

ERVARINGEN EN VERWACHTINGEN VAN HARTPATIËNTEN OVER E-HEALTH TOEPASSINGEN IN DE EERSTELIJNS FYSIOTHERAPIE



IN SAMENWERKING MET:



Naam: Wouter van de Weijer

Studentnummer: 2184188

Opleiding: Fysiotherapie

Fontys Paramedische Hogeschool

Eindhoven

Versie: 1.0

Begeleider: Jaron Schnitzer

Datum: 08-06-2015

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeeronderzoek over *“de verwachting en ervaring van chronische hartpatiënten die revalideren in een eerstelijns fysiotherapiepraktijk over de toepassing van E-health.”*

Dit onderzoek is onderdeel van het afstuderen aan de opleiding Fysiotherapie van de Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven. Ik heb voor dit onderzoek gekozen vanwege het gebrek aan literatuur dat beschikbaar is over chronische hartpatiënten ten aanzien van E-health toepassingen in het proces van het methodisch fysiotherapeutisch handelen van de fysiotherapeut. Daarnaast was ik nieuwsgierig naar de ervaring en verwachting van chronische hartpatiënten over E-health toepassingen.

In eerste instantie zou het kwalitatief onderzoek plaats vinden in het Elkerliek ziekenhuis te Helmond met chronische patiënten en zorgverleners ten aanzien van E-health toepassingen. Dit onderzoek zou uitgevoerd worden met drie studenten van de Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven. Helaas hebben we de samenwerking met het Elkerliek ziekenhuis wegens omstandigheden moeten beëindigen. Vervolgens is er overgeschakeld naar een nieuwe opdrachtgever, namelijk: eerstelijns fysiotherapiepraktijk Fysiomotion te Panningen. Bij deze praktijk kon het kwalitatief onderzoek als nog plaatsvinden. Elke student heeft een andere populatie onderzocht ten aanzien van de verwachtingen en ervaringen over E-health toepassingen.

Voor het tot stand komen van dit onderzoek wil ik mijn dank uitbrengen aan de begeleiders van de Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven. In het bijzonder gaat mijn dank uit naar Jaron Schnitzer als begeleider van dit onderzoek. Zijn kritische feedback, enthousiasme en zijn duidelijke ideeën gedurende het onderzoek hebben mij geholpen om tot dit resultaat te komen. Verder wil ik Anke Lahaije bedanken voor het beoordelen van mijn projectplan. Graag wil ik de contactpersonen van Fysiomotion, te weten Luuk Spreuwenberg en Gerard Greefkens bedanken voor de prettige samenwerking. Ik wil de deelnemers bedanken vanwege hun tijd en enthousiasme gedurende het interview. Mijn dank gaat ook uit naar familie en vrienden voor de feedback die ik heb gekregen over dit onderzoek. Als laatste wil ik mede- studenten en onderzoekers Jill Trepels en Melissa Pantjes bedanken voor de goede samenwerking gedurende het onderzoek.

Ommel, juni 2015

Wouter van de Weijer

Samenvatting

Achtergrond

Door de toename van vergrijzing zijn er steeds meer mensen met chronische ziektes, waardoor de zorgvraag stijgt. Om dit te beperken is alternatieve zorg nodig. Hierin zou E-health een belangrijke rol kunnen spelen. E-health is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. In de literatuur is echter weinig bekend over E-health toepassingen ten aanzien van chronische hartpatiënten. Om deze reden is het onderzoek gericht op *“de verwachting en ervaring van chronische hartpatiënten die revalideren in een eerstelijns fysiotherapiepraktijk over de toepassing van E-health.”*

Methode

Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek om de verwachtingen en ervaringen van chronische hartpatiënten over E-health toepassingen in kaart te brengen. Er zijn semigestructureerde interviews afgenomen in combinatie met open vragen. De interviews zijn letterlijk getranscribeerd en zijn vervolgens geanalyseerd door middel van open en axiaal coderen.

Resultaten

Aan dit onderzoek hebben elf hartpatiënten deelgenomen. Drie vrouwen en acht mannen met een gemiddelde leeftijd van 68,1 jaar. Er zijn zes belangrijke thema's zichtbaar geworden: 'bekend zijn met E-health mogelijkheden', 'verwachtingen op korte en lange termijn over E-health', 'digitale vaardigheden en de invloed van leeftijd', 'voor- en nadelen van E-health', 'positieve en negatieve ervaringen informatievervalschafting' en 'wensen en behoeften aan E-health als communicatiemiddel.'

Conclusie

De verwachtingen en ervaringen van de deelnemers over E-health toepassingen lopen erg uiteen. Drie van de elf deelnemers zijn bekend met gedeeltelijk online aanmelden van Fysiomotion. Sommige deelnemers verwachten dat E-health een aanvulling is op het behandeltraject en zouden er gebruik van willen maken, terwijl andere deelnemers het liever bij de huidige situatie houden. De deelnemers achten de toepassing van E-health als ondersteuning van de behandeling bij achteruitgang van de fysieke gesteldheid en makkelijkere communicatie als potentiële mogelijkheid.

Abstract

Background

There are more people with chronic diseases due to the increase of ageing of the population, therefore the need for health care grows. To scale this down alternative care is needed. This is where E-health could play an important role. E-health is the use of new information and communication technologies, especially internet technology, to support or improve health and health care. There is not much information in the literature about E-health applications regarding chronic cardiac patients. For this reason the study focuses on “the expectation and experience concerning the application of E-health of chronic cardiac patients who revalidate in a practice for physiotherapy.”

Method

The chosen method is qualitative research to survey the expectations and experiences of chronic cardiac patients about E-health applications. Semi structured interviews are applied in combination with open questions. The interviews are transcribed literally and analysed through open and axial coding.

Results

Eleven cardiac patients participated in the study. Three women and eight men with an average age of 68,1 years. Six important themes became visible: ‘familiarity with possibilities of E-health’, ‘expectations of E-health on the short and long term’, ‘digital skills and the influence of age’, ‘advantages and disadvantages of E-health’, ‘provision of positive and negative information’ and ‘wishes and needs for E-health as means of communication.’

