die de intentie beïnvloeden en het toevoegen van moderators,

voorspelt het UTAUT tot 70% van de intentie om technologie te gebruiken (Venkatesh et al., 2003). Dit model geeft belangrijke factoren weer die van invloed kunnen zijn voor de acceptatie en het gebruik van technologie bij ouderen. Het biedt handvatten waar naar gekeken kan worden om het gebruik van de technologie te vergroten en de acceptatie te verhogen. Ook het UTAUT model wordt nog in hedendaags onderzoek gebruikt (Heart & Kalderon, 2011).

Bevorderende en belemmerende factoren

Bevorderende factoren zijn in dit onderzoek gedefinieerd als factoren die de intentie voor het gebruik van technologie en het daadwerkelijk gebruik hiervan, positief beïnvloeden. Een factor die negatieve invloed heeft op de intentie en het gebruik van technologie wordt hier aangeduid als een belemmerende factor of een barrière.

Demografische factoren

Zettel-Watson en Tsukerman (2016) hebben onderzoek gedaan naar het gebruik van online gezondheidsmanagementtools bij ouderen. Zij stelden in hun onderzoek vast dat gebruikers van online gezondheidsmanagementtools vaker vrouwelijk en jong zijn. Op basis van een vragenlijst hebben de respondenten een inschatting gemaakt van hun gezondheid. Gebruikers van de online tools beschikten over een betere gezondheid dan niet gebruikers (Zettel-Watson & Tsukerman, 2016). Uit onderzoek van Or en Karsh (2009) bleek geslacht echter weinig effect te hebben op de intentie om technologie te gebruiken. Heart en Kalderon (2013) kwamen tot dezelfde conclusie. Daarentegen bleek het opleidingsniveau wel een positieve invloed te hebben op de acceptatie van technologie (Heart & kalderon, 2013; Or & Karsh, 2009). Dat wil zeggen dat personen met een hogere opleiding een hogere mate van acceptatie weergeven. Ouderen met een hogere opleiding zullen technologie dus meer accepteren en meer gebruiken dan ouderen met een lage opleiding.

Heart en Kalderon (2011) hebben onderzocht of ouderen er klaar voor zijn om gezondheidsgelateerde ICT te accepteren en te gebruiken. Uit hun onderzoek komt naar voren dat leeftijd een negatief effect heeft op het gebruik van technologie. Dit verklaren zij door middel van leeftijdsgelateerde veranderingen, zoals het verminderen van de zintuiglijke en cognitieve capaciteiten (Heart & Kalderon, 2011). Ook geven zij aan dat leeftijd invloed heeft op de benodigde technische ondersteuning (Heart & Kalderon, 2011). Echter stellen zij dat leeftijd in de toekomst een geringer effect zal hebben op de intentie en het daadwerkelijk gebruiken van technologie. Dit komt doordat de toekomstige generatie ouderen meer kennis en vaardigheden heeft verworven op het gebied van ICT (Heart & Kalderon, 2011). Het onderzoek van Chen en Chan (2011) ondersteunt het belang van leeftijdsgelateerde veranderingen. Zij geven aan dat deze belangrijke veranderingen over het hoofd worden gezien. Er dient bij de ontwikkeling van technologie en toepassingen voor ouderen, aandacht te worden besteed aan de verschillende beperkingen die een barrière kunnen vormen. Zo blijkt dat ouderen moeite ervaren met het lezen van online teksten doordat er weinig rekening gehouden wordt met de lettergrootte (Bolle et al., 2016). Door cognitieve achteruitgang waarderen zij de aanvulling van een video op tekstuele uitleg (Bolle et al., 2016).

Meerwaarde en noodzaak

Het ervaren van voordelen van een toepassing blijkt een belangrijke factor te zijn voor ouderen (Heart

& Kalderon, 2013; Peek et al., 2014; Zettel-Watson & Tsukerman, 2016). Ouderen die gebruik maken van online gezondheidsmanagementtools geven aan dat het gebruik hen een gevoel van controle over de eigen gezondheid geeft en dat deze tools tijdbesparend werken (Zettel-Watson & Tsukerman, 2016). Daarnaast geven niet-gebruikers aan dat zij niet op de hoogte zijn van de voordelen die het gebruik met zich mee kan brengen (Zettel-Watson & Tsukerman, (2016). Peeters, Wieggers, de Bie en Friele (2013) vermoeden dat dit ook een verklaring is voor het niet gebruiken van technologie voor de gezondheid. Heart en Kalderon (2013) concludeerden zelfs dat moderne technologie tot zekere hoogte is geaccepteerd en geïntegreerd bij ouderen, maar dat zij selectief technologie accepteren. De selectie vindt plaats op basis van de voordelen van de technologie. Uit onderzoek onder Nederlanders kwam naar voren dat voornamelijk het directe gemak werd geapprecieerd in tegenstelling tot toepassingen waar inspanning voor gedaan dienden te worden (Krijgsman et al., 2014). Het ervaren van voordelen van een toepassing blijkt een belangrijke factor te zijn voor ouderen (Heart & Kalderon, 2013; Peek et al., 2014; Zettel-Watson & Tsukerman, 2016).

Het ervaren van de noodzaak om de technologie of toepassing te gaan gebruiken werd ook vaker benoemd als factor die de intentie en het gebruik positief beïnvloed (Peek et al., 2014; Zettel-Watson & Tsukerman, 2016). Zo gaven oudere gebruikers van online tools in het onderzoek van Zettel-Watson en Tsukerman (2016) aan dat zij zouden stoppen met het gebruik van de tool wanneer zij de noodzaak er niet (meer) van in zouden zien. Ook werd het ontbreken van de noodzaak door niet-gebruikers aangegeven als reden om de toepassing niet te gebruiken. Dit wordt onderstreept door verschillende onderzoeken (Heart & Kalderon, 2013; Young, Wilis, Cameron & Geana, 2014; Peek et al., 2014). Ouderen dienen de noodzaak te zien voor het gebruik van technologie, om de acceptatie en het gebruik te verhogen.

Sociale invloed

Indien er naar sociale invloeden wordt gekeken, kan dit zowel een positief als negatief effect zijn, afhankelijk van de houding en/of ervaring van de omgeving (Peek et al., 2014). Veel personen aan dat zij de arts als een belangrijk persoon achten in het beslissingsproces voor het gebruik van een online tool (Zettel-Watson & Tsukerman, 2016). Familie en vrienden zijn ook belangrijke personen die het gebruik van technologie kunnen beïnvloeden. Hulp van vrienden of familie bij zelfstandig wonende ouderen kan gebruikt worden als een alternatief voor het gebruik van technologie, aangezien de noodzaak voor het gebruik van technologie wordt verminderd (Peek et al., 2014). Hieruit blijkt dat de omgeving meegenomen dient te worden bij het gebruik van technologie, aangezien de sociale contacten invloed uit kunnen oefenen op de acceptatie en het gebruik.

Financiële aspecten

Ook de prijs blijkt een kritische rol te spelen in de acceptatie en het gebruik van eHealth (Chen & Chan, 2011). Echter is de prijs niet meegenomen in het TAM model of het UTAUT model. Het onderzoek van Peek et al. (2014) ondersteunt de negatieve invloed van kosten, doordat er grote bezwaren vanuit ouderen worden uitgesproken vanwege kosten van de technologie. Er dient over mogelijke beperkingen of moeilijkheden vanuit ouderen gedacht te worden wanneer er een toepassing wordt ontwikkeld. Hierdoor worden mogelijke barrières vooraf al weggenomen.

Zorgen en ervaren belemmeringen

Een grote zorg van ouderen is de veiligheid van gegevens en de privacy (Zettel-Watson & Tsukerman, 2016; Young et al., 2014; Peek et al., 2014; Heart & Kalderon, 2013; Krijgsman et al., 2015). Zo gaf een respondent aan bang te zijn dat informatie naar zorgverzekeraars zou worden gelekt en dit een hogere premie zou betekenen (Young et al., 2014). Daarnaast gaven respondenten in het onderzoek van Zettel-Watson en Tsukerman (2016) aan dat zij niet wisten hoe zij met de technologie om moesten gaan, of het te moeilijk vonden om mee te werken. Young et al. (2014) vonden daarentegen dat lage acceptatie van elektronische patiëntendossiers weinig te maken had met een gebrek aan vaardigheden. Czaja et al. (2006) gaven aan dat ouderen een lagere eigen effectiviteit ten opzichte van computervaardigheden hebben dan jongeren. Desalniettemin gaven de ouderen wel aan dat zij zich graag zouden willen ontwikkelen op het technologische vlak, mits er sprake was van goede begeleiding.

Ondersteuning en onbekendheid

Het niet ervaren of niet tot de beschikking hebben van ondersteuning bij de technologie, vormt een barrière voor de intentie en het uiteindelijke gebruik van de elektronische toepassingen (Heart & Kalderon, 2011). Ondersteuning zoals de hulp van familie voor een zelfstandig wonende oudere, kan echter juist een negatief effect hebben op de acceptatie en het gebruik van technologie (Peek et al., 2014). Dit komt doordat zij de noodzaak wegnemen voor het gebruik van technologie. Het gebrek aan aanbod en de onwetendheid over de beschikbaarheid van de tool wordt echter vaker benoemd wordt als reden om online gezondheidsmanagement tools niet te gaan gebruiken (Zettel-Watson & Tsukerman, 2016). Ook in het onderzoek onder Nederlanders kwam naar voren dat zorggebruikers slecht op de hoogte zijn van toepassingen die zij kunnen gebruiken voor hun gezondheid (Krijgsman et al., 2013). Peeters, Wiegers, de Bie en Friele (2013) gaven aan dat onbekendheid een mogelijke verklaring kan zijn van het niet gebruiken van technologie. Maar ook de randvoorwaarden, zoals het gebruik van internet spelen een belangrijke rol. Het is van belang dat ouderen over de randvoorwaarden beschikken om gebruik te kunnen maken van technologie voor hun gezondheid. Indien aan deze randvoorwaarden is voldaan, dient er aandacht besteed te worden aan de bekendheid van de aangeboden toepassingen. Young et al. (2014) vonden echter dat gebrek aan interesse en toegang tot technologie, zoals internet, weinig invloed hadden op het gebruik van persoonlijke gezondheidsdossiers.

Aansluiting bij doelgroep

De aansluiting bij de doelgroep en diens imago bleek ook een belangrijke factor te zijn die vaak niet wordt meegenomen (Young et al. 2014; Peek et al. 2014). Zo wordt er in het onderzoek van Peek et al. (2014) aangegeven dat ouderen zich kwetsbaar voelen wanneer zij technologie dragen die gericht is op fragiele ouderen. Dit ervaren zij als onprettig en maken daardoor geen gebruik van de desbetreffende technologie. Het is dus van belang om rekening te houden met het gegeven dat ouderen bepaalde opvattingen hebben over het gebruik van technologie.

Factoren voor en na invoering

Peek et al. (2014) stellen dat er onderscheid bestaat tussen de factoren die de intentie en het gebruik

van technologie beïnvloeden in de fase voordat de toepassing of technologie wordt ingevoerd en erna. De factoren die voor de invoer van de toepassing of technologie volgens Peek et al. (2014) van invloed zijn, zijn de alternatieven, de ervaren noodzaak, sociale invloed, privacyzorgen, de verwachte voordelen en de opvattingen van de doelgroep. In de fase na de invoering blijken de voordelen van de toepassing, de privacyzorgen omtrent de toepassing en de ervaring met de technologie van groot belang. Daarnaast speelt de tevredenheid een belangrijke rol (Peek et al., 2014). Hier dient rekening mee gehouden te worden tijdens het implementatieproces.

Deze deelvraag biedt inzicht in verschillende factoren die invloed hebben op de intentie en het gebruik van gezondheidstechnologie door ouderen. Deze factoren bieden handvatten waar tijdens de interviews naar gekeken kan worden. Er kan geïnventariseerd worden of en op welke manier deze factoren een rol spelen bij het gebruik van eHealth toepassingen door ouderen.

2.2. Deelvraag 2

Welke factoren zijn van belang bij de implementatie van eHealth in de zorgsector en hoe zijn deze te beïnvloeden?

In de vorige deelvraag is besproken welke factoren en bevindingen er in de literatuur naar voren zijn gekomen omtrent ouderen en factoren die het gebruik van eHealth beïnvloeden. Bij deze deelvraag wordt de nadruk gelegd op de implementatie binnen een (zorg)instelling en de factoren die hier belemmerend of bevorderend werken.

Naast het ervaren van voordelen van de technologie of toepassing door de eindgebruikers spelen er meerdere factoren een rol bij de implementatie. In de eHealth monitor van 2016 wordt er aangegeven dat er meer aandacht besteed dient te worden aan de maatschappelijke vernieuwing die ontstaat door de invoering van techniek, oftewel eHealth (Krijgsman et al., 2016).