Conclusion

The expectations and experiences of the participants about E-health applications vary a lot. Three out of eleven participants are known with partial online registration of Fysiomotion. Some participants expect E-health to be an addition to the treatment process and would like to use it, where other participants prefer the current situation. The participants think well of E-health as an addition to the treatment in case of relapse of the physical situation and easy way of communication.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting.....	2
Abstract.....	3
Inhoudsopgave	4
1. Inleiding	6
2. Methode.....	10
2.1. Onderzoeksdesign.....	10
2.2. Onderzoekspopulatie.....	10
2.2.1. Werving onderzoekspopulatie	11
2.3. Data-verzameling	11
2.4. Data-analyse	12
2.5. Ethische aspecten	13
3. Resultaten.....	14
3.1. Beschrijving onderzoekspopulatie	14
3.2. Belangrijke thema's.....	14
3.2.1. Bekend zijn met E-health mogelijkheden	15
3.2.2. Verwachtingen op korte en lange termijn over E-health	15
3.2.3. Digitale vaardigheden en de invloed van leeftijd	16
3.2.4. Voor- en nadelen van E-health.....	18
3.2.5. Positieve en negatieve ervaringen informatieverschaffing.....	20
3.2.6. Wensen en behoeften aan E-health als communicatiemiddel	21
4. Discussie	22
4.2. Bekend zijn met E-health mogelijkheden	22
4.3. Transparantie en privacy EPD	23
4.4. Voor- en nadelen E-health.....	24
4.5. Digitale vaardigheden en de invloed van leeftijd	24
4.6. Sterke punten van het onderzoek	25
4.7. Beperkingen van het onderzoek.....	26

4.8. Vergelijken resultaten onderzoek E-health chronische hartpatiënten, COPD patiënten en claudicatio intermittens patiënten	26
5. Conclusie	28
5.1. Aanbevelingen	28
5.1.1. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	28
5.1.2. Aanbevelingen voor de praktijk	28
Literatuurlijst	30
Bijlage I: KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging.....	I
Bijlage II: Informatiebrief.....	II
Bijlage III: Informed consent	IV
Bijlage IV: Topiclijst	V
Bijlage V: Interview schema	VI
Bijlage VI: Codelijst.....	X
Bijlage VII: Geheimhoudingsverklaring	XVIII

1. Inleiding

In Nederland is het huidige zorgstelsel drastisch aan het veranderen, onder andere vanwege een stijging van de zorgkosten. Met bijna 75 miljard euro is de gezondheidszorg momenteel de grootste kostenpost in ons land (<http://www.zorghulpAtlas.nl/>, 2013). Dit is 30% van alle rijksoverheidsuitgaven en wanneer het in dit tempo doorgaat zal de helft van de rijksbegroting in 2040 opgaan aan de gezondheidszorg (<http://www.zorghulpAtlas.nl/>, 2013). Een deel van de stijging is te verklaren doordat 1% van de bevolking in 2000 ouder was dan 65 jaar, tegenover de verwachting dat in 2030 ongeveer 25% van de bevolking 65 jaar of ouder zal zijn. Een toename van het aantal ouderen draagt er toe bij dat er verhoudingsgewijs meer mensen zijn met één of meer chronische ziektes. Door deze toename zal de zorgvraag verder stijgen. (Timmer, 2010; Nivel, 2012).

Behalve een toename van ouderen zijn een veranderde levensstijl met een verkeerd voedingspatroon en een gebrek aan beweging oorzaken voor het stijgend aantal chronische ziektes. De diagnostische- en behandelmogelijkheden zijn de afgelopen jaren toegenomen, waardoor mensen met één of meer chronische ziektes langer leven (Timmer, 2010). Coronaire hartziekte en hartfalen zijn een voorbeeld van chronische ziektes. Op 1 januari 2007 telde Nederland 405.186 mannen en 243.151 vrouwen met de diagnose coronaire hartziekte. Gedurende het jaar 2007 kwamen er ongeveer 82.100 nieuwe patiënten met deze aandoening bij (Gommer & Pools, 2010). Naarmate mensen langer leven stijgt het percentage hartfalen en komt het bij mannen vaker voor dan bij vrouwen. Op 1 januari 2007 telde Nederland ruim 120.200 patiënten met hartfalen, waarvan 49.900 mannen en 70.300 vrouwen. In de loop van het jaar kwamen er nog eens 39.400 patiënten bij (Gommer & Pools, 2010).

Coronaire hartziekte is een verzamelnaam voor aandoeningen die veroorzaakt worden door vernauwingen van de kransslagaderen als gevolg van atherosclerose (Achtien et al. 2011).

Deze aandoeningen komen meer voor naarmate er veroudering optreedt. Dit gaat vaak gepaard met een ongezonde levensstijl zoals roken en een slecht voedingspatroon. (Vaartjes, Visseren, van Dis & Bots, 2010). Hartfalen is een complex van klachten en verschijnselen als gevolg van een verminderde pompfunctie van het hart. De belangrijkste oorzaken van hartfalen in westerse landen zijn ischemische hartziekte en hypertensie. Vermoeidheid, verminderd inspanningsvermogen en kortademigheid zijn beperkingen die hartpatiënten in het dagelijkse leven ondervinden (Achtien et al. 2011).

De economische impact van hartfalen is groot, aangezien dit één van de meest kostbare chronische ziektes is. De kosten die hiermee in verband worden gebracht, zijn 1-2% van alle uitgaven voor gezondheidszorg (Kitzman et al., 2001; Lee, Chavez, Baker & Luce, 2004; Rydén-Bergsten & Andersson, 1999). Zorgverleners vervullen een cruciale bijdrage aan de kwaliteit van leven van chronische hartpatiënten. De fysiotherapeut speelt in op deze ziektes door de bewegingsmogelijkheden van de chronische hartpatiënten in kaart te brengen en te optimaliseren. Met de fysiotherapeutische doelstelling voor de behandeling wordt getracht de patiënt weer optimaal te

laten participeren in zijn of haar sociale omgeving en werksituatie voor verbetering van kwaliteit van leven (Achtien et al. 2011).

Om de hoge zorgkosten te beperken, is alternatieve en andere afstemming van zorg nodig (Timmer, 2010). Er wordt veel ingezet op E-health door zorgverleners, maar wat wordt er eigenlijk bedoeld met dit begrip? Van Rijen, de Lint en Ottes (2002) definiëren E-health als: "het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren" (p. 10-11). E-health toepassingen die steeds meer gebruikt worden, zijn medische applicaties op de smartphone zoals stappentellers of het meten van je hartslag en bloeddruk. Zorgverleners vinden medische applicaties op de smartphone een nuttig medisch hulpmiddel. (Van der Geest, Boudeling & Janssen, 2013). De chronische patiënt gebruikt medische applicaties om de gezondheid te monitoren (Boersma & Vermunt, 2015).

Vandaag de dag bestaan er hoge verwachtingen van E-health. Indien het goed gebruikt wordt, kan E-health bijdragen aan betaalbare en toegankelijke zorg van goede kwaliteit (NIA, 2012; Krijgsman et al. 2013). Daarnaast zorgt E-health ook voor verbetering van vrijheid en zelfredzaamheid van patiënten, zodat zorg doelmatiger gecoördineerd kan worden. De mogelijkheid van Informatie- en Communicatie Technologie (ICT) wordt nog niet volledig benut in de gezondheidszorg. Er is meer behoefte aan gericht onderzoek over het effect van E-health en ICT (NIA, 2012; Krijgsman et al. 2013).

Door de toename van het aantal internetgebruikers neemt het gebruik van E-health ook toe onder patiënten en zorgverleners. In Nederland kan 94% van de mensen gebruik maken van internet, waarvan 66% informatie genereert over ziekte en behandeling. Mogelijke doelen van E-health zouden het verminderen van reistijd en de daling van kosten kunnen zijn. Echter van patiënten die verleden jaar contact hebben gehad met de fysiotherapeut is 75% er niet van op de hoogte dat een afspraak online gemaakt kan worden (Krijgsman et al. 2013; van Rijen et al. 2002). Sommige patiënten geven de voorkeur voor 'face-to-face' zorgverlening (Gregory, Alexander & Satinsky, 2011). Patiënten zijn bang dat ze persoonlijk contact zullen missen op het moment dat E-health een normaal consult vervangt. Dit hoeft niet, want er zijn ook andere vormen van E-health, zoals telemedicine (Van Rijen et al. 2002). Het gaat hierbij om het gebruik van communicatietechnologieën om zorgverleners en patiënten aan elkaar te koppelen. Dit wordt mogelijk gemaakt wanneer ze zich op verschillende locaties bevinden door bijvoorbeeld een bel- of videoverbinding (Van Rijen et al. 2002).

Om de verschillende E-health toepassingen op de juiste manier in te kaderen voor dit onderzoek wordt er gebruik gemaakt van de Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) richtlijn fysiotherapeutische verslaglegging (Heerkens, Hendriks & de Graaf-Peters, 2011). De verslaglegging is van belang, omdat het als hulpmiddel gebruikt wordt om fysiotherapeuten te ondersteunen bij besluitvorming tijdens de behandeling van hartpatiënten (Heerkens et al. 2011). De fysiotherapeut begeleidt en stimuleert de hartpatiënt met betrekking tot een gezonde levensstijl door de 8 stappen van het methodische fysiotherapeutisch handelen (Bijlage I) te doorlopen. Op advies van het lectoraat

van de Fontys Paramedische Hogeschool is er in dit onderzoek gekozen om 4 van de 8 stappen van het methodisch fysiotherapeutisch handelen te onderzoeken aan de hand van E-health toepassingen. Dit is bewust gedaan gezien de omvang en de korte tijdsperiode van het onderzoek. De stappen die onderzocht worden zijn:

stap 1: de aanmelding

stap 3: het fysiotherapeutisch onderzoek

stap 5: het behandelplan

stap 7: de evaluatie

Er is gekozen voor specifiek deze 4 stappen, omdat deze stappen eenvoudig te implementeren zijn in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk. Deze 4 stappen zijn ook het meest relevant bij hartpatiënten, omdat E-health een ondersteuning kan bieden voor goedkopere en betere zorg.

In stap 1 van het methodisch fysiotherapeutisch handelen wordt er onderzoek gedaan naar de ervaringen en verwachtingen van hartpatiënten ten aanzien van online aanmelden en online afspraken maken. Er is voor deze stap gekozen in dit onderzoek, omdat er bij Fysiomotion al gedeeltelijk online aangemeld kan worden. Er wordt echter nog te weinig gebruik van gemaakt. In de literatuur is bekend dat patiënten die naar de fysiotherapeut komen, twee derde niet op de hoogte is van online contactmomenten (Krijgsman et al. 2013). Intramed plus biedt tegenwoordig al online diensten aan, zoals: online inschrijving en afsprakenbeheer van de patiënt, online vragenlijsten afnemen en online intake van de patiënt (<http://intramed.nl/online diensten>, 2013).

Bij stap 3, het fysiotherapeutisch onderzoek wordt er onderzoek gedaan naar online vragenlijsten en naar inzage van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) van de fysiotherapeut. Dit is een relevante stap voor dit onderzoek, omdat het belangrijke inzichten geeft in de ervaringen en verwachtingen van hartpatiënten. Met behulp van dit EPD kunnen patiënten in de toekomst snel en eenvoudig contact hebben met de zorgverlener. Dit dossier bestaat zowel uit medische informatie van de zorgverlener als eigen inzichten en ervaringen over gezondheid van de patiënt. Zo kan er continu gecheckt worden of behandeldoelen behaald worden en of de zorg op maat is (Van der Geest et al., 2013). Uit onderzoek van Nivel (2012) over het landelijk EPD blijkt dat burgers het prettig vinden om zelf te kunnen kiezen welke zorgverleners er toegang krijgen tot de medische gegevens via het landelijk EPD.

Bij stap 5 wordt er onderzoek gedaan naar E-health toepassingen in het behandelplan. Er is voor deze stap gekozen, omdat de ervaringen en verwachtingen van hartpatiënten nog niet bekend zijn ten aanzien van online communicatiemiddelen met de fysiotherapeut en verschillende vormen van informatieverschaffing. Deze vormen van informatie verschaffing worden gekoppeld aan ziekte inzicht/kennis vergroten van de patiënt. Volgens Nivel (2006) maakten chronisch zieken in 2006 buiten het internet om het meeste gebruik van informatie verschaffing via de huisarts, dan de bijsluiter en op de derde plaats de informatiefolder (van den Brink-Muinen, 2006). Skype is een voorbeeld van een online communicatiemiddel wat gebruikt wordt voor een videoconsult met de zorgverlener.

De laatste en 7^e stap gaat over de evaluatie. De evaluatie kan gedaan worden met online vragenlijsten, videoconsulten en het bijhouden en aanvullen van online patiëntendossiers (Van Rijen et al., 2002).

In dit onderzoek zullen buiten beschouwing worden gelaten:

stap 2: aanvullende anamnese

stap 4: analyse

stap 6: behandeling

stap 8: afsluiting

De analyse en de afsluiting zijn stappen waar de patiënt weinig tot geen invloed op heeft, omdat de fysiotherapeut zelf de beslissingen maakt tijdens dit proces. Er is niet gekozen voor de aanvullende anamnese, omdat deze stap onlosmakelijk verbonden is met het fysiotherapeutisch onderzoek. De behandeling is een interessante stap, echter vanwege het feit dat de praktijk waar onderzoek gedaan wordt deze stap niet relevant vindt wordt dit niet meegenomen in het onderzoek.

Er is weinig bekend in de literatuur over de verwachtingen en ervaringen van chronische hartpatiënten ten aanzien van E-health toepassingen. Daarnaast is het niet bekend hoe het fysiotherapeutische behandeltraject bij Fysiomotion met E-health toepassingen afgestemd dient te worden op basis van deze stappen. Om deze reden zullen 4 van de 8 stappen onderzocht worden in dit onderzoek door middel van interviews met betrekking tot de E-health toepassingen. Het is de bedoeling een beter beeld te creëren op welk moment E-health toepassingen het behandelproces kunnen ondersteunen en/of verbeteren.