Faber, van Geenhuizen en de Reuver (2017) hebben onderzoek gedaan naar de acceptatie en toepassing van eHealth in Nederlandse ziekenhuizen. Zij hebben op basis van Rogers (1995) en Robert et al. (2009) verschillende fasen van adoptie en gebruik van technologie samengesteld. De eerste fase, bewustzijn, houdt in dat de organisatie zich bewust is van, in dit geval, eHealth. Hierna volgt de fase van interesse. In deze fase is de organisatie geïnteresseerd en wil het graag leren over de eHealth toepassing. De fase van voorgenomen evaluatie is de derde fase. Er wordt een pilot uitgevoerd waarna de toepassing en het gebruik van deze toepassing wordt geëvalueerd en er wordt geïnventariseerd waar mogelijke moeilijkheden voor de implementatie liggen. Na deze fase volgt de adoptie. De organisatie neemt het besluit om middelen in te zetten voor de implementatie van de toepassing. Hierna volgt de adoptie (implementatie)fase. De toepassing is op dat moment ontwikkeld en kan gebruikt worden in de organisatie. Hierna volgt de acceptatiefase; dit houdt in dat de toepassing volledig is geïntegreerd in het werkproces en dat het personeel de innovatie gebruikt. De

voorlaatste fase is de fase waarin er sprake is van routine. Het gebruik van de toepassing wordt gezien als onderdeel van het normale proces. De laatste fase is de fase van het volledige gebruik. De toepassing wordt dan in zijn volle potentie gebruikt. Uit het onderzoek naar de eHealth adoptie en toepassing in Nederlandse ziekenhuizen, concludeerden Faber, van Geenhuizen en de Reuver (2017) dat vele ziekenhuizen na de interessefase niet verder gaan in het proces van adoptie. Inzicht verkrijgen in de factoren die invloed hebben op de implementatie van eHealth toepassingen bij organisaties, kan ervoor zorgen dat de tool OOK Contact succesvol wordt geïmplementeerd.

Organisatorische factoren spelen een belangrijke rol bij de implementatie van eHealth in ziekenhuizen. Faber, van Geenhuizen en de Reuver (2017) hebben onderzoek gedaan naar vijf factoren binnen een organisatie met betrekking tot de adoptie van eHealth. De grootte van het ziekenhuis blijkt een positieve invloed te hebben op de acceptatie en het gebruik van eHealth (Faber, van Geenhuizen & de Reuver, 2017). Marques, Oliveira, Dias en Martins (2011) vinden echter een tegengesteld resultaat. De mogelijke verklaring die zij hiervoor geven is dat er goede samenwerking en coördinatie noodzakelijk is, en dat dit gemakkelijker te bereiken is binnen een kleinere organisatie. Aan de andere kant wordt er vanuit gegaan dat grotere organisaties grotere hulpbronnen bezitten zoals financiële middelen en personeel, waardoor zij meer investeren in de acceptatie en het gebruik van een technologie (Premkumar, 2003). In Nederland zijn er ook ziekenhuizen die verschillen in grootte, waardoor er mogelijk rekening gehouden kan worden met diens hulpmiddelen. Naast de grootte van het ziekenhuis blijkt de ondersteuning vanuit het management ook een belangrijke rol te spelen. De ondersteuning wordt gedefinieerd als de mate waarin het management hulpmiddelen biedt en betrokkenheid toont bij de adoptie van eHealth in de organisatie (Prekumar, 2003). Het management kan ervoor zorgen dat de hulpmiddelen vrijkomen die nodig zijn voor de adoptie van de technologie. Ook kunnen zij een positieve werking uitoefenen op de implementatie door de nieuwe visie binnen de organisatie te communiceren. Dit laatste speelt ook een belangrijke rol in de acceptatie van de technologie door (zorg)personeel (Prekumar, 2003).

Volgens Aggelidis en Chatzoglou (2009) kan er een aangepast Technology Acceptance Model (Davis, 1989) gebruikt worden om de acceptatie en het gebruik van technologie onder ziekenhuispersoneel te verhogen. In het onderzoek is naar voren gekomen dat er verschillende factoren invloed hebben op de acceptatie en het gebruik van technologie door zorgpersoneel. De ervaren voordelen van de technologie, het gemak waarmee de technologie gebruikt kan worden, de attitude en sociale invloed blijken belangrijke factoren zijn die de intentie en het gebruik beïnvloeden. Ook dient er gekeken te worden naar ondersteunende hulpmiddelen, zoals toegang tot een computer. De mate waarin het zorgpersoneel gelooft dat er door het gebruik van de technologie het doel behaald wordt, speelt daarnaast een grote rol (Aggelidis, & Chatzoglou, 2009). Het bewust zijn van het gegeven dat het management en het personeel een belangrijke rol spelen bij de implementatie en door kennis te hebben van de factoren die de intentie voor het gebruik beïnvloeden, kan ervoor worden gezorgd dat er tijdens de implementatie van OOK Contact ook aandacht wordt besteed aan deze factoren.

De ondersteuning vanuit het management heeft naast de algemene ondersteuning ook invloed op de bereidheid van de organisatie (Faber et al., 2017). De bereidheid van de organisatie wordt gedefinieerd als de beschikbaarheid van de benodigde hulpbronnen voor de adoptie van de technologie (Iacovou, Benbasat & Dexter, 1995). Rogers (1995) stelt dat organisaties die de benodigde hulpbronnen beschikbaar hebben, waarschijnlijk ook meer succes boeken bij de implementatie van eHealth toepassingen. Onderzoek door Faber et al. (2017) onder Nederlandse ziekenhuizen, beaamt dit. Het bespreken van de benodigde hulpbronnen is van belang bij de implementatie. Indien hier een tekort aan is, zal er mogelijk op een andere manier te werk moeten worden gegaan.

Onderzoek van Krijgsman et al. (2013) geeft aan dat er geen gebruik van eHealth wordt gemaakt doordat organisaties zoals ziekenhuizen de noodzaak nog niet voelen om eHealth in te zetten. Zij ervaren de zorgen zoals het tekort aan zorgpersoneel en de toename van ouderen als een zorg voor de toekomst.

Centralisatie in het beslissingsproces werd ook benoemd als factor die invloed kan hebben op de implementatie. Hiermee wordt de mate bedoeld waarin de beslissingsbevoegdheid binnen de organisatie is verdeeld. Wanneer de beslissingsbevoegdheid is verdeeld, is er sprake van decentralisatie (Roger, 1995). Faber et al. (2017) concluderen dat centralisatie binnen een organisatie geen significante negatieve rol speelt bij de implementatie van eHealth toepassingen in ziekenhuizen. In het onderzoek van Krijgsman et al. (2013) werd er door medewerkers in de GGZ aangegeven dat 'blended implementeren', de middenweg tussen centralisatie en decentralisatie, als belangrijk wordt gezien. De ondersteuning vanuit het management maar ook het betrekken van het personeel en de patiënten wordt hier erg belangrijk in geacht (Krijgsman et al., 2013).

Naast factoren die de implementatie beïnvloeden, zijn er ook factoren die de adoptiesnelheid beïnvloeden. In het boek *Diffusion of Innovations (DOI)* van Rogers (1995) beschrijft hij vijf karakteristieken van nieuwe ideeën die invloed hebben op de adoptie van deze nieuwe ideeën. Tezamen kunnen deze karakteristieken de adoptie tot 49% versnellen. De karakteristieken zijn bedoeld als handvatten voor de implementatie en verwijzen naar de perceptie van de eindgebruiker. Het eerste punt is het voordeel. De eindgebruiker dient de toepassing van toegevoegde waarde te vinden. Hierna volgt dat de resultaten zichtbaar dienen te zijn, een omstander dient dus resultaten te zien van de toepassing. De derde karakteristiek is het aansluiten bij de behoeften, waarden en ervaringen van de gebruikers. De vierde karakteristiek is de complexiteit van de technologie. Wanneer deze als ingewikkeld wordt ervaren, zal de technologie zich niet snel verspreiden. (Rogers, 1995). De laatste karakteristiek is het kunnen uitproberen van de innovatie, wanneer gebruikers dit kunnen, kan de innovatie zich sneller verspreiden (Rogers, 1995). Dit dient meegenomen te worden in de implementatie van OOK Contact om de adoptiesnelheid te verhogen.

3. Methode

Het doel van dit onderzoek is om Stichting OOK handvatten te bieden bij de implementatie van de tool OOK Contact. Dit onderzoek geeft inzicht in welke aspecten een rol spelen bij de implementatie van eHealth toepassingen bij oudere personen (60+). Dit inzicht wordt verkregen door middel van een kwalitatief onderzoek waarin semi gestructureerde interviews worden afgenomen onder implementatiespecialisten bij zorginstellingen en leveranciers van eHealth toepassingen. De onderzoeksvraag is : Welke factoren bepalen het succes van de implementatie van OOK Contact bij ouderen (60+)?

3.1. Deelnemers

De tool OOK Contact is een eHealth toepassing die Stichting OOK in wil gaan zetten bij personen met kanker. Doordat kanker voornamelijk voorkomt bij de oudere bevolking (60+) is dat de doelgroep waar dit onderzoek zich op richt. Kanker is een ingrijpende ziekte die veel invloed heeft op het leven van patiënten. Door deze impact is er, in overleg met Stichting OOK, voor gekozen het onderzoek niet uit te voeren bij de eindgebruikers, oftewel oudere personen met kanker. Om in contact te komen met de naasten of sociale omgeving van de patiënt, dient er via de patiënt contact gemaakt te worden. Vanwege de belasting en betrokkenheid die er van de patiënt gevraagd wordt, is er gekozen om deze mogelijkheid ook niet te gebruiken voor dit onderzoek. In de literatuur zijn vele factoren bekend die te maken hebben met de acceptatie en het gebruik van gezondheidstechnologie in de zorgsector en bij ouderen. Er is voor gekozen om de interviews af te nemen bij implementatiespecialisten van leveranciers en bij zorginstellingen. Zij kunnen aangeven waar zij tegenaan zijn gelopen tijdens de implementatie van eHealth toepassingen voor ouderen binnen hun organisatie of bij organisaties waar zij de toepassing hebben geleverd. Dit geeft ook inzicht in wat hen heeft geholpen om mogelijke barrières te overwinnen.

Om het veldonderzoek zo goed mogelijk bij de implementatie van OOK Contact te laten aansluiten, zijn er een aantal inclusiecriteria opgesteld. Voor de toepassing geldt dat deze specifiek gericht dient te zijn op ouderen (60+). Daarnaast wordt er breed naar eHealth gekeken, wat betekent dat alle technologische mogelijkheden omtrent zelfmanagement of behandeling worden meegenomen. Het is gewenst dat de tool aansluit bij minstens één van de functies die OOK Contact heeft (telecommunicatie, online behandeling/modules en monitoring) en gericht is op de ziekte kanker. Deze laatste eisen zijn optioneel maar wel gewenst. Dit, zodat het zo goed mogelijk aansluit bij de tool die Stichting OOK wil implementeren. Wanneer er aan deze criteria is voldaan, kan er naar de functie van de geïnterviewde gekeken worden. De persoon dient nauw betrokken te zijn geweest bij de implementatie van een eHealth tool. Hieronder wordt verstaan dat zij een centrale rol hebben gespeeld door middel van aansturing en/of procesbewaking van de implementatie van de toepassing, zowel binnen de organisatie als bij de doelgroep.

Er zijn 10 personen geïnterviewd, waaronder verschillende zorginstellingen en leveranciers van eHealth toepassingen. Het was gewenst zoveel mogelijk zorginstellingen te interviewen. Dit is

gewenst omdat leveranciers van eHealth toepassingen mogelijk geneigd zijn om hun eigen toepassing beter te vinden dan de toepassingen van anderen. Hierdoor wordt mogelijk de objectiviteit van deze doelgroep minder. Zorginstellingen daarentegen hebben contact met de eindgebruikers, wat een ander beeld van de implementatie kan schetsen. Daarnaast biedt het inzicht in de implementatie van de toepassing en de barrières die er in de organisatie mogelijk hebben gespeeld. In totaal zijn er medewerkers van vier zorginstellingen geïnterviewd, waarbij het gaat om twee GGZ-instellingen voor ouderen en twee thuiszorginstellingen. Daarnaast zijn er vier leveranciers van eHealth toepassingen geïnterviewd. Eén interview is afgenomen met een persoon die voor een promotietraject bezig is geweest met het ontwikkelen, testen en evalueren van een eHealth toepassing voor personen met kanker. Het laatste interview is afgenomen met een bureau dat advies geeft op het gebied van implementatie bij verschillende innovaties, waaronder eHealth. Deze verdeling is ontstaan doordat er een gebrek aan zorginstellingen en leveranciers was die mee wilden werken aan dit onderzoek. De laatste twee partijen geven inzicht vanuit een andere hoek, waardoor deze desondanks van waarde zijn voor dit onderzoek.

Aan de hand van de opgestelde criteria is er ten eerste via het internet gezocht naar eHealth toepassingen voor ouderen. Dit is gedaan door middel van het invoeren van 'eHealth', 'telemedicine', 'blended care', 'ouderen' en 'senioren' en combinaties hiervan in google. Dit heeft een aantal toepassingen opgeleverd. Nadat er uit deze manier geen nieuwe toepassingen naar voren kwamen, is er gekeken naar zorginstellingen. 'eHealth', 'ziekenhuis', 'verpleging', 'ouderen' en 'senioren' en combinaties hiervan zijn ingevoerd in google. Dit bracht een aantal zorginstellingen naar voren. Nadat er dieper op de organisatie of tool is ingegaan om na te gaan of er aan de criteria is voldaan, is er een lijst opgesteld met organisaties en toepassingen die benaderd konden worden. Aan de hand van deze lijst is er in eerste instantie gebeld naar een telefoonnummer, vaak de servicedesk. Hier werd verteld dat er onderzoek werd gedaan naar de implementatie van eHealth bij oudere patiëntengroepen. Hierna werd de meerwaarde van het onderzoek voor de organisatie toegelicht en werd er gevraagd of er een mogelijkheid bestond tot het plannen van een interview. Indien er geen directe afspraak ingepland kon worden, of niet de juiste persoon aan de telefoon was, werd er nog een mail gestuurd naar ofwel de juiste persoon, ofwel de persoon die men heeft gesproken. Deze mail is te vinden in bijlage 1. Bij negen deelnemers was dit het geval. Één deelnemer is verworven via de ZORG & ICT Beurs op 15 maart 2017 in Utrecht. Deze deelnemer was de projectleider tijdens de implementatie bij een zorginstelling voor ouderen.