De onderzoeksvraag die hieruit volgt, luidt: *“Wat is de verwachting en ervaring van chronische hartpatiënten die revalideren in een eerstelijns fysiotherapiepraktijk over de toepassing van E-health?”*

2. Methode

2.1. Onderzoeksdesign

In deze scriptie is er gekozen voor een kwalitatief onderzoek, omdat dit type onderzoek zich het beste leent voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Daarnaast geeft het exploratieve karakter van kwalitatief onderzoek de mogelijkheid om nieuwe inzichten van de deelnemers te achterhalen, omdat er weinig informatie bekend is over het onderwerp. Er is gekozen voor een semigestructureerd interview in combinatie met open vragen om meer inzicht te krijgen in de belevings- en ervaringswereld van de deelnemers over de toepassing van E-health. Indien nodig is er van het interviewschema afgeweken, toch is er rekening gehouden met het handhaven van standaardisatie. Dit houdt in dat er volgens protocol gewerkt is en elk interview op dezelfde manier is afgenomen door de onderzoekers.

Dit onderzoek is onderdeel van één groter onderzoek. Iedere onderzoeker heeft een andere chronische doelgroep geanalyseerd met dezelfde vraagstelling. Jill Trepels heeft de Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) patiënten onderzocht, Melissa Pantjes de claudicatio intermittens patiënten en dit onderzoek richt zich op de chronische hartpatiënten in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk Fysiomotion. Het kan dus voorkomen dat er overlap zit in de bijlages en methodes van de verschillende onderzoekers.

2.2. Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit elf deelnemers, waarvan acht mannen en drie vrouwen. De jongste deelnemer is 56 jaar en de oudste deelnemer is 76 jaar. De inclusiecriteria verschillen per onderzoek. In dit onderzoek is er geen inclusiecriterium opgesteld gericht op een computer, laptop, tablet en/of smartphone en het gebruik van internet. Dit kan als een voordeel worden gezien, omdat de onderzoekspopulatie nu groter is. Dit heeft als gevolg dat er een bredere kijk op de verschillende E-health toepassingen is ontstaan. De toegepaste inclusiecriteria zijn vermeld in onderstaande tabel.

Tabel 1. Inclusie criteria

Inclusie criteria
Chronische hartpatiënten (coronaire hartziekte en hartfalen) die in groepsverband trainen (4-6 personen).
De patiënten zijn onder behandeling bij Fysiomotion Panningen.
Patiënt is cognitief in staat om vragen uit een individueel interview te kunnen beantwoorden en spreekt de Nederlandse taal.

2.2.1. Werving onderzoekspopulatie

In de praktijk van Fysiomotion is een informatiebrief (Bijlage II) opgehangen op het whiteboard in de oefenzaal, zodat potentiële deelnemers deze alvast konden lezen. Deze informatiebrief is gezamenlijk opgesteld door de onderzoekers. Tijdens de hartrevalidatie op dinsdag en donderdag zijn de hartpatiënten persoonlijk aangesproken door de onderzoeker. Kort is de inhoud en het doel van het onderzoek toegelicht door de onderzoeker. Vervolgens is er gevraagd of de patiënten interesse hadden in deelname aan het onderzoek. Bij geschiktheid op basis van de inclusiecriteria is er beoordeeld of de patiënt definitief deel zou kunnen nemen aan het onderzoek. Daarna is er gekeken naar een datum en tijdstip voor deelname aan het onderzoek en is dit genoteerd in het tijdschema. Hierbij is zoveel mogelijk rekening gehouden met de trainingstijden van de groepen. De deelnemers zijn ingepland voor een interview direct voor of na de training. Dit is bewust gedaan om de deelnemers zo minimaal mogelijk te belasten met het onderzoek. Vervolgens is er een mail gestuurd naar de deelnemer met de informatiebrief, het tijdstip en de datum van het onderzoek. In deze mail is er naar een ontvangstbevestiging gevraagd om zeker te weten of de deelnemer de mail ontvangen en gelezen had.

2.3. Data-verzameling

Voordat de officiële interviews plaatsvonden, zijn er proef interviews afgenomen bij de andere onderzoekers om de interviewvaardigheden te trainen. Door deze interviews te voorzien van feedback konden eventuele aanpassingen gemaakt worden in het interviewschema. Met de feedback is rekening gehouden tijdens de officiële interviews. Alle interviews in dit onderzoek werden door één onderzoeker afgenomen in een behandelkamer van Fysiomotion.

Voor aanvang van het interview is het doel van het onderzoek nogmaals uitgelegd aan de deelnemer. Daarbij is ook de informatiebrief nog een keer besproken en het informed consent (Bijlage III) getekend. De gegevens zijn nog een keer gecontroleerd en de onderzoeker vertelde hoelang het interview zou duren. Het interview bestond uit semigestructureerde vragen, die samengesteld zijn vanuit een topiclijst (Bijlage IV). Deze topiclijst is gebaseerd op de gevonden literatuur. De kernwoorden uit de topiclijst refereren naar de vier fases van het methodisch fysiotherapeutisch handelen. Vanuit de topiclijst is er gezamenlijk met de andere onderzoekers een interviewschema (Bijlage V) opgesteld. Zowel de topiclijst als het interviewschema zijn gezamenlijk opgesteld, omdat bij elke doelgroep dezelfde topics relevant waren. De interviews duurden tussen de 30 en 50 minuten per deelnemer. Met het oog op kwaliteit waren er telkens twee onderzoekers aanwezig, één als interviewer en één in de rol van observant.

De observant noteerde de non-verbale communicatie, maakte memo's (aantekeningen) en vulde zo nodig aan bij het missen van diepgang tijdens de vragen. Dit is gedaan omdat non-verbale communicatie veel invloed kan hebben op het onderzoek door de manier waarop gebaren tot uiting komen (Wouters & Nieboer, 2013). Dit zorgde ervoor dat de kans op oneigenlijke interpretaties afnam. Indien deze aantekeningen relevant waren, zijn deze verwerkt in het transcript. Om de betrouwbaarheid te vergroten zijn de opnames gemaakt met de voice-recorder "Marantz PMD620".

Deze voice-recorder is gehuurd bij de mediatheek van de Fontys Paramedische Hogeschool. De onderzoeker had de vooraf opgedane kennis van het onderzoek tijdelijk buiten beschouwing gelaten tijdens de interviews, zodat de gesprekken zoveel mogelijk open waren en nieuwe informatie op zouden leveren. Dit wordt ook wel bracketing genoemd (Boeije, 2005). Er is door de onderzoeker dus geen waardeoordeel gegeven. De gegevens die verkregen zijn werden opgeslagen op de laptop, zodat de onderzoeker het interview letterlijk kon uitschrijven (transcriberen). Na elk interview werd er direct getranscribeerd. Deze transcripten zijn later geanalyseerd.