3.2. Procedure

Bij de afname van de interviews is er aan het begin kennis gemaakt, verteld waarom dit interview werd afgenomen, wat er met de gegevens zal gebeuren en hoelang het interview zal duren. Hierna is er globaal ingegaan op de toepassing die zij hebben ontwikkeld of geïmplementeerd. Er zijn hierbij vragen gesteld als 'wat voor toepassing is het?', 'sinds wanneer wordt het gebruikt?' etc. Hierna is de algemene vraag gesteld 'Hoe is de implementatie van tool X bij u verlopen?'. Er werd doorgevraagd op containerbegrippen en om onderliggende redenen te achterhalen. De topiclijst diende als een handvat met onderwerpen die besproken konden worden tijdens het interview maar werd niet

stapsgewijs afgegaan. De topiclijst is te vinden in bijlage 2. De gegevens zijn op anonieme wijze behandeld en verwerkt; dit is tevens in het email- en telefooncontact duidelijk gemaakt. Indien gewenst, zijn de resultaten van het onderzoek naar de desbetreffende organisatie toegestuurd. Ook kunnen de organisaties het transcript van interview opvragen, mochten zij dit willen.

3.3. Meetinstrumenten

De topiclijst (terug te vinden in bijlage 2) is samengesteld op basis van het theoretisch kader. Hierin is gebruik gemaakt van verschillende wetenschappelijke bronnen. Aspecten die vaak terugkwamen of als belangrijk werden geacht in de onderzoeken, zijn toegevoegd als topic. . Voor elk topic is een voorbeeldvraag toegevoegd en de definitie van de topic is toegelicht. Er is gekozen voor semigestructureerde interviews, omdat er aan de hand van het theoretisch kader al vele belangrijke aspecten naar voren zijn gekomen. Het is gewenst om mogelijke blinde vlekken van het theoretisch kader in beeld te brengen door het gesprek ook door de geïnterviewde te laten leiden. Tijdens het interview kan er geïnventariseerd worden hoe er met deze aspecten in de praktijk wordt omgegaan en welke factoren beïnvloed kunnen worden om de hoofdvraag van dit onderzoek te kunnen beantwoorden.

3.4. Analyse

De interviews zijn direct na de afname getranscribeerd. Dit zorgde ervoor dat er al een algemeen overzicht van codes en thema's naar voren kwam. Interessante onderwerpen die tijdens interviews zijn benoemd maar niet op de topiclijst stonden, zijn ook ter sprake gebracht tijdens de interviews. Er is in drie fasen gecodeerd, namelijk open coderen, axiaal coderen en selectief coderen (Boeije, 2014). Het open coderen is via een Word-bestand gedaan. Het axiaal en selectief coderen is op papier gedaan. Ook is er een mindmap gemaakt, deze is te vinden in bijlage 7. Voor een uitgebreidere toelichting van de analysemethode, wordt er verwezen naar bijlage 4.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het veldonderzoek besproken. Hierbij gaat het om de ervaringen met implementatie van eHealth in zorginstellingen en bij de doelgroep ouderen. De gegevens van de interviews zijn geanalyseerd, waarbij er een aantal hoofdthema's naar voren zijn gekomen. Sommige hoofdthema's vallen uiteen in een aantal subthema's. Voor een overzicht hiervan, wordt verwezen naar de mindmap in bijlage 7. Onderaan dit hoofdstuk is een samenvatting van de factoren en diens invloed te vinden in tabel 1. De hoofdthema's die besproken zullen worden zijn: sociale invloed, ervaring, moeilijkheden of zorgen met betrekking tot het gebruik van de toepassing, betrokkenheid, visie, meerwaarde en ondersteuning. Andere relevante aspecten die door respondenten zijn benoemd, zijn te vinden onder het kopje 'overige'.

De vraag die in dit onderzoek centraal staat is : *'Welke factoren bepalen het succes van een implementatie van eHealth bij oudere?'*

4.1. Sociale invloed

Sociale invloed is bij het merendeel van de respondenten benoemd als belangrijke factor bij de implementatie van eHealth toepassingen voor ouderen. Deze factor kan het gebruik zowel positief als negatief beïnvloeden. Sociale invloed wordt als overkoepelend thema gezien. Er werden verschillende groepen benoemd waaronder zorgverlener, kinderen en overige. Deze groepen en de invloeden die zij hebben op het gebruik van eHealth, zijn hieronder beschreven.

4.1.1. Zorgverlener

De zorgverlener werd door 7 respondenten aangegeven als een cruciale factor indien het gaat om de implementatie van eHealth wanneer er wordt gekeken naar zowel de zorgorganisatie als de patiënt.

Opvallend hierbij is dat het voornamelijk leveranciers zijn die het belang van de rol van de zorgverlener aangeven. De minderheid van de respondenten gaf aan dat de aannames die de zorgverlener met betrekking tot de doelgroep ouderen

heeft, een negatief effect heeft op het gebruik van technologie door ouderen. Vier respondenten, voornamelijk zorginstellingen, gaven aan dat zorgverleners de ouderen vaak onderschatten. Een zorginstelling gaf aan dat er sprake is van betutteling die ontstaat door het willen beschermen van de cliënten maar ook door het verantwoordelijkheidsgevoel jegens de cliënten. Respondent R9, een leverancier, illustreert de invloed met het citaat hiernaast.

'En bij de gebruikers hebben we het over het algemeen over de zorgverleners, omdat de patiënt meestal meeloopt met wat de zorgverlener zegt. De patiënt heeft niet zo een sterke eigen mening, en stelt zich afhankelijk op.'

De invloed van de arts is tijdens het onderzoek van Zettel-Watson en Tsukerman (2016) als een belangrijk figuur gezien. Opvallend is dat de zorgverlener tijdens de interviews vaker wordt benoemd dan in onderzoeken wordt aangegeven. Hierbij is de vraag of de zorgverlener een belangrijkere rol speelt dan in onderzoeken naar voren komt.

4.1.2. Kinderen

Drie respondenten gaven het belang van de kinderen aan bij de implementatie van eHealth bij ouderen. Wanneer zij een negatieve attitude ten opzichte van de toepassing hebben, is de kans kleiner dat de oudere het gaat gebruiken. Aan de andere kant kan een positieve attitude van kinderen, de ouderen stimuleren. Twee van de drie respondenten die dit aangeven waren leveranciers.

4.1.3. Overige

Onder dit subthema worden de andere sociale invloeden bedoeld, naast kinderen en de zorgverlener. De twee meest genoemde overige sociale invloeden zijn de mantelzorger en de buurvrouw/buurman. Deze groep werd door een aantal respondenten, voornamelijk door leveranciers en zorginstellingen benoemd. Respondent R6, een zorginstelling, geeft deze invloed aan door onderstaande quote:

De invloed van burens en mantelzorgers werd door de respondenten voornamelijk als positief

‘En wat hier ook vaker een beetje is, op een gegeven moment zie je appartementencomplexen. En dat een vrouw het heeft en dat de ander belt, ja mijn buurvrouw heeft dat. Ik wil het ook. En dan ja, op de een of andere manier, je neemt dat toch mee.’

ingeschat. Uit onderzoek van Peek et al. (2014) is gebleken dat de hulp van familie of vrienden de intentie en het gebruik van gezondheidstechnologie kan belemmeren. Dit is op deze manier niet naar voren gekomen in het veldonderzoek. In het veldonderzoek is voornamelijk de attitude van deze groep als belangrijk geschetst bij het eigen gebruik maar ook de stimulatie van de doelgroep ouderen.

4.2. Ervaring

Meer dan de helft van de respondenten gaf aan dat het ervaren of vrijblijvend uitproberen van de toepassing een positieve invloed kan hebben op het uiteindelijke gebruik. Dit geldt voor zowel de zorgverlener als de patiënt. De leveranciers en zorginstellingen geven beide aan dat dit een belangrijke factor is. Door de leveranciers wordt vaker dan door zorginstellingen aangegeven dat het uitproberen van de toepassing ertoe kan leiden dat het zorgpersoneel en de patiënt het gebruik vinden meevallen. Dit houdt verband met het mogelijk wegnemen van een barrière, namelijk angst voor het onbekende. Respondent R3 geeft een voorbeeld voor de aanpak bij het wegnemen van de barrière:

Daarnaast kunnen ervaringen met de toepassing ervoor zorgen dat de meerwaarde naar voren komt. Hierdoor zal de toepassing sneller worden gebruikt. Ook werd door bijna de helft van de respondenten benoemd dat het delen van succeservaringen met het gebruik van de toepassing, een positieve invloed heeft op het gebruik van de patiënt en de zorgverlener. Dit aspect is niet naar voren gekomen in het theoretisch kader.

‘En we hebben ook elke week een digitale bingo bijvoorbeeld. [...] Het gaat niet alleen maar over zorg. Maar kijk je kunt er heel veel leuke dingen mee doen. Daardoor gingen mensen naar ons beeldbellen als zij bingo hadden. Waardoor de drempel van het beeldbellen wat lager werd. Oh ik heb het al eens vaker gedaan, ik weet hoe het moet. Het is niet zo ingewikkeld.’

4.3. Moeilijkheden/belemmeringen

In het vorige thema werd de ervaring met de toepassing toegelicht. Dit heeft ook verband met dit thema. Zo zijn door de verschillende respondenten zorgen of aspecten benoemd die het gebruik van de toepassing belemmeren of bemoeilijken. Zoals hierboven aangegeven, werd er door meer dan de helft van de respondenten aangegeven dat de ervaring deze moeilijkheden of belemmeringen kan verhelpen. Dit thema is onderverdeeld in een aantal subthema's. Deze worden hieronder toegelicht. Dit thema komt overeen met een factor die volgens Davis (1989) invloed heeft op de attitude ten aanzien van het gebruik van technologie, namelijk het waargenomen gemak. Ook komt deze factor terug in het model van Venkatesh et al. (2003) als de factor effort expectancy, oftewel de verwachting van de te leveren inspanning.

4.3.1. Onbekendheid

Alle respondenten gaven aan onbekendheid of onzekerheid een factor is die ervoor zorgt dat het gebruik mogelijk niet tot stand komt bij zowel de zorgverlener als de patiënt. Er werd vaker aangegeven dat patiënten en zorgverleners vragen hebben zoals wat de toepassing doet en wat zij ermee kunnen. Respondent R9, een leverancier, illustreert dit door middel van een citaat dat ook aangeeft hoe deze barrière weggenomen kan worden:

Dus als je er met mensen over praat, en je laat het portaal zien, dan zeggen ze; oh ik heb wel een cliënt waarmee ik die module wel zou willen doen. Dus dat het ook de onbekendheid is wat bij mensen denk ik zorgt dat in eerste instantie wat weerstand hadden. ‘

4.3.2. Moeilijkheidsgraad

Het merendeel van de respondenten gaven aan dat zij verwachtingen hadden dat de moeilijkheidsgraad van de toepassing te hoog was en dat zij daarom geen gebruik maakten van de toepassing. Ook werd hier aangegeven dat zorgverleners (voornamelijk oudere zorgverleners) en patiënten zich afvroegen of zij er wel geschikt voor waren en behendig genoeg waren in het gebruik van computer of internet. Respondent R4, een zorginstelling, illustreert dit bij behandelen:

‘Nou ze vonden het vooral niet leuk om iets nieuws te moeten leren. Ze was dan bang dat het te ingewikkeld was. Ik ben dus niet goed met computers.‘

4.3.3. Privacy

Een klein gedeelte van de respondenten gaf aan dat er zorgen zijn omtrent de privacy en veiligheid.

‘Ehm ik krijg van de mensen, dus van centrum senioren, die cliënten veel meer vragen over de veiligheid en privacy. Dat zij schijnbaar toch veel gewaarschuwd worden van let op online. Geef niet zomaar je gegevens.’

Eén respondent gaf aan dat het voornamelijk een zorg is vanuit de organisatie.

Een andere respondent geeft aan dat deze zorgen voornamelijk erg aanwezig zijn bij de oudere patiënten en dat dit het gebruik belemmert. Zorginstelling, respondent R4, geeft dit aan:

4.3.4. Kosten

Ongeveer een derde van de respondenten gaf aan dat kosten een rol spelen in de beslissing om eHealth toepassingen te gebruiken. Respondent R4 geeft dit aan met onderstaand citaat. Dat de prijs een kritische rol speelt bij de implementatie van eHealth bij ouderen is in onderzoeken al naar voren gekomen (Chen & Chan, 2011; Peek et al., 2014).

‘Dus sommige zijn bang dat het geld kost. Ehm dus daarover krijg je van senioren wel meer vragen.’