De interviews zijn uitgewerkt aan de hand van het programma "Express Scribe Transcription Software". Een samenvatting van het transcript is naar de desbetreffende deelnemer verstuurd om een membercheck uit te laten voeren. Deze membercheck is goed voor de betrouwbaarheid van het onderzoek om interpretatiefouten te voorkomen (Boeije, 2005). De deelnemer controleerde het transcript en kon het voorzien van commentaar. Bij akkoord van de deelnemer zijn de aanpassingen verwerkt door de onderzoeker. Op deze manier is de volledigheid van de verslaglegging en de interpretatie van de onderzoeker gecontroleerd. De topiclijst is bijgesteld aan de hand van nieuwe bevindingen die aan bod zijn gekomen. Na elk interview is er in de onderzoeksgroep besproken of er nieuwe inzichten waren ontstaan. Dit is gedaan om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen.

Uiteindelijk voldeden 14 deelnemers aan de inclusiecriteria van het onderzoek, waarvan drie deelnemers niet hebben deelgenomen. De redenen waren: onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal, geen interesse in het onderzoek en ziekenhuisopname. Er zijn in totaal 11 interviews afgenomen in een tijdsbestek van vijf weken. Dit komt overeen met het aantal deelnemers dat geadviseerd wordt bij kwalitatief onderzoek (Boeije, 2005).

2.4. Data-analyse

Nadat er getranscribeerd is, werden vervolgens de inzichten en codes door de onderzoekers met elkaar besproken. Nieuwe ideeën en reflecties zijn vervolgens meegenomen en verwerkt in het interviewschema voor de resterende interviews. Er werd ook beschreven op welke manier de onderzoeker reflecteert op al bestaande kennis en theorie over wat er onderzocht werd (Wouters & Nieboer, 2013). Bij het coderen van de eerste vier transcripten vond er een peer-review plaats. Doordat dit een tijdrovend proces is, zijn de overige interviews individueel gecodeerd. De onderzoekers concludeerden dat er voldoende overeenstemming bereikt was over de codes. Per interview is er handmatig en open gecodeerd om citaten van kernwoorden te voorzien. Uit deze citaten zijn woorden naast de tekst gezet met behulp van het programma Microsoft Word. Elke open code kreeg een cijfer toegewezen, zo was het handig om de open codes terug te zoeken in de interviews. Vanaf het zesde interview werd er gestart met axiaal coderen. Er waren toen genoeg codes die ondergebracht konden worden in verschillende thema's. Uit het tiende interview kwamen nog maar 14 nieuwe codes en trad er verzadiging op. Ter controle is er nog één interview afgenomen om de betrouwbaarheid te vergroten.

De open codes zijn allemaal in Microsoft Word uitgetypt, geprint en vervolgens uitgeknipt om deze onder te brengen in thema's. Elk thema werd apart op een envelop geschreven, zodat de

bijbehorende open codes in de enveloppen bewaard konden worden om een beter overzicht te creëren. De thema's zijn ontstaan na overleg met de docenten en onderzoekers. Er zijn meer dan vijfhonderd open codes ontstaan. Door meerdere codes met ongeveer dezelfde betekenis onder één noemer te plaatsen en een aantal niet relevante codes te verwijderen, is het totaal aantal terug gebracht naar 349 codes. Deze codes zijn vermeld in een codelijst (Bijlage VI). Om de kwaliteit te borgen is elk interview eerst helemaal uitgewerkt en vervolgens uitgebreid besproken. Twee docenten hebben kritische feedback gegeven en er is voortdurend overleg geweest tussen de drie onderzoekers. Deze vorm van triangulatie heeft bijgedragen aan de kwaliteit van het onderzoek (Wouters & Nieboer, 2013). De stappen van de data-analyse zijn bij elk interview opnieuw uitgevoerd. In dit onderzoek is er geen gebruik gemaakt selectief coderen. Dit is bewust niet gedaan, omdat het geen toegevoegde waarde heeft voor de onderzoeksopzet, die exploratief van aard is.

2.5. Ethische aspecten

Informatieverschaffing over het onderzoek heeft zowel mondeling als schriftelijk plaats gevonden. Mondeling door de deelnemers aan te spreken in de groepslessen en te vertellen wat het onderzoek in zou houden. Schriftelijk is dit gedaan door de deelnemers te informeren met een informatiebrief (Bijlage II) over het onderzoek. Er is een informed consent (Bijlage III) getekend door de deelnemer en de onderzoeker voorafgaand aan het onderzoek. De deelnemer stemden in voldoende geïnformeerd te zijn betreffende het onderzoek en met het anoniem gebruiken van de gegevens. Er zijn geen namen of voorletters gebruikt in dit onderzoek en de transcripten zijn niet openbaar gemaakt. Dit heeft als reden dat het kan voorkomen dat een bekende van de deelnemer aan de hand van een bepaalde uitspraak mogelijk kan achterhalen welke deelnemer het betrof. Op deze wijze is er vertrouwelijk omgegaan met de persoonlijke gegevens van de deelnemer. De onderzoeker en docenten hebben om deze reden een geheimhoudingsverklaring (Bijlage V) getekend, zodat privacy gevoelige informatie van de deelnemers niet herleidbaar is.

De deelnemers zijn op de hoogte gebracht van de resultaten van het interview doordat er een membercheck is uitgevoerd (zie data-verzameling). De deelnemers zijn zo minimaal mogelijk belast door het onderzoek en de geplande interviewtijden (zie werving onderzoekspopulatie). De voice-recorderopnames zullen drie maanden na het onderzoek vernietigd worden en de deelnemers mochten zonder enige reden elk moment stoppen met het onderzoek. Dit betreft een niet WMO (Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek) -plichtig onderzoek gezien de minimale tijdsbelasting voor de deelnemers, waarbij er geen medische interventies plaats hebben gevonden. Vandaar dat er geen goedkeuring van de Medische Ethische Toetsings Commissie (METC) nodig is. Het onderzoek is wel gespiegeld met de begeleiders van Fontys Eindhoven. Als laatste is er een verklaring getekend door de begeleider van Fysiomotion, dat dit onderzoek gepubliceerd mag worden op de HBO Kennisbank.

3. Resultaten

In paragraaf 3.1 wordt de onderzoekspopulatie beschreven middels een overzichtelijke tabel. Vervolgens worden de zes belangrijke thema's genoemd in paragraaf 3.2. Deze zes belangrijke thema's worden duidelijk omschreven met pakkende citaten in de paragrafen 3.2.1. tot en met 3.2.6.

3.1. Beschrijving onderzoekspopulatie

In totaal hebben 11 hartpatiënten aan dit onderzoek deelgenomen, waarvan drie vrouwen en acht mannen. De deelnemers zijn tussen de 56 en 76 jaar. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers is 68,1 jaar. In tabel 2 staat een overzicht weergegeven van het gemiddeld gebruik per deelnemer van de computer, laptop, smartphone en/of tablet. Het beroep en de startdatum van de hartgroep staan ook vermeld in de tabel.