4.3.5. Gewenning

De gewenning van zorgverleners om op een bepaalde manier te werken, zorgt volgens meer dan de helft van de respondenten voor weerstand en moeilijkheden bij de implementatie van eHealth. Ook bij ouderen is er sprake van gewenning, namelijk aan het menselijke contact. Dit wordt door een derde van de respondenten, zowel door leveranciers als zorginstellingen, benoemd. Met deze aspecten kampen de zorgverleners ook, namelijk dat bij het verlenen van zorg het menselijke contact erbij hoort. Dit aspect is niet naar voren gekomen in het theoretisch kader.

4.3.6. Baan

De helft van de respondenten geeft aan dat zorgverleners zich door de komst van eHealth zorgen maken om hun baan. Dit wordt voornamelijk door zorginstellingen aangegeven. Doordat zorgverleners deze angst hebben, heeft dit invloed op de patiënt, zoals respondent R3 illustreert:

‘En later kwam er een verzorgende uit de wijk en die zei ehm, nee maar als u dat gaat doen, verlies ik mijn baan. Ja dan gaat de cliënt nooit meer ja zeggen. Als ze weten dat daardoor, of als iemand ehm de illusie heeft gewekt dat dat zo is. Dan gaat zij er nooit meer voor kiezen.’

4.4. Visie

Alle respondenten gaven aan dat het hebben van een bepaalde visie op de manier hoe eHealth wordt ingezet en de manier van implementeren van cruciaal belang is voor het gebruik van de toepassing door zorgverlener en patiënt. Het merendeel gaf aan dat het noodzakelijk is om eHealth als toekomst te zien. Dit thema is onderverdeeld in een aantal subthema's die hier worden toegelicht.

4.4.1. Integratie/ standaardisatie

Meer dan de helft van de respondenten gaf aan dat de toepassing deel uit moet gaan maken van het gehele zorgproces, dus moet zijn geïntegreerd in de huidige zorgpaden. Met standaardisatie wordt bedoeld dat cliënten en patiënten ongeacht leeftijd of aandoening, worden uitgenodigd om de eHealth toepassing te gaan gebruiken. Dit werd door ongeveer een derde van de respondenten aangegeven. Respondent R4, een zorginstelling, illustreert het gevolg hiervan:

'Ehm en ook wel dat behandelaren ehm dat we merkten van ja, behandelaren dachten ineens he, wil die cliënt meedoen, heeft hij wel een e-mailadres. En ehm dat behandelaren dus een beetje overdonderd waren door hun cliënten. Dus dat we merkten van, door deze interventie hebben we een beetje de behandelaren gepasseerd. En daardoor ehm, ja komt ineens naar voren dat mensen wel e-mailadressen hebben en online wel iets kunnen doen.'

4.4.2. Sturing

Door meer dan de helft van de respondenten werd het aspect sturing vanuit het management of directie besproken. De helft van de respondenten gaven de invloed van sturing op het gebruik van een toepassing aan zoals respondent R4, een zorginstelling, aangeeft:

'Ehm en er wordt gewoon op gestuurd. Ook wel gecontroleerd van ja heb jij al een cliënt online. Hoeveel cliënten zitten er in het portaal. [...] Zij (directie) willen ook weten welke behandelaren hebben wel een cliënt aangemeld en welke niet. Ja zo hadden we een training voor behandelaren. Echt gekeken, wie zijn er niet. Die moeten het inhalen.'

Zorginstellingen waren het merendeel van de respondenten die deze aanpak aangaven. Eén zorginstelling daarentegen gaf aan dat het juist vanuit het zorgpersoneel zelf moet komen. Dit zou verband hebben met het zien van de toepassing als het 'eigen idee', en dus een grotere inzet van de toepassing. Dit aspect is niet naar voren gekomen in het theoretisch kader. In de praktijk blijkt het management vaak een sturende rol te hebben, terwijl deze respondent aangeeft dat het beter zou zijn wanneer het gebruik van eHealth vanuit het

personeel zou komen. Het adviesbureau gaf aan dat sturing vanuit het management op de lange termijn niet effectief is. Het kan voordelig werken om zorgpersoneel en patiënten de ervaring te laten hebben met de toepassing, waardoor zij de meerwaarde ontdekken.

Een ander aspect dat een belangrijke rol speelt binnen de sturing op het gebruik van de toepassing, is de ervaren werkdruk van zorgverleners. Meer dan de helft van de respondenten gaf aan dat dit een belangrijke factor is, voornamelijk ook doordat een groot gedeelte van de respondenten aangaven dat juist het investeren van tijd noodzakelijk is. Wanneer een toepassing niet geïntegreerd is in de systemen van een zorginstelling zorgt dit samen met de werkdruk ervoor dat zorgverleners het gebruik zien als extra handeling waar zij geen tijd voor hebben. Dit zorgt ervoor dat zij geen gebruik maken van de toepassing. Dit komt overeen met onderzoek Faber et al. (2017), namelijk het beschikbaar stellen van hulpmiddelen, waaronder tijd. Dit heeft een positief effect volgens hen.

4.4.3. Ambassadeur

Een groot deel van de respondenten gaf aan dat ambassadeurs (oftewel aandachtsfunctionarissen, kartrekkers) van belang zijn bij een implementatie binnen een zorginstelling. Alle respondenten die ambassadeurs aangaven als belangrijke factor, schetsten hetzelfde beeld van een ambassadeur. Zo dient een ambassadeur als aanspreekpunt binnen een organisatie voor vragen te dienen en de aanjager te zijn van het thema eHealth. De ambassadeur is er daarnaast voor verantwoordelijk om het thema eHealth op de agenda te houden. Daarnaast gaven zij aan dat het voornamelijk gaat om een persoon met inhoudelijke kennis zoals een enthousiaste behandelaar of verpleegkundige. Dit staat in verband met betrokkenheid, doordat dit het beeld versterkt dat het een 'eigen idee' is. In de literatuur van het theoretisch kader is dit aspect niet naar voren gekomen.

4.5. Betrokkenheid

Bijna alle respondenten gaven aan dat betrokkenheid bij het ontwikkelen, testen en evalueren van de toepassing van zowel de zorgverlener als de patiënt een positieve invloed kan hebben op het gebruik van een toepassing. Er is sprake van een verdeling indien er wordt gekeken naar de manier waarop zorgverleners of patiënten worden betrokken bij de implementatie van eHealth die hieronder wordt toegelicht. Over het algemeen werd door een derde van de respondenten, voornamelijk leveranciers, aangegeven dat de betrokkenheid ervoor kan zorgen dat het zorgpersoneel de toepassing ziet als 'eigen idee'. Dit heeft volgens deze respondenten een positief effect op het gebruik. Uit onderzoek van Krijgsman et al. (2013) is gebleken dat het betrekken van het personeel en patiënten van groot belang is, zoals ook uit het veldonderzoek blijkt.

4.5.1. Inventarisatie

De meerderheid van de respondenten gaven aan dat betrokkenheid belangrijk is. Zij gaven aan dat het inventariseren van behoeften en wensen bij zowel de zorgverleners als de patiënten van groot belang is.

Respondent R1, een zorginstelling, geeft dit op deze manier aan:

De respondenten gaven aan dat de inventarisatie bij zowel patiënt als zorgverlener voor een positief effect kan zorgen bij het gebruik van de toepassing. Dit aspect is niet naar voren gekomen in het theoretisch kader.

'En op basis daarvan hebben we een soort wensenlijst gemaakt. In de zin van, in welke behoefte zou de technologie nou moeten kunnen voorzien om de cliënt ook echt van dienst te zijn. En niet alleen in welke behoefte kan de technologie voorzien om het voor de organisatie beter te krijgen.'

4.5.2. Afstemming

Acht respondenten gaven aan dat afstemming op de behoeften en wensen van zowel zorgverleners als patiënten bij de implementatie van gezondheidstoepassingen van belang is. Respondent R5, de respondent die onderzoek heeft gedaan in kader van haar promotietraject, illustreert de afstemming met de zorgverlener:

'En daarmee samenhangend is eigenlijk ook ehm het feit dat het moet passen in de zorgpaden, maar ook dat het moet passen in bijvoorbeeld de systemen die zij gebruiken. [Als dit niet het geval is]. Dan wordt het ook minder intensief gebruikt.'

Indien het gaat om afstemming met de doelgroep, moet volgens het merendeel rekening gehouden worden met beperkingen van de oudere doelgroep, zoals visuele beperkingen. Er dient maatwerk geleverd te worden zodat de implementatie succesvol(ler) kan verlopen. Het onderzoek van Chen en Chan (2011) bevestigen het belang van het afstemmen op de beperkingen van ouderen ook in hun onderzoek. Ook andere onderzoeken geven het belang hiervan aan (Young et al. 2014; Peek et al. 2014).

4.6. Meerwaarde

Alle respondenten gaven aan dat het ervaren of verwachten van meerwaarde een cruciale factor is. Wanneer de meerwaarde van een toepassing niet wordt ervaren, zal deze ook niet gebruikt worden. Het verwachten of ervaren van meerwaarde is van belang bij zowel de zorgverlener als ook de patiënt. Hiervoor is aangegeven dat de sociale invloed ook een belangrijke factor is; één respondent gaf aan dat het verwachten of ervaren van meerwaarde de invloed van de sociale omgeving overstijgt. Dit licht respondent 6, een leverancier op deze manier toe:

'Dan is het ook niet meer zo belangrijk dat er misschien een medewerker komt die zegt, het is niks. Of kinderen die zeggen, zou ik dat wel doen. Als je zelf zoiets hebt van, hier heb ik profijt van, dan willen ze dat ook.'

Verschillende onderzoeken toonden aan dat het ervaren van voordelen een belangrijk aspect was dat meegenomen dient te worden indien er wordt gekeken naar de implementatie van eHealth bij ouderen (Heart & Kalderon, 2013; Peek et al., 2014; Zettel-Watson & Tsukerman, 2016). Het zien van voordelen van het gebruik van de toepassing of technologie, oftewel het ervaren van meerwaarde, is

ook een aspect dat bij zowel het UTAUT model van Venkatesh et al. (2013) als het TAM van Davis (1989) naar voren komt.

4.7. Ondersteuning

Het thema ondersteuning is door alle respondenten aangegeven als een belangrijke factor voor zowel het zorgpersoneel als de patiënt. Dit thema is verdeeld in een aantal subthema's. De ondersteuning wordt als factor benoemd waardoor angsten of zorgen worden weggenomen en er ruimte ontstaat om de meerwaarde van de toepassing te ervaren. Dit komt overeen met het onderzoek van Heart en Kalderon (2011).

4.7.1. Kennis

Alle respondenten gaven aan dat het overdragen van kennis naar zowel zorgpersoneel als ouderen een positieve werking heeft op het gebruik van de toepassing. Dit staat in verband met het ervaren of verwachten van meerwaarde. Wanneer er kennis wordt gedeeld omtrent de toepassing, kan de verwachting ten opzichte van de toepassing mogelijk verbeteren, wat weer kan leiden tot gebruik van de toepassing. Mogelijk kan het ook de angsten omtrent de onbekendheid en moeilijkheidsgraad van de toepassing wegnemen.

4.7.2. Vaardigheden

Volgens alle respondenten is het van belang dat er vaardigheden worden aangeleerd zodat zowel zorgverlener als patiënt gebruik kan maken van de toepassing. De minderheid van de respondenten geeft aan dat het een positieve werking heeft wanneer er bijvoorbeeld samen met een deskundige wordt ingelogd. De deskundige kan zowel de zorgverlener als iemand van de omgeving zijn, zoals de partner of kind.

4.7.3. Faciliteren hardware

Vier respondenten, voornamelijk zorginstellingen, gaven aan ook ondersteuning te hebben geboden door het faciliteren van de hardware zoals computers en tablets. Dit staat in verband met het feit dat ouderen vaak aangeven geen computer, tablet of internet tot hun beschikking te hebben. Opvallend is dat uit onderzoek van Krijgsman et al. (2013) bleek dat 94% van de Nederlanders toegang had tot het internet, wat een discrepantie betekent. Ook komt het faciliteren van de omstandigheden om technologie te gebruiken voor in het UTUAT model van Venkatesh et al. (2003).

4.8. Overige

Tijdens de interviews zijn verschillende factoren besproken die van belang kunnen zijn, maar enkel door een beperkt aantal respondenten zijn benoemd. Zo gaven 4 respondenten aan dat hoger opgeleide personen vaker gebruik maakten van eHealth toepassingen. Dit komt overeen met de gevonden resultaten van verschillende onderzoeken (Heart & Kalderon, 2013; Or & Karsh, 2009). Daarnaast gaven twee respondenten aan dat voornamelijk vrouwen eHealth gebruikten. Hierbij werd door een respondent als kanttekening aangegeven dat het mogelijk aan de verdeling van het geslacht binnen de zorginstelling ligt. Uit het onderzoek van Zettel-Watson en Tsukerman (2016) kwam dit

gegeven naar voren, in tegenstelling tot het onderzoek van Or en Karsh (2009) waar geslacht geen invloed bleek te hebben.

Ongeveer een derde van de respondenten gaf aan dat leeftijd niet de bepalende factor is voor het gebruik van eHealth onder zowel zorgverleners als patiënten. Onderzoek van Zettel-Watson en Tsukerman (2016) toonde aan dat gebruikers van online gezondheidsmanagementtools vaker jonger waren, maar geven hierbij niet aan dat het geen bepalende factor is. Bijna de helft van de respondenten gaf aan dat het toevoegen van een zogenoemde 'funfactor' stimulerend kan werken voor het gebruik.

Ook werd door een tweetal personen aangegeven dat persoonlijkheid een rol speelt. Personen met een behoudend karakter vertonen meer weerstand, terwijl personen die nieuwsgierig zijn gemakkelijker gebruik maken van technologie. Dit is niet in het theoretisch kader naar voren gekomen.

Tabel 1 : Overzicht van factoren en diens invloed

<u>Positieve invloed</u>	<u>Zowel positieve als negatieve invloed</u>	<u>Negatieve invloed</u>
Ervaring	Zorgverlener	Zorgen omtrent privacy
Betrokkenheid	Kinderen	Angst onbekende
Funfactor	Overige (sociale invloed)	Angst moeilijkheid
<i>Visie</i>	Meerwaarde	Kosten
Ondersteuning	Beschikking hardware	Gewenning
<i>Sturing</i>	Persoonlijkheid	<i>Angst baan</i>
<i>Ambassadeur</i>		

Note: Wanneer een factor **dikgedrukt** is, betekent dit dat het invloed heeft binnen de doelgroep. Wanneer een factor *cursief* is, betekent dit dat het invloed heeft binnen de organisatie. Wanneer een factor niet cursief of dikgedrukt is, houdt dit in dat het een factor is die in beide delen een rol speelt.

5. Discussie

Dit onderzoek heeft als doel gehad om de succesfactoren bij de implementatie van eHealth bij ouderen (60+) te inventariseren. Hierbij is voornamelijk gekeken naar de praktijk. In dit hoofdstuk zal de onderzoeksvraag worden beantwoord aan de hand van de bevindingen uit het theoretisch kader en het veldonderzoek. Ook worden mogelijke kanttekeningen en aanbevelingen voor vervolgonderzoek aangegeven.

De hoofdvraag die tijdens dit onderzoek centraal stond, is als volgt:

‘Welke factoren bepalen het succes van een implementatie van eHealth bij ouderen?’

5.1. Conclusie

Uit dit onderzoek is gebleken dat het succes van een implementatie bij een oudere doelgroep samenhangt met verschillende factoren, zowel binnen de doelgroep zelf als binnen een organisatie. Deze factoren hangen vaker samen met de zorgverlener, wat de cruciale rol van deze groep duidelijk maakt.

Zorgverlener

De zorgverlener is een cruciale factor, doordat deze de oudere patiënt of gebruiker alsmede de organisatie zowel positief als negatief kan beïnvloeden. Zorgen, zoals het mogelijk kwijtraken van de baan door de komst van eHealth of niet met de technologie overweg kunnen, zijn barrières die ervoor zorgen dat zorgverleners geen gebruik maken van de eHealth toepassing. Respondenten gaven bij beide groepen, zowel zorgverlener als oudere gebruiker, aan dat er sprake is van gewenning aan mensenwerk. Hiermee wordt bedoeld dat gewenning is ontstaan aan het fysieke contact tussen zorgverlener en ouderen. Daarnaast kwam er in de interviews naar voren dat zorgverleners aannames hebben over de oudere doelgroep. Deze aannames hebben te maken met zowel het hebben van geen internet of een computer, als met de vaardigheden en interesse die een oudere heeft in het gebruik van de toepassing. De ouderen worden vaak onderschat. Daarnaast werd er aangegeven dat oudere personen zich vaak afhankelijk opstellen ten aanzien van de zorgverlener. Wanneer een zorgverlener het gebruik van een toepassing aanraadt, zullen oudere gebruikers hier ook eerder gebruik van maken. Het is van belang dat zorgverleners zich bewust zijn van de aannames die zij hebben ten aanzien van de oudere doelgroep. Bovendien kan het wegnemen van barrières, zoals het wegnemen van de angst omtrent de baan of moeilijkheidsgraad van de toepassing, ervoor zorgen dat de zorgverlener positiever gestemd is om de eHealthtoepassing te gebruiken. Wanneer dit het geval is, kan de zorgverlener een positieve invloed uit gaan oefenen op de oudere gebruiker. De zorgverlener is dus een belangrijke succesfactor voor het gebruik van eHealth door oudere gebruikers.

Visie, sturing, standaardisatie en integratie

De visie en sturing vanuit een organisatie is ook van belang doordat het de zorgverlener direct positief beïnvloeden en dat ook effect heeft op de gebruiker. Zo kan sturing vanuit de organisatie betekenen

dat er wordt gecontroleerd of zorgverleners gebruik maken van de toepassing en cliënten of patiënten hiervoor uitnodigen. Sturing vanuit het management of de directie blijkt dus ook een succesfactor te zijn. Daarnaast is standaardisatie en integratie van het gebruik en aanbod van eHealthtoepassingen binnen een organisatie een succesfactor. Dit kan ervoor zorgen dat de keuze bij de patiënten en cliënten terecht komt. Op die manier kan een zorgverlener niet interfereren en de kans op het gebruik van de toepassing door ouderen belemmeren.

Overige sociale invloeden en meerwaarde

De overige sociale omgeving zoals kinderen, burens en mantelzorgers kunnen ook een positieve of negatieve invloed hebben op het gebruik van eHealth toepassing door ouderen. Het ervaren of verwachten van meerwaarde speelt hier een belangrijke rol in. Een belangrijk gegeven hierbij is dat het ervaren van meerwaarde door de oudere gebruiker de sociale invloed kan overstijgen. Wanneer er meerwaarde wordt ervaren zijn zowel de zorgverlener als de oudere gebruiker eerder geneigd om de toepassing te gaan gebruiken. Het inzien van deze meerwaarde kan bij zorgverleners worden gestimuleerd door het inzetten van zogenaamde ambassadeurs. Het zorgen dat zowel de zorgverlener als oudere gebruiker de meerwaarde van de toepassing ziet of ervaart is dus een belangrijke succesfactor.

Inventarisatie en afstemming

Een ander belangrijk punt dat de implementatie succesvol(ler) kan maken is het betrekken van zowel het zorgpersoneel als de oudere gebruiker bij het ontwikkelen, testen en evalueren van de toepassing. Wanneer de toepassing is afgestemd op de behoeften en wensen van de zorgverlener en oudere gebruiker, zal deze vaker gebruikt worden. Ook kwam naar voren dat een bepaalde 'funfactor' binnen de toepassing ervoor kan zorgen dat het gebruik wordt gestimuleerd bij zowel de oudere gebruiker als de zorgverlener.

Ervaring en ondersteuning

Daarnaast is naar voren gekomen dat het (vrijblijvend) ervaren van de toepassing een sterk positieve invloed heeft op zowel de zorgverlener als ook de oudere gebruiker. Er is naar voren gekomen dat barrières, zoals de angst voor de moeilijkheid, op deze manier kunnen worden verminderd bij zowel de zorgverlener als bij de oudere gebruiker. Tevens kan het bieden van ondersteuning in de vorm van kennis, vaardigheden of het faciliteren van hardware (zoals computers) helpen om de meerwaarde te ervaren. Het is dus van belang dat er aan de ondersteuning van zowel de zorgverlener als oudere gebruiker wordt gedacht.

Beïnvloedbare factoren ouderen

Er is naar voren gekomen dat er in de praktijk vaak nog sprake is van ouderen die geen toegang hebben tot het internet of niet de benodigde hardware hebben. Het is van belang dat zij deze toegang wel hebben, zodat er ook gebruik gemaakt kan worden van de toepassing. Daarnaast gaven ouderen aan zich zorgen te maken om hun privacy en de gegevensbescherming en de kosten van de toepassing. Het is van belang dat de oudere gebruiker goed wordt geïnformeerd over deze aspecten. Het ervaren van de toepassing kan deze barrières ook verminderen.

Niet beïnvloedbare factoren ouderen

Leeftijd blijkt geen bepalende factoren te zijn bij het gebruik van een eHealth toepassing. De persoonlijkheid van de oudere speelt hierin wel een rol. Respondenten gaven aan dat behoudende personen minder geneigd zijn om gebruik te maken van eHealth. Ook wordt aangegeven dat hoger opgeleide personen vaker gebruik te maken van eHealth toepassingen. Tevens zijn de gebruikers van technologie voor de eigen gezondheid volgens het veldonderzoek vaker van het vrouwelijke geslacht.

Het is van belang om de factoren die zowel positief als negatief kunnen zijn, positief te stemmen. Deze beïnvloeden namelijk grotendeels ook andere negatieve aspecten. Voor een overzicht van de factoren en de invloed die zij hebben, wordt verwezen naar tabel 1.

Tabel 2 : Overzicht van factoren en diens invloed

<u>Positieve invloed</u>	<u>Zowel positieve als negatieve invloed</u>	<u>Negatieve invloed</u>
Ervaring	Zorgverlener	Zorgen omtrent privacy
Betrokkenheid	Kinderen	Angst onbekende
Funfactor	Overige (sociale invloed)	Angst moeilijkheid
<i>Visie</i>	Meerwaarde	Kosten
Ondersteuning	Beschikking hardware	Gewenning
<i>Sturing</i>	Persoonlijkheid	<i>Angst baan</i>
<i>Ambassadeur</i>		

Note: Wanneer een factor **dikgedrukt** is, betekent dit dat het invloed heeft binnen de doelgroep. Wanneer een factor *cursief* is, betekent dit dat het invloed heeft binnen de organisatie. Wanneer een factor niet cursief of dikgedrukt is, houdt dit in dat het een factor is die in beide delen een rol speelt.

5.2. Discussie

In deze paragraaf zal stil worden gestaan bij kanttekeningen van het onderzoek, mogelijkheden voor vervolgonderzoek en aanbevelingen die vanuit dit onderzoek naar voren komen.

Het veldonderzoek is uitgevoerd onder verschillende personen, waaronder leveranciers en zorginstellingen, een adviesbureau omtrent de implementatie van eHealth en een persoon die bezig is geweest tijdens een promotietraject bij de ontwikkeling en evaluatie van een eHealthtoepassing voor kankerpatiënten. Deze laatste twee respondenten gaven het inzicht vanuit een ander perspectief, namelijk een wetenschappelijk perspectief en het perspectief vanuit een adviserende rol. Er is sprake geweest van een ethische afweging waarbij is gekozen om niet met oudere (kanker)patiënten te werken om hen niet extra te belasten. In dit onderzoek is de informatie over belemmeringen, zoals angsten en belemmeringen, vanuit een secundaire bron verkregen. Doordat de informatie vanuit een secundaire bron komt en hierdoor mogelijk minder betrouwbaar/vertekend is, is het nodig om deze kanttekening mee te nemen bij de externe validiteit.

Er is gewerkt met een combinatie van theoretische kennis uit onderzoeken en veldonderzoek, waarbij verschillende respondenten zijn geïnterviewd. Hierbij is er ethisch te werk gegaan (zie bijlage 3). Zo zijn bijvoorbeeld tijdens de totstandkoming van het theoretisch kader mogelijke tegenstrijdige bronnen meegenomen. Alle interviews zijn met dezelfde topiclijst en zoveel mogelijk onder dezelfde omstandigheden afgenomen, waardoor aangenomen mag worden dat de interne validiteit goed is.

Indien er wordt gekeken naar de betrouwbaarheid is dit onderzoek over het algemeen betrouwbaar. Echter moet er een kanttekening gemaakt worden bij de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Dit onderzoek is door één persoon uitgevoerd die vanuit haar normen, waardes en meningen de interviews heeft geanalyseerd. Hierdoor zouden er mogelijk andere resultaten worden gevonden wanneer een ander persoon het onderzoek uit zou voeren.

Het is ook van belang om mee te nemen dat de onderzoeker een lezing omtrent de implementatie van een eHealth toepassing in een zorginstelling heeft bijgewoond en op een later moment een interview heeft afgenomen over hetzelfde onderwerp, bij dezelfde zorginstelling. Hierdoor kan het mogelijk zijn dat er minder is doorgevraagd door de onderzoeker, doordat deze tijdens de lezing al heeft gehoord hoe het implementatietraject is verlopen. Ook is het aantal respondenten niet representatief doordat er enkel sprake is van tien respondenten.

De literatuur die is meegenomen in het theoretisch kader is grotendeels bevestigd in het veldonderzoek. Echter zijn er enkele aspecten naar voren gekomen die in de literatuur niet zijn gevonden. Hier gaat het onder andere om het thema ambassadeur en sturing. In zowel het TAM model van Davis (1989) als het UTAUT model van Venkatesh et al. (2003) komen deze factoren niet naar voren, terwijl zij in de praktijk een belangrijke rol spelen. Dit suggereert dat er kritisch naar de modellen gekeken dient te worden. Mogelijk heeft het meerwaarde de belangrijke factoren die niet aanwezig zijn in de modellen toe te voegen.

Uit het theoretisch kader bleek dat bijna alle inwoners van Nederland toegang hebben tot het internet (Krijgsman et al., 2013). In de praktijk blijkt dit anders, doordat uit het veldonderzoek naar voren is gekomen dat ouderen vaak geen toegang tot internet hebben. Opvallend hierbij is dat uit onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2016) naar voren kwam dat het aantal ouderen (75+) vaker toegang hebben tot het internet dan in de voorgaande jaren. Hierbij werd wel aangegeven dat de helft van de ouderen die toegang heeft tot het internet, het internet ook daadwerkelijk gebruikt (CBS, 2016).