Tabel 2. Overzicht deelnemers

Deelnemer	Geslacht	Leeftijd	Communicatie middel ¹	Gebruik	Beroep	Startdatum hartgroep
D01	Man	56	Computer en tablet	Dagelijks	Teamleider bij verstandelijke beperkingen	2015
D02	Man	76	Computer	1 uur per week	Gemeentewerk, agrarische sector en portier	2009
D03	Man	76	Computer en smartphone	2 uur per week	Agrarisch bedrijf	2009
D04	Man	70	Computer	Dagelijks	Conciërge, woningstoffeerder en meubelmaker	2011
D05	Man	74	-	-	Mijnwerker en metselaar	2014
D06	Vrouw	65	Laptop, ipad en iphone	2 uur per dag	Gemeente ambtenaar	2014
D07	Man	69	-	Kijkt soms bij vrouw mee op de computer	Kunststofbewerker	2009
D08	Man	72	-	Kijkt soms bij vrouw mee op de computer	Bouwvakker, metselaar	2014
D09	Vrouw	60	Computer en tablet	2 uur per week	Thuiszorg gepoetst Momenteel werkloos	2010
D10	Man	61	Computer, tablet en smartphone	10 uur per week	Productiemedewerker	2015
D11	Vrouw	70	Laptop, tablet en smartphone	Dagelijks	Poetsen	2015

Toelichting tabel 2: demografische gegevens deelnemers, het gebruik van communicatiemiddelen en het beroep.

3.2. Belangrijke thema's

In dit onderzoek zijn zes belangrijke thema's naar voren gekomen die van belang zijn en invloed hebben op de onderzoeksvraag; 'bekend zijn met E-health mogelijkheden', 'verwachtingen op korte en lange termijn over E-health', 'digitale vaardigheden en de invloed van leeftijd', 'voor- en nadelen van E-health', 'positieve en negatieve ervaringen informatieversterving' en 'wensen en behoeften aan E-health als communicatiemiddel.' In de navolgende paragrafen zullen deze thema's nader worden toegelicht. Hierbij dient vermeld te worden dat in het interviewschema de termen online mogelijkheden

¹ Onder communicatiemiddelen wordt het gebruik van computer, laptop, tablet en/of smartphone verstaan.

en internettechnologieën zijn gebruikt ter vereenvoudiging voor de deelnemers. In dit hoofdstuk worden deze termen vervangen door de term E-health.

3.2.1. Bekend zijn met E-health mogelijkheden

Dit thema spreekt over de voorkennis en bekendheid van de deelnemers met online aanmelden en videocontact met de fysiotherapeut. De online aanmelding valt onder stap 1 (de aanmelding) en videobellen valt onder stap 5 en 7 (het behandelplan en de evaluatie) van het methodisch fysiotherapeutisch handelen van de fysiotherapeut. Drie van de elf deelnemers zijn op de hoogte van de gedeeltelijke online aanmelding die mogelijk is bij Fysiomotion. Deelnemers die op de hoogte zijn, hebben er geen gebruik van gemaakt.

“Ik ben er op de hoogte van dat klopt, ik heb het nooit eerder gedaan, omdat het hier kleine moeite is. Je pakt de telefoon en je hebt eh... de therapeut zelf aan lijn en ik vind dat prima zo.” (Deelnemer 4)

“Ja, dat eh... is wel mogelijk. Ik vind dat goed, dan hoeft je niet elke keer maar op en neer te komen met de fiets of eh... te bellen of er iets veranderd. Maar zelf kan ik het niet he.” (Deelnemer 7)

De meerderheid van de deelnemers is niet bekend met de mogelijkheid tot gedeeltelijke online aanmelding bij Fysiomotion. Eén deelnemer geeft aan dat ze onbekend is met de online aanmelding, omdat ze bij oudere mensen in de groep valideert. Sommige deelnemers verwachten dat de gedeeltelijke online aanmelding wel mogelijk is bij Fysiomotion, omdat dit bij andere instellingen ook het geval is.

“Nee, niemand verteld erover, maar ja komt ook omdat je in een groep met oudere mensen zit die niet met de computer werken, dus ja we hebben het er sowieso nooit over.” (Deelnemer 9)

“Nee, maar dat had ik wel gedacht, maar daar heb ik geen gebruik van gemaakt. Dat kan eigenlijk bij iedere instelling denk ik. Tenminste met de thuiszorg is dat ook zo... dat gaat allemaal via die computer.” (Deelnemer 11)

De deelnemers maken geen van allen gebruik van videobellen met de fysiotherapeut. De meeste deelnemers geven aan niet bekend te zijn met videobellen. Sommige hebben er geen behoefte aan of zien er geen meerwaarde in. Dit komt omdat ze al twee keer per week de therapeut zien en er weinig veranderingen optreden in het oefenschema.

“Ik zou het niet weten, ik ben nog onbekend met die materie. Misschien is dat ook nog wel een eh... drempeltje.” (Deelnemer 1)

3.2.2. Verwachtingen op korte en lange termijn over E-health

Dit thema beschrijft de verwachting van de deelnemers op korte en lange termijn over E-health toepassingen. Eerst worden de verwachtingen op korte termijn besproken en daarna de verwachtingen op lange termijn. Deelnemers hebben een uitgesproken verwachtingspatroon,

bijvoorbeeld over een stappenteller als mobiele applicatie. In de interviews werd er specifiek op de aandoening ingegaan van deelnemers. Er werd gevraagd wat de deelnemers van een stappenteller vonden. Het gedeelte waar specifiek op de aandoening in werd gegaan, is geen stap uit het methodisch fysiotherapeutisch handelen van de fysiotherapeut, maar is meegenomen als een verdieping op E-health toepassingen.

“Ja, dat zou ik wel willen zo’n stappenteller. Ze zeggen altijd ik beweeg te weinig. Dus ja, dan denk ik wat moet ik dan doen? En met zo’n ... als daar controle op is... ja dan zou ik het wel doen... ja zeer zeker ja.” (Deelnemer 6)

“Het voordeel is tweeledig. Dan heb ik een stok achter de deur, (...) want je weet, je moet bewegen om alles in orde te krijgen. Dan ga je dat bewuster doen. (...) Vorige keer had ik 16 minuten, nou wil ik 18 minuten lopen. Dan loop ik naar een doel toe. Als ik geen doel heb, dan wordt het moeilijk. Zo zie ik de stappenteller eigenlijk precies hetzelfde.” (Deelnemer 10)

In het interviewschema is te zien dat het EPD onder stap 3 en 5 vallen (het fysiotherapeutisch onderzoek en het behandelplan). Twee deelnemers verwachten dat het EPD van de fysiotherapeut transparant gemaakt zou worden als ze er om zouden vragen.