Wanneer er wordt gekeken naar aanbevelingen, dan komt in huidig onderzoek naar voren dat de zorgverlener een enorm centrale en cruciale factor is binnen zowel de organisatie als binnen de doelgroep ouderen. De zorgverlener heeft invloed op de doelgroep en de organisatie oefent weer invloed uit op de zorgverlener. Een mogelijke aanbeveling zou zijn om zich voornamelijk te richten op de zorgverlener, omdat deze een belangrijke schakel is. Het wegnemen van barrières die zorgverleners ervaren zou hier een onderdeel van kunnen zijn. Een ambassadeur zou hier ook een positieve invloed kunnen hebben. Daarnaast is het een mogelijke aanbeveling om hardware te faciliteren voor ouderen en hierbij personen in te zetten die kunnen dienen als ondersteuning. De combinatie van deze twee factoren kan ervoor zorgen dat de barrière bij ouderen wordt verkleind of weggenomen waardoor er ervaring opgedaan kan worden. Dit kan weer een positieve invloed hebben op het gebruik.

Een mogelijk vervolgonderzoek kan dieper ingaan op de invloed van de redenen waarom zorgverleners juist wel of geen gebruik maken van eHealth. Er kan een kwantitatief onderzoek worden

gehouden waarin de mate van de invloed van de verschillende factoren kan worden bepaald. Dit kan inzicht geven welke factor de grootste invloed heeft, en waar dus mogelijk eerst aan gewerkt dient te worden. Daarnaast is het interessant om na te gaan wat het effect van sturing vanuit het management is op het gebruik van eHealth en welke type benadering hier het beste effect kan bieden. Dit kan gedaan worden door middel van een kwalitatief onderzoek. Ook kan het van meerwaarde zijn om de belemmeringen bij het gebruik van eHealth door ouderen vanuit de primaire bron te horen, dus ouderen (60+). Hier zou mogelijk nog een kwalitatieve studie nieuwe inzichten kunnen bieden.

6. Literatuurlijst

Aggelidis, V.P. & Chatzoglou, P.D. (2009). *Using a modified technology acceptance model in hospitals*. International journal of medical informatics, nr. 78, 115-126.

Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smijsters, H. & Peij, S. (2010). *Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo ; gedragscode voor het voorbereiden en uitvoeren van praktijkgericht onderzoek binnen het Hoger Beroepsonderwijs in Nederland*. HBO Raad vereniging van hogescholen.

Azjen, I. (1991). *Organizational behavior and human decision processes*. Elsevier, 50(2), p. 179-211.

Boer, A. de. (red). (2007). *Toekomstverkenning informele zorg*. Den Haag : Sociaal en Cultureel Planbureau.

Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Boom Lemma, Den Haag, 2^e druk.

Bolle, S., Romijn, G., Smets, E.M.A., Loos, E.F., Kunneman, M. & van Weert, J.C.M. (2016). *Older cancer patients' user experiences with web-based health information tools : a think-aloud study*. Journal of Medical Internet Research 18(7).

Chen, K. & Chan, A.H.S. (2011). *A review of technology acceptance by older adults*. Gerontechnology 10, 1-12.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2016). *Internet; toegang, gebruik en faciliteiten*. Geraadpleegd op 1 juni 2017 via : <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83429NED&D1=0&D2=0,3-6&D3=0&D4=a&VW=T>

Czaja, S.J., Fisk, A.D., Hertzog, C., Rogers, W.A., Charness, N., Nair, S.N. & Sharit, J. (2006). *Factors predicting the use of technology : findings from the center for research and education on aging and technology enhancement (CREATE)*. Psychology and Aging 21 (2), 333-352.

Davis, F.D. (1989). *Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology*. MIS Quarterly 13, 319-339.

Faber, S., van Geenhuizen, M. & de Reuver, M. (2017) *eHealth adoption factors in medical hospitals: a focus on the Netherlands*. International journal of medical informatics, volume 100, p. 77-89.

Geest, L. van der., Boudeling, M. & Janssen, W. (2013). *Gezond online : in control met eHealth*. Utrecht : NYFER.

Gerards, R. (2010). *De patiënt als gezagvoeder, de dokter als copiloot*. Den Haag : Raad voor Volksgezondheid en Zorg/Nictiz.

Heart, T. & Kalderon, E. (2013). *Older adults: Are they ready to adopt health-related ICT?* International Journal of Medical Informatics, volume 83, 209-231.

Iacovou, C.L., Izak, B. & Dexter, A.S. (1995). *Electronic data interchange and small organizations: adoption and impact of technology*. MIS Quarterly, 19(4), p. 465-485.

IKNL. (2017). *Leeftijd en geslacht*. Geraadpleegd op 1 februari 2017 via <http://www.cijfersoverkanker.nl/leeftijd-geslacht-54.html>

IKNL. (2017). *Incidentie en sterfte van kanker*. Geraadpleegd op 1 februari 2017 via <http://www.cijfersoverkanker.nl/incidentie-sterfte-50.html>

King, W.R. & He, J. (2006). *A meta-analysis of the technology acceptance model*. Information & Manage,emt 43, 740-755.

Krijgsman, J., de Bie, J., Burghouts, A., de Jong, A., Cath, G-J., van Gennip, L. & Friele, R. (2013). *eHealth, verder dan je denkt : eHealth-monitor 2013*. Den Haag : Nictiz en NIVEL.

Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A., Brabers, A., de Jong, J., Beenkens, F., Friele, R. & van Gennip, L. (2014). *Op naar meerwaarde! :eHealth-monitor 2014*. Den Haaf : Nictiz en NIVEL.

Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A., Brabers, A., de Jong, J., Moll, T., Friele, R. & van Gennip, L. (2015). *Tussen vonk en vlam: eHealth-monitor 2015*. Den Haag : Nictiz en NIVEL.

Krijgsman, J., Swinkels, I., van Lettow, B., de Jong, J., Out, K., Friele, R. & van Gennip, L. (2016). *Meer dan techniek : eHealth-monitor 2016*. Den Haag : Nictiz en NIVEL.

Kowitlawakul, Y. (2011). *The Technology Acceptance Model : Predicting Nurses' Intention to Use Telemedicine Technology (eICU)*. Computers, Informatics, Nursing, 29(7), 411-418.

Lubberding, S., van Uden-Kraan, C.F., Te Velde, E.A., Cuijpers, P., Leemans, C.R. & Verdonck-de Leeuw, I.M. (2015). *Improving acces to supportive cancer care through an eHealth application: a qualitative needs assessment among cancer survivors*. Journal of Clinical Nursing, 24(9-10).

Marques, A., Oliveira, T., Dias, S.S., Martins, M.F.O. *Medical records system adoption in European hospitals*. Electronic journal of information systems evaluation,, 14(1), p. 89-99.

Or, C.K.L. & Karsh, B-T. (2009). *A systematic review of patient acceptance of consumer health information technology*. Journal of the American Medical Association, 16, 550-560.

Peek, S.T.M., Wouters, E.J.M., Van Hoof, J., Luijkx, K.G., Boeije, H.R. & Vrijhoef, H.J.M. (2014). *Factors influencing acceptance of technology for aging in place: A systematic review*. International Journal of Medical Informatics, volume 83, 235-248.

Peeters, J., Wiegers, T., de Bie, J. & Friele, R. (2013). *Technologie in de zorg thuis : nog een wereld te winnen*. 1e druk. Utrecht : Nivel.

Premkumar, G. (2003). *A meta-analysis of research on information technology implementation in small business*. Journal of organizational computing and electronic commerce, 13(2), p. 91-121.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2015). *Consumenten-eHealth*. Den Haag.

Rijen, A.J.G. van., Lint, M.W. de. & Ottes, L. (2002). *Inzicht in e-health*. Zoetemeer : Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Robert, G., Morrow, E., Maben, J., Griffiths, P. & Callard, L. (2011). *The adoption, local implementation and assimilation into routine nursing practice of a national quality improvement programme: the productive ward in England*. Journal of clinical nursing, 20(7-8), p. 1196-1207.

Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of innovations*. 4th edition. The free press, New York.

Venkatesh, V., Morris, M.G., Davis, G.B. & Davis, F.D. (2003). *User acceptance of information technology: toward a unified view*. MIS Quarterly 27, 425-478.

Young, R., Willis, E., Cameron, G. & Geana, M. (2014). *"Willing but Unwilling": Attitudinal barriers to adoption of home-based health information technology among older adults*. Health Informatics Journal, volume 20, 127-135.

Zettel-Watson, L. & Tsukerman, D. (2016). *Adoption of online health management tools among healthy older adults: An exploratory study*. Health Informatics Journal, volume 22, 171-183.

7. Bijlagen

7.1. Bijlage 1. Brief werving respondenten

Beste heer/mevrouw ,

Mijn naam is Renata Dimitrov en ik studeer Toegepaste Psychologie aan de Fontys Hogeschool in Eindhoven. Momenteel ben ik in opdracht van Stichting OOK (Optimale Ondersteuning bij Kanker) bezig met mijn afstudeeronderzoek. Dit onderzoek gaat over de implementatie van eHealth toepassingen bij oudere patiëntengroepen (60+). eHealth wordt op verschillende plekken in Nederland geïmplementeerd en toegepast. De implementatie blijkt echter niet altijd even goed te verlopen, waardoor onderzoek naar de succesfactoren en belemmeringen bij de implementatie nuttig kunnen zijn voor toekomstige implementaties.

Toevoegen wat zij met eHealth te maken hebben, leveren zij de toepassing of brengen zij de toepassing naar de eindgebruikers en connectie met de doelgroep?

Uw kennis en ervaring met eHealth en de implementatie hiervan zijn van grote waarde in het kader van mijn onderzoek. Hiervoor zou ik graag een afspraak in willen plannen om een interview te houden van circa 1 uur over de succesfactoren en mogelijke belemmeringen die u tegen bent gekomen bij de implementatie van eHealth bij oudere patiëntengroepen. Er zal een geluidsopname worden gemaakt van het interview om het interview naderhand te kunnen analyseren. Er zal vertrouwelijk worden omgegaan met de door u verstrekte informatie en er zal sprake zijn van anonimiteit van de geïnterviewden. Mocht u meer informatie willen over het onderzoek, ben ik naast dit e-mailadres ook bereikbaar via 06 22259689.

Na afloop zijn de resultaten van mijn onderzoek openbaar beschikbaar en kan ik u die toesturen.

Ik hoor zeer graag van u.

Met vriendelijke groeten,

Renata Dimitrov

7.2. Bijlage 2. Topiclijst

Algemene vragen; hebben jullie rekening gehouden met... ? Zo ja, op welke manier hebben is hier rekening mee gehouden?

Sociale omgeving van de eindgebruiker	
Omstandigheden voor het gebruik van de technologie (faciliteren van het gebruik)	
Ervaring met het gebruik / vaardigheden van de eindgebruiker	
De ervaren noodzaak van de eindgebruiker	
Beperkingen (fysiek/cognitief) van de eindgebruiker	
Prijsoverwegingen van de eindgebruiker	
Privacyzorgen van de eindgebruiker	
(Technische) ondersteuning voor de eindgebruiker	
Aansluiting bij de doelgroep (imago, waarden)	
Verwachtingen van de prestaties/voordelen	
Aanbod/beschikbaarheid van de toepassingen	

Attitude	Hoe was de attitude van personen t.o.v. de toepassing of het gebruik?	
Geslacht	Is er een verschil opgemerkt indien er naar geslacht wordt gekeken, omtrent de acceptatie of het gebruik van de toepassing ?	
Leeftijd	Is er een verschil opgemerkt indien er naar leeftijd wordt gekeken, omtrent de acceptatie en het gebruik van de toepassing?	
Vrijwilligheid van het gebruik	Is er een verschil opgemerkt tussen personen die de toepassing vrijwillig gebruikten en personen die werden	

	aangespoord om de toepassing te gebruiken?	
Opleidingsniveau	Is er een verschil opgemerkt indien er naar opleidingsniveau wordt gekeken, omtrent de acceptatie en het gebruik van de toepassing?	

Kunt u iets vertellen over..

Succesfactoren	Welke succesfactoren spelen een rol bij de implementatie van eHealth?
Belemmeringen	Welke belemmeringen spelen een rol bij de implementatie? Hoe is er met deze belemmeringen omgegaan?
Fasen van adoptie	Is er gebruik gemaakt van fasen binnen de implementatie? Zo ja, hoe zagen deze eruit?
Grootte van organisatie	Hoe speelt de grootte van een organisatie een rol bij de implementatie?
Management	Hoe is het management betrokken bij de implementatie?
Personeel	Hoe is het personeel betrokken bij de implementatie?
Noodzaak	In hoeverre wordt de noodzaak voor eHealth door organisaties ervaren?
Centralisatie	Hoe is de beslissingsbevoegdheid verdeeld in organisaties? Welke impact heeft dit gehad op de implementatie?
Kennismaking gebruikers	Hoe is de kennismaking met gebruikers verlopen? (Selectieve groep, willekeurig?)

7.3. Bijlage 3. Ethische verantwoording

Door de HBO raad zijn er gedragsregels (Andriessen, Onstenk, Delnooz, Smijsters & Peij, 2010) vastgesteld voor het uitvoeren van praktijkgericht onderzoek. Er zijn vijf algemene regels, namelijk a) het dienen van het professionele en maatschappelijke belang, b) respectvol zijn, c) zorgvuldig zijn, d) integer zijn en e) het verantwoorden van de gemaakte keuzes en gedrag. Deze regels verantwoorden een ethische wijze van handelen. Dat er op ethische wijze gehandeld is tijdens dit onderzoek blijkt uit verschillende aspecten. Het onderzoek richt zich op thema's die actueel zijn en veranderingen voor de beroepspraktijk kunnen betekenen. Het probleem dat door de opdrachtgever wordt ervaren is verweven in een groter maatschappelijk probleem. In het opstellen van de probleemanalyse is er samen met de opdrachtgever gekeken of het belang van de organisatie voldoende naar voren komt, maar dat de maatschappelijke context niet uit het oog is verloren door het probleem in een groter geheel te plaatsen. Het plan van aanpak is samen met de opdrachtgever gemaakt om een zo realistisch en compleet plan te maken. Dit is gedaan zodat er duidelijkheid bestaat over datgene waaraan wordt gewerkt en hoe dit wordt gedaan, waarin de onderzoeker de eigen vrijheid behield. Ook is de haalbaarheid hierin verwerkt, door feedback vanuit de opdrachtgever mee te nemen en hun rol hierin te bespreken.

Het theoretisch kader vormt richtlijnen voor het veldonderzoek. Er is gebruik gemaakt van nationale en internationale bronnen. Ook is er gebruik gemaakt van verschillende bronnen die elkaar mogelijk ondersteunen of elkaar tegenspreken. Er zijn geen artikelen weggelaten doordat zij mogelijk interfereerden met andere gebruikte bronnen. De bronnen zijn volgens de APA-richtlijnen verwerkt, waarbij er goed is gelet op de bronvermelding. Er is gebruik gemaakt van primaire bronnen, of secundaire bronnen indien dit wordt aangegeven.

Tijdens de werving van respondenten is er tijdens het contact (via e-mail en de telefoon) het doel helder gemaakt en gevraagd of er mogelijk nog vragen hierover zijn. De e-mail is te vinden in bijlage 1. Er is gecommuniceerd hoe het interview eruit zal zien en wat hierbij verwacht kan worden. Daarnaast is er besproken wat er met de gegevens gedaan gaat worden en hoe zij hierin vermeld zullen staan. Het deelnemen aan dit onderzoek is geheel op vrijwillige basis gedaan. Het belang van de organisatie of persoon waar het interview mee is gehouden, is niet sturend geweest door zo objectief mogelijk informatie te verzamelen. De stappen in de werving en selectie van deelnemers voor de interviews, zijn vooraf besproken met de opdrachtgever. Zodat er samen naar de beste manier gekeken kon worden.

De geïnterviewden zijn voorafgaand aan het interview op de hoogte gebracht van het doel en de procedure van het interview. Ook is er aangegeven dat er vertrouwelijk met de gegevens om zal worden gegaan en de data enkel voor dit onderzoeksdoel wordt gebruikt. Er is rekening gehouden met de privacy door de naam van de organisatie niet te benoemen en enkel een korte omschrijving van de activiteiten van de organisatie te geven. Er is geen toegang tot de data en gegevens geweest door personen die niet betrokken zijn tot dit onderzoek.

Bij de analyse van de data is er objectief gekeken naar de fragmenten en codes. Hierin zijn mogelijke belangen van de geïnterviewden niet meegenomen door de organisatie niet bij het fragment of de code te noemen. Tijdens het rapporteren van de bevindingen is er rekening gehouden met het kennisniveau van de groep waar het voor is geschreven. Ook hier is gelet op de privacy van de organisaties, en zijn er geen namen benoemd. Alle belangrijke gegevens zijn meegenomen. Er is geen sprake van weglating van data zonder onderbouwing. Er is bij de resultaten sprake van onpartijdigheid waardoor er geen sprake is van het enkel benoemen van gewenste resultaten.

7.4. Bijlage 4. Analyseplan

Elk interview is volledig getranscribeerd zodat deze gebruikt kan worden voor het analyse. Dit is gedaan door middel van een Word-document waarin een tabel die er al volgt uit ziet.

Tijd	Wie	Wat	Code
------	-----	-----	------

In de kolom 'tijd' is de tijd aangegeven wanneer iemand sprak. Daarnaast is er in de kolom 'wie' aangegeven wie aan het woord was. De derde kolom 'wat' geeft aan wat er is gezegd. De vierde kolom was voor het coderen. Er is niet gewacht tot elk interview is getranscribeerd voordat er al een begin is gemaakt met het analyseren. Er is in drie fasen gecodeerd, namelijk open coderen, axiaal coderen en selectief coderen (Boeije, 2014). Het opdelen van het transcript in fragmenten en het toewijzen van een code op basis van de boodschap die hierin wordt gegeven, is de eerste stap, oftewel open coderen (Boeije, 2014). Dit is gedaan door de fragmenten onder de kolom 'wat' te markeren en in de kolom 'code' aan te geven welke code hierbij hoort. Het transcript is tweemaal doorgelopen om na te gaan of er bij alle belangrijke fragmenten een code is toegewezen. Een voorbeeld van een transcript en open codering is te vinden in bijlage 5.

Hierna is er gekeken of de verschillende fragmenten of codes onder een bepaalde categorie ingedeeld konden worden. Dit wordt ook wel axiaal coderen genoemd (Boeije, 2014). Dit is gedaan door de fragmenten en codes op te schrijven op een stuk papier en deze nogmaals door te lezen. Er is gekeken naar de codes om hier bepaalde categorieën in te ontdekken. Wanneer dit het geval was, zijn de codes naar elkaar geschoven en is er een memo met de desbetreffende categorie op de codes geplaatst. Nadat alle codes in categorieën zijn geplaatst, zijn de categorieën nogmaals nagelopen om na te gaan of de codes mogelijk toch niet bij een andere categorie horen. Op basis van de categorieën is de codeboom aangepast.

De laatste stap, het selectief coderen, houdt in dat er is gekeken of en welke verbanden er tussen de verschillende categorieën zijn (Boeije, 2014). Dit is gedaan door de categorieën na te lezen en na te gaan of zij verband houden met fragmenten/codes die zijn benoemd. Ook is er dan nagegaan welk verband er aanwezig was.

Op basis van de codering is er een codeboom gemaakt. Deze is te vinden in bijlage 6.

Op basis hiervan zijn resultaten naar voren gekomen die gebruikt zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Er is naar overeenkomsten maar ook verschillen gekeken met betrekking tot het theoretisch kader. Die bevinden zijn te vinden in het hoofdstuk resultaten.

7.5. Bijlage 5. Voorbeeld codering

Tijd	Wie	Wat	Code
0.02	A1	Nou goedemorgen. Ehm. Mijn naam is Renata Dimitrov en ik studeer Toegepaste Psychologie aan de Fontys in Eindhoven. Ik zit nu in mijn vierde jaar ehm en ik doe een afstudeeropdracht voor Stichting OOK. Optimale ondersteuning bij kanker. En daarbij gaat het om de implementatie van eHealth bij oudere patiëntengroepen. Ehm. Zo ben ik bij u terecht gekomen, want u heeft al eHealth geïmplementeerd, of u bent ermee bezig geweest. Dus ik ben erg benieuwd of u ehm eerst iets over uzelf zou kunnen vertellen en de instantie en de link daarmee met eHealth.	
0.33	R4	Ja. Goed. Ehm naja. Ik ben XXX. Ik ben ehm, mijn achtergrond is verpleegkundige en daarnaast heb ik nog een master gezondheidswetenschappen gedaan. Ehm dus ik ben zowel inhoudelijk verpleegkundige en nu vooral meer bezig met de beleidsmatige zaken. Dus ik ben nu binnen XXX ehm projectleider eHealth bij de zorggroep volwassenen en de zorggroep senioren. En daarnaast ben ik manager bedrijfsvoering in opleiding. Dus ik stuur ook één team aan. Ehm. En ik werk er nu bijna 14 jaar binnen XXX. Ik heb op verschillende afdeling al gezeten. Ehm. Ja de link naar eHealth. Ehm. In 2005, ehm, ja we hebben al eerder een project gehad om eHealth te implementeren. Dat is met name ook heel erg ehm ontwikkelen met elkaar. En ehm een soort eHealthlab hadden we op een locatie. Waarbij we wel merkten, van ja, dat was een hele kleine club enthousiaste behandelaren en een andere projectleider zat erop. Dat was heel interessant en heel leuk, maar het kwam niet bij de teams. Ehm en toen eind najaar 2015 toen hebben ze bij de zorggroep volwassenen, daar was ik toen werkzaam, gevraagd van, goh we willen ehm daar toch in doorpakken. We willen nu echt eHealth gaan implementeren, dat het gebruikt gaat worden. Wil jij daarin in een projectgroep gaat zitten, als projectmedewerker. Nou dat heb ik toen gedaan. Dus voor mij, was tot die eHealth een ja, een onbekend iets. Ehm maar ik hou wel heel erg van computers, van communicatie, sociale media. Ehm dus die interesse was er wel. En maar echt de toepassing van eHealth of een portaal, heb ik me echt moeten verdiepen. Inmiddels ben ik daar wel redelijk in gespecialiseerd nu. Ehm naja toen ben ik dat bij de zorggroep volwassenen gaan doen. Dat liep erg goed. Ehm en zodoende heeft toen de directeur van centrum senioren mij gevraagd, goh we zoeken een projectleider nog, zou jij dat willen doen. Ehm maar bij het centrum van senioren hadden ze toen niet een manager in het team, die dat samen zou kunnen doen. We hebben uiteindelijk wel gezegd, we willen dan een projectleider of een projectmedewerker maar ook gewoon een manager. Die ook de behandelaren aanstuurt en ook kan zeggen, goh dit gaan we nu doen. Ehm dus hebben ze bij het centrum senioren gekozen om mij daar ehm als projectleider samen dus met een extern bureau, XXX. Dat was ook met die presentatie op die Zorg&ICT beurs. Naja dat zijn we gaan doen en naja. Hoe dat is gegaan ehm, ja dat hebben we ook in die presentatie deels verteld. Dus we zijn bij centrum senioren was in eerste instantie ook heel	Co-creatie Enthousiast Belemmering Belangrijk figuur Geen mogelijkheid eigen beeldvorming kartrekkers verdeling verkenning leef durf

		veel weerstand. Dat behandelaren zeiden, onze cliënten hebben geen computers, sommige hebben geen televisie. Laat staan, hoe moeten die gaan inloggen en modules. Maar waar we wel achter kwamen, is dat soms behandelaren zelf soms zelf niet zo waren, van online en digitaal. Ehm maar dat er wel een grote hobbel, maar ook de beeldvorming een ouder iemand achter de laptop, ja dat kan niet. En ehm dus we hebben toch toen bekeken, goh zijn er wel behandelaren die dat wel zouden willen. Ehm en toen hadden we een klein clubje, die noemden we ambassadeurs. En een paar hadden dan zelf ehm hadden zelf aangegeven en een aantal aangewezen door de manager. Met die mensen zijn we eerst gaan verkennen, wat kan er wel. Mensen hadden al een eerdere poging gedaan, van goh waarom is het toen mis gegaan. Hoe kunnen we dat nu anders gaan doen. En ehm door ook alle input van het externe bureau hadden we ook meer lef. Durfden we ook meer dingen te zeggen, nou dit gaan we gewoon proberen, dit gaan we doen.	
4.07	A1	Hmhm	
4.07	R4	Ehm. Dus, dus we zijn daar gestart. En ehm behandelaren hebben dus in eerste instantie zelf cliënten mogen aanmelden. We hebben toch gedacht, kijk even in je caseload van cliënten. Zijn er cliënten die toch misschien online boodschappen doen, of op facebook zitten of ehm winkelen. En ehm denk je niet die mensen zouden kunnen inlopen in ene portaal, gewoon heel laagdrempelig, misschien niet eens een module invullen. Alleen een berichtje sturen of in de bibliotheek kijken. Ehm dat hebben we gedaan. Nou ja op basis daarvan hadden we ongeveer 50 cliënten die deelnamen. Ehm en ook mantelzorgers. We hebben ook een speciale module voor mantelzorgers. Ehm. Maar sinds kort, we hebben nu twee weken geleden ook, hebben we alle cliënten tussen de 60 en 75 jaar, met uitzondering van cliënten met ehm echt nevendiagnose van dementie of ehm echt acute psychose of manische episode. Dus dat mensen echt heel erg verward zijn. Die hebben we eruit gehaald. Toen hielden we een bestand over van ongeveer van 700 cliënten. Die hebben we allemaal een brief gestuurd met uitleg over, goh er is ook een portaal ehm. Wilt u daaraan meedoen? Een deel van de behandeling zal via het portaal lopen. Dat mensen dan een antwoordstrook moesten terugsturen met hun e-mailadres. Ook met de vraag, wilt u een account. En ehm naja. We hadden 700 brieven verstuurd. Binnen een week hadden we er 100 terug.	Eigen initiatief Laagdrempelig informer
5.31	A1	Oke.	
5.31	R4	En tweederde van die cliënten wilden dus graag meedoen. Een derde stuurde terug ik heb geen computer of geen interesse, of. Twee derde wel, dus die hebben we gelijk ook allemaal uitgenodigd om ehm lid te worden van de omgeving. En ja, het gevolg is dus dat we bijna 90 cliënten online hebben. Dus dat is 40 cliënten erbij. Ehm en ook wel dat de behandelaren ehm dat we wel merkten van ja, behandelaren dachten ineens he, wil die cliënt meedoen, heeft hij wel een e-mailadres. En ehm dat behandelaren dus een beetje overdonderd waren door hun cliënten. Dus dat we wel merkten van, door deze interventie hebben we een beetje de behandelaren gepasseerd. En daardoor ehm, ja komt ineens naar voren dat mensen wel e-	Gebrek computer Verbaasd Overdonderd Passeren Mogelijkheid