“Nou ik verwacht wel dat ik dat zou krijgen als ik daar om vroeg. Het is hier niet zo geheimzinnig, nee, het is hier echt openlijk.” (Deelnemer 8)

Een aantal deelnemers verwacht dat digitalisering op lange termijn een grotere rol gaat spelen in de zorg. De computer technologie zal in de toekomst op de voorgrond treden en het persoonlijke gedeelte naar de achtergrond.

“De toekomst zal inderdaad die andere kant uitgaan dat het via het internet zal gaan gebeuren. Ik denk toch dat de hele computer technologie (...) toch nog al de hoofdrol krijgt. Ja, het persoonlijke wordt achteruit geschoven denk ik.” (Deelnemer 4)

3.2.3. Digitale vaardigheden en de invloed van leeftijd

In tabel 2 is te zien wat voor communicatiemiddelen de deelnemers gebruiken en het gemiddeld gebruik per week van deze middelen. In dit thema worden de capaciteiten van de deelnemers besproken gerelateerd aan de digitale vaardigheden en de invloed van leeftijd. De meningen van de deelnemers zijn verdeeld. Een aantal deelnemers geeft aan goede digitale vaardigheden te hebben. Er zijn ook deelnemers die er weinig gebruik van maken door de leeftijd en/of interesse, waardoor de digitale vaardigheden minder goed ontwikkeld zijn en de achterstand lastig of niet meer in te halen zijn. De digitale vaardigheden en de invloed van leeftijd vallen niet onder een bepaalde stap, maar zijn belangrijke aspecten waarom deelnemers wel of niet gebruik maken van E-health.

“Ik hoor ook al een beetje bij de ouderen, want ik heb (...) gelezen hoeveel procent van de ouderen dit niet kunnen. Dat zijn er veel meer dan die het wel kunnen met de computer.” (Deelnemer 2)

“(...) Ik weet eigenlijk helemaal niet wat online is. (...) Als ik zoveel jonger was zou ik het wel doen ja, maar nou is het te laat, want ik kom overal moeilijkheden op 't internet tegen. Maar dat is nou niet anders, dan moet mijn dochter dat maar doen.” (Deelnemer 5).

Het beroep en de opleiding spelen ook een grote rol in de digitale vaardigheden geven verschillende deelnemers aan. Deelnemers hebben vroeger weinig kans gehad om te studeren of hebben geen computer gerelateerd beroep uitgeoefend waardoor de digitale vaardigheden beperkt zijn.

“Ik had moeten gaan studeren. Ik kon heel goed leren op de school. Maar ik heb geen kans gehad. (...) Dan had ik daar een andere kijk op gehad... maar ik heb er nou helemaal niks mee en dan had ik dat wel gehad. Want ik zeg tegen mijn kleinkinderen: leren wat je kunt... ze kunnen heel goed leren die kinderen. En dat is geluk.” (Deelnemer 5)

“Ja, juist had ik in de kleedruimte een mevrouw die werkt meer met computers, dus dat is ook een verschil hè. Het ligt eraan wat voor werk je hebt.” (Deelnemer 9)

De deelnemers verwachten dat niet alle ouderen over een computer beschikken, waardoor de digitale vaardigheden niet getraind kunnen worden.

“Maar voor mensen die op leeftijd zijn, dan is dat toch wel een stuk moeilijker. Er zijn veel van die oudere mensen die... ja die hebben amper een pc bij wijzen van spreken.” (Deelnemer 3)

Door verschillende deelnemers wordt aangegeven dat de digitale vaardigheden niet goed ontwikkeld zijn en men daardoor afhankelijk is van familie. Sommige deelnemers worden geholpen door de partner, andere deelnemers door hun (klein)kinderen. Er is geen enkele deelnemer in dit onderzoek die de hulp van familieleden als vervelend ervaart. Deelnemer 11 geeft aan hulp te krijgen van familieleden bij het surfen op internet.

“Ja, als ik dat online moest doen dan was ik toch aangewezen op iemand anders... de kinderen of mijn man. Mijn man zit heel veel achter de computer. Moet ik iets opzoeken dan gaat dat meestal via mijn man, gemakzucht.” (Deelnemer 11)

De deelnemers hebben verschillende ervaringen met computercursussen. Deelnemer 11 gaat binnenkort een tweede cursus volgen, zodat ze meer wegwijs wordt op de computer.

“Ja een cursus. Een man die doet dat in zijn vrije tijd voor zijn hobby en die leert me dat weer ffkes bij allemaal. Ik ben er eigenlijk wel blij mee, want het zijn dingen die me interesseren. Ik ben er niet goed in thuis in die computer.” (Deelnemer 11)

3.2.4. Voor- en nadelen van E-health

In dit thema worden de voor- en nadelen beschreven die de deelnemers geven over E-health toepassingen. Eerst worden de voordelen benoemd in een paragraaf en vervolgens de nadelen.

3.2.4.1. Voordelen

Voordelen die gegeven worden zijn: het online afmelden, het online doorgeven van metingen en het voordeel van online vragenlijsten. Online vragenlijsten vallen onder stap 3 en 7 (het fysiotherapeutisch onderzoek en de evaluatie). Online vragenlijsten kunnen diagnostisch ingevuld worden bijvoorbeeld bij het onderzoek, maar ook ter evaluatie van de behandeling of over de fysieke gesteldheid van de deelnemer. Het online doorgeven van metingen en online afmelden is een voordeel van E-health, maar valt niet specifiek onder een stap van het methodisch fysiotherapeutisch handelen van de fysiotherapeut. Deelnemer 6 geeft een voorbeeld waarom het een voordeel is om online af te melden. Deelnemer 8 geeft een voordeel van online metingen doorgeven en deelnemer 10 geeft de voordelen van een online vragenlijst ten opzichte van een papieren vragenlijst.

“Ja, er gaat minder tijd inzitten, dan hoeft je niet te bellen, niet te wachten eh... ja meestal moet je dan wachten op degene die je wilt hebben. Het gaat directer. Bijvoorbeeld als ik nu ziek ben, (...) dan bel je op van ik ben ziek, ik kan niet komen. Maar als je dat dan gewoon via de computer kunt doen, zou dat wel fijn zijn.” (Deelnemer 6)

“Om de drie weken doe ik zelf bloed prikken en dan moet ik de stand doorgeven. Als je dat online kunt... dat is veel gemakkelijker.” (Deelnemer 8)

“Nou, milieu technisch is dat al punt één. Punt twee het is veel makkelijker om het na te zoeken. Punt drie, eh de opslagcapaciteit is veel (...) beter geregeld. Punt vier je kan makkelijker veranderen.” (Deelnemer 10)

Andere voordelen die deelnemers aangeven zijn: communicatie via internet met achteruitgang van de fysieke gesteldheid en het gebruiksgemak van internet, waarbij je informatie terug kunt zoeken.