		mailadressen hebben en online wel iets kunnen doen. Dus dat is wel een hele mooie, ja mooie sprong eigenlijk. Die we de afgelopen twee weken hebben gemaakt.	
6.22	A1	Ja.	
6.24	R4	Dus dat is een beetje waar we nu staan.	
6.26	A1	Ja. Oke. En als we een stapje terug doen. Want u zei, in 2015 zijn we begonnen. Ehm hoe is dat idee ontstaan om mee te beginnen?	
6.35	R4	Ehm ja dan moet ik goed nadenken, want toen was ik er dus niet zo goed bij betrokken. Maar ik weet wel dat er op een gegeven moment veel meer ging rondzingen. Van nou, ehm digitale wereld. Dat is volgens mij, met de mogelijkheid om te beeldbellen met cliënten, dus skypen. Dus ook wel dat zorgverzekeraars volgens mij ook steeds meer vragen erover gingen stellen aan onze organisatie. Van goh bieden jullie dit al aan? Ehm dus op die manier is het toen wel meer begonnen. Ehm. Maar het is toen meer begonnen vanuit de interesse of leuk voor erbij, terwijl we nu toch steeds meer, en de eisen die de zorgverzekeraar stelt. We moeten eigenlijk gewoon hierin mee. Ehm ja het idee zou kunnen zijn dat het de zorg goedkoper maakt ook al hebben onderzoeken dat nog niet bewezen. Zover ik weet zijn er wel verschillende wetenschappelijke onderzoeken gedaan naar dus de, ja. Of dat de doorloop tijd korter kan worden van een behandeling. Ehm. Maar tot nu toe hebben we gezien, dan zijn er bijvoorbeeld gewoon behandelingen voor depressie. Iemand die face-to-face komt of een blended behandeling, dus iemand die thuis iets doet en face-to-face. Dat eigenlijk de resultaten hetzelfde zijn, en ook de doorloop tijd. Dus ze zijn nog niet op ons gebied, ja bewijzen dat het ook goedkoper is. Dus dat is ook wat onze raad van bestuur zegt, dat is niet de grootste reden waarom we dit doen. Het is echt om het aan te bieden aan cliënten. Iets extra's te bieden ehm. En dan mee te gaan met de moderne tijd ehm. En ja, dan moeten we met elkaar maar uitzoeken, uitvinden van ehm ja wat is nu echt het effect ook van op de financiën. Maar dat is niet de reden. Het is vooral om de cliënt te ondersteunen, meer eigen regie te geven. Dus dat hij ook tussen de afspraken door bezig is aan het werk aan zijn of haar herstel. Dus dat is toen de aanleiding geweest.	Bekendheid Vraag Visie Moeten Doel Extra Meegaan Eigen regie Bezig zijn
8.23	A1	Hmhm. Ja en hoe is dat ehm zeg maar, ehm. Begonnen? Zijn er bepaalde fases geweest waarin jullie hebben gewerkt?	
8.31	R4	Ehm. Naja. Dat vind ik een klein beetje lastig, omdat ik daar toen niet bij betrokken was. Ik weet dat er toen uit elke zorggroep, dus bij ons kind en jeugd, volwassen en senioren. Zijn er dus twee behandelaren, zijn eraan gaan meewerken. Ze hebben toen volgens mij wel een ontwikkelfase gehad en een fase waarin het dan live ging. Ehm. Maar die fase waarin het live ging, toen werd het volgens mij nog niet voldoende gedragen door de managers en de directie. Dus het werd inderdaad toen ook nog meer gezien als iets voor erbij. Het hoeft niet. En daardoor is er ook, zijn er geen stappen gemaakt. Dus behandelaren kregen wel, als je wilt kun je inloggen. Cliënten kunnen uitgenodigd worden. Maar dat is gewoon niet gaan lopen. En ehm. Dus eigenlijk die fase van echt het, de start, die is niet goed van de grond gekomen. Ehm en als ik het vergelijk met nu. Nu hebben we gewoon, op	Fasen Gedragen Erbij Optioneel Belemmering Moet Informer Keuze cliënt

		een gegeven moment hebben de managers gezegd; alle behandelaren moeten minstens één cliënt online hebben. Nu hebben we zo een grote cliëntengroep aangeschreven, van hey dit bieden we ook. En laten we de keuze aan de cliënt. En dat is toen allemaal niet gebeurd.	
9.34	A1	Nee.	
9.34	R4	En we hebben wel verschillende fases gehad. Volgens mij meer echt de inventarisatiefase de ontwikkelfase, toen meer de start, en dat is. Daar is het blijven hangen.	Fasen
9.45	A1	Ja. En inventarisatiefase, is dat dan ehm bij de medewerkers zelf geweest of bij ehm cliënten?	
9.54	R4	Ik denk dat ze dat toen vooral bij de behandelaren zelf en die namen af en toe een cliënt mee. Volgens mij, naar bijeenkomsten. Dus die zijn er wel bij betrokken geweest.	inventarisatie
10.03	A1	Oke. En u zei, dat het in de eerste instantie niet echt van de grond kwam. Door de managers en de behandelaren, ehm. En hoe is dat nu veranderd?	
10.12	R4	Ja doordat toch wel de opdracht meer van bovenaf is gekomen, klinkt het stom. Maar gewoon van, jongens dit gaan we gewoon doen. Dus de raad van bestuur heeft daarop ingezet, er is nu ook fors op geïnvesteerd. Dus ook dat ik als projectleider daar veel uren voor heb. Er is nu een vernieuwd portaal, we hadden de oude variant van het portaal van wat we nu gebruiken. Ehm dus we hebben nu ook veel contact met de leverancier van het portaal. We hebben dat nu gewoon opgenomen in jaarplannen. Dat was eerst niet. Ehm dus het is opgenomen in jaarplannen. In de visie die we hebben. Ehm en er wordt gewoon op gestuurd. Ook wel gecontroleerd van ja heb jij al een cliënt online. Hoeveel cliënten zitten er in het portaal. Ik stuur nu wekelijks een overzichtje naar de directeur van het centrum senioren. Hoeveel nieuwe aanmeldingen heb ik. Zij willen ook weten welke behandelaren hebben wel een cliënt aangemeld en welke niet. Ehm. Ja zo hadden we een training voor behandelaren. Echt gekeken, wie zijn er niet. Die moeten het inhalen. Dus ehm we hebben ook, er is gewoon meer prioriteit aan gegeven en meer op gestuurd. En ehm ja. Dat maakt het ook, sommige behandelaren vonden het ook niet leuk. Sommige behandelaren zeiden, ik vind het helemaal niet leuk maar het moet. Dus laten we iets afspraken want ik moet de training eHealth inhalen. Dus als je er met mensen over praat, en je laat het portaal zien, dan zeggen ze; oh ik heb wel een cliënt waarmee ik die module wel zou willen doen. Dus dat het ook de onbekendheid is wat bij mensen denk ik zorgt dat in eerste instantie wat weerstand hadden.	Opleggen Investeren Sturing Opnemen geheel Gestuurd Controle Consequenties Prioriteit Niet leuk Moeten Meevallen onbekendheid
11.43	A1	Ja. U zei dat ze het niet leuk vonden.	
11.45	R4	Nee. Dat is letterlijk ehm wat. Toevallig zat ik gisteren nog met een psychotherapeut van het centrum senioren. Die moest nog steeds de training inhalen van drie maanden geleden of langer. Was november zelfs, die training. En die zei gewoon letterlijk, ik vind het helemaal niet leuk en ik wil het niet. En ik heb er geen zin in, maar het moet dus ehm laten we een afspraak plannen. Dus dat is wel fijn dat mensen zo eerlijk zijn. Maar eigenlijk toen ik haar liet zien, we gingen inloggen. En ik liet haar, we hebben dan een eHealth module stemmingsdagboek en dan kunnen mensen dus elke dag een cijfer geven voor hun stemming. En met tekst. En dat kunnen ze elke dag inleveren. Toen had ze gelijk, goh ik weet wel een cliënt die daar baat aan	Willen Geen zin Laten zien Kennis Oudere generatie

		zou kunnen hebben. Dus toen ze wist eigenlijk, wat is het nou precies en hoe ziet het portaal eruit. Toen had, werd ze veel milder. Het is ook, ze zei ook wel, misschien speelt het ook mee, ik ga over een jaar met pensioen. Dus we merken ook wel dat de behandelaren bij ons centrum senioren, lijken ook zelf wat ouder dan bij andere zorggroepen. Dus het lijkt ook dat dan de bereidheid voor iets nieuws en iets digitaals ook, dat dat ook wat minder is bij deze behandelaren.	
12.54	A1	Ja.	
12.55	R4	Dus dat ehm, dat speelt denk ik ook mee.	
12.58	A1	En waardoor denkt u dat dat komt?	
13.00	R4	Ehm nou, wat we wel merken is dat het mensen zijn die heel lang ook op dezelfde plek zitten qua werk. Dus dat zijn beetje, vastgeroest wil ik niet zeggen, maar wel heel lang hetzelfde doen. En heel goed zijn in hun vak, inhoudelijk en dat ook bijhouden. Maar alles wat daar soms verder bijkomt soms, dat ze daar wat moeite mee hebben. Dus echt mensen die uit gewoonte routine dingen doen. En dan is eHealth toch, ja de term vinden ze al lastig. En ehm ja. Ze behandelen dan ook oudere cliënten. Het is wel grappig, alsof de baas op het hondje gaat lijken haha. Maar dat is ook, ja ze zitten in die doelgroep en ehm ja. Daar kom je dan veel mee in aanraking. Dus dat toch iets anders is dan behandelaren die jeugdigen behandelt. Dat merken we toch een verschil in.	Vastgeroest routine lastig zelf doelgroep verschil
13.51	A1	Ja. En ehm ze zeiden dus, ik vind het niet leuk. Hebben ze dan aangegeven wat ze precies niet leuk zouden vinden aan het gebruik van..	
13.58	R4	Nou ze vonden het vooral niet leuk om iets nieuws te moeten leren. Ze was dan te bang dat het te ingewikkeld was. Ik ben dus niet goed met computers ehm. Maar ook de druk. We merken wel dat bij onze behandelaren, het is erg druk. Dus het zijn hele drukke tijden. En er worden steeds meer eisen gesteld wat ze aan registratie moeten doen. Ze moeten heel veel inzichtelijk maken. Veel werkoverleg ehm. Dus het is gewoon heel hectische periode als organisatie. Veel veranderingen dus ja, omdat we ons toch financieel gezond moeten houden. Dus dan hebben zij het gevoel van, het komt erbij. En ehm ja. Ehm dat was bijvoorbeeld net een training geweest om ehm medicatieveiligheid, suïcidepreventie en ja dan moesten ze ook een training eHealth. Dus dan komt er gewoon veel op ze af. Ehm. Maar wat zij niet leuk vond, was ook ja ik ben bang dat ik het niet kan en ehm. Ja mensen hebben dan ook volgens mij een te ingewikkeld beeld van eHealth. Want eigenlijk toen ik het ze het portaal laat zien, of ik laat het kort uit hoe ze het kunnen benutten, ja dan valt het wel mee. Als ik het zo terughoor. Dus het is een beetje angst denk ik voor het onbekende.	Leren Angst Druk Erbij Niet kunnen Beeldvorming Meevallen onbekende
15.07	A1	Ja. Oke. En de personen, en de behandelaren die het wel heel gemakkelijk zijn gaan gebruiken. Wat waren redenen dat zij wel zo makkelijk overtuigd waren?	
15.16	R4	Ehm. Ja er was een behandelaar, die was zelf al betrokken in 2005 bij dat eHealthlad. Ehm zij zegt van, ja ik geloof hier gewoon in. Ik zie gewoon ehm dat het werkt en de modules zijn gewoon goed. En ehm ja. We hebben mensen die kunnen het gewoon zelfstandig en zij heeft daar ook wel heel veel affiniteit mee. Met computers en digitaal en ehm.	Geloven Meerwaarde Affiniteit Karakter huivering

7.6. Bijlage 6. Codeboom

- I. Sociale invloed
 - zorgverlener
 - kinderen
 - overige
- II. Ondersteuning
 - Kennis
 - Vaardigheden
 - Faciliteren hardware
- III. Meerwaarde
 - Ambassadeur
 - Eigen idee
- IV. Succesverhalen
- V. Ervaring
 - Meevallen
- VI. Visie
 - Integratie/standaardisatie
 - Betrokkenheid
 - Inventarisatie
 - Afstemming
 - Werkdruk
 - Tijd investeren
 - Sturing
- VII. Aannames
 - Betutteling
 - Verantwoordelijkheid
 - Bescherming
 - Onderschatting
- VIII. Angsten
 - Onbekendheid
 - Moeilijkheidsgraad
 - Privacy (oudere gebruiker)
 - Baan (zorgverlener)
- IX. Funfactor
- X. Oudere gebruiker
 - Geslacht
 - Persoonlijkheid
 - Leeftijd
 - Opleidingsniveau
- XI. Kosten
- XII. Mensenwerk
 - Gewenning

7.7. Bijlage 7. Mindmap