“Nou, ik denk inderdaad via internet ja... dat je toch zegt: ik ben op die leeftijd dat het lichamelijk moeilijker zal worden en kijk dan wordt het internet interessanter natuurlijk. Ik stap niet meer zo makkelijk op eh... of in de auto hè, dat inderdaad het mobiele moeilijker gaat worden en dan is het internet een hulpmiddel om je toch naar de buitenwereld te kijken. Met vragen of corresponderen.” (Deelnemer 4)

“Als je thuis bent dan doe je het persoonlijk, maar ben je niet thuis, dan is internet toch makkelijk. Omdat het allemaal genoteerd staat. Ik kan het weer terug vragen, je krijgt een bevestiging.” (Deelnemer 10)

Deelnemers geven aan als voordeel dat door online contactmomenten de werkdruk op de fysiotherapeut verlaagd wordt. Met bellen heb je direct contact, terwijl dit niet altijd gelegen komt bij de fysiotherapeut. Door online contact te hebben bijvoorbeeld via de mail kan de fysiotherapeut zelf bepalen wanneer het moment gelegen is om te reageren op een vraag.

“Ja, veel beter. Het is misschien hier ook beter, want je moet de therapeut weer lastig vallen en hij moet misschien stoppen met andere mensen.” (Deelnemer 2)

Een deelnemer ziet ook voordelen in videobellen, zodat door de fysiotherapeut houdingsvoorbeelden gegeven kunnen worden bij acute klachten aan het bewegingsapparaat.

“Dan kun je sneller informatie hebben. Als ik thuis zeg maar met een rug waar ik niks meer mee kan. Ik kan me niet meer bewegen en ik kan niet bellen. (...) Maar als je video zou kunnen bellen, dan kan die bijvoorbeeld wat voor doen... probeer dit is. Hoe sneller hoe beter natuurlijk. Ik zou het wel doen.” (Deelnemer 10)

3.2.4.2. Nadelen

Er zitten ook nadelen aan E-health toepassingen. Deelnemer 6 beweert dat de hoeveelheid informatie op het internet tot bangheid kan leiden. Door deelnemer 9 wordt aangegeven dat het uitvallen van de internetverbinding voor problemen kan zorgen en volgens deelnemer 10 worden op internet de negatieve reacties meer benadrukt dan de positieve reacties.

“Ja, dat je dingen in je hoofd gaat halen die helemaal niet actueel zijn he. Dan lees je dingen en dan denk je: wat nou weer... heb ik dat, of ik voel me zo...en hoort dat daarbij en dan hoeft het helemaal niet zo te zijn. Dat je teveel informatie krijgt, dat je je daar bang over maakt.” (deelnemer 6)

“Ik vind eh, ja, vorige week of 2 weken geleden hadden we dat het internet eruit lag en ja dan zit je vast he.” (Deelnemer 9).

“Je leest altijd de negatieve verhalen. De positieve verhalen blijven veel te veel weg.” (Deelnemer 10)

Bij online communicatie kun je altijd terug vallen op bepaalde dingen die in het verleden genoteerd zijn. Dit kan ook een nadeel zijn, zoals deelnemer 4 dit verwoordt.

“Bij sommige dingen wel, als je in een boze bui iets op papier zet of via internet, vind ik dat altijd terug te halen en dat is niet altijd even verstandig.” (Deelnemer 4)

Een ander nadeel volgens deelnemers is dat tegenwoordig het persoonlijke gesprek gemist wordt en dat wordt als een belangrijk aspect gezien.

“Ja, ik vind de zorg een beetje... zo’n moeilijk punt hè tegenwoordig. (...) Een gesprek met de mensen... dat missen ze. Praten is misschien beter dan het beste medicijn.” (Deelnemer 2)

Als het in de toekomst mogelijk zou zijn om online het eigen EPD in te zien zijn de verwachtingen daarover verdeeld. In het interviewschema komt inzicht in het EPD terug onder stap 3 en 5 (het fysiotherapeutisch onderzoek en het behandelplan). Een ander nadeel is dat de gegevens van de patiënt online staan.

“Eh... Ik zou er wel een bescherming op los willen laten, want niet alle informatie is relevant voor een fysiotherapeut. Het ziekenhuis en artsen hebben wel toegang tot dat zelfde dossier, landelijk dekkend gebeuren.” (Deelnemer 1)

“Eh, tweeledig. Ik vind het... een keer zou ik het makkelijker vinden. De andere keer vind ik het niet mooier. Want kijk, ik heb m’n gegevens niet graag op het internet staan.” (Deelnemer 10)

3.2.5. Positieve en negatieve ervaringen informatieverstopping

Dit thema gaat over positieve en negatieve ervaringen van de deelnemers met betrekking tot informatie verstopping. Zorgverleners verstopping informatie over de aandoening aan de patiënt. Deelnemers geven aan dat zorgverleners gebruik maken van folders, mail, websites of een informatiedag. Deze manieren van informatie verstopping worden gekoppeld aan ziekte inzicht/kennis vergroten van de deelnemers in dit onderzoek. De positieve ervaringen van de deelnemers lopen uiteen. Zeven deelnemers ervaren dat ze graag geïnformeerd willen worden door folders.

“Omdat het voor mij gemakkelijk was. Ik heb 3 of 4 folders gehad, boekjes. Die heb ik van A tot Z misschien wel 3 keer gelezen. Alles, wat er precies gebeurd was.” (Deelnemer 5)

“Dat pak je makkelijker vind ik. Zo’n folder is gericht op je eigen aandoening. Die geven ze jou mee en dat ben jij, die folder. En als je met internet... ja dan zie je heel veel en dan dank ik oh ben ik dat? Nee, dat niet of... oeh heb ik dat...nee.” (Deelnemer 6)

Andere deelnemers zien meer heil in informatieverstopping via de zorgverlener, mail of een informatiedag in het ziekenhuis.

“Met de zorgverlener, dat vind ik toch wel interessanter. (...) Dan kun je beter iets vragen wat je zelf eigenlijk ook niet duidelijk is voor jezelf. Je kunt bij wijzen van spreken wel iets opzoeken, maar als het zelf niet duidelijk is wat je op moet zoeken, ja dan is het ook een spel in een hooiberg.” (Deelnemer 3)

“Dat vond ik eh interessant... (...) Ze zijn aan het praten en ze laten alles kijken. Ik heb een ring om de hartklep gekregen. Kijk en dan laten ze je kijken hoe die ring eruit ziet en dan mag je voelen en ze laten ook hartkleppen in verschillende maten zien eh...En kijk als je het dan echt ziet is het toch anders dan dat je het eh... op de site ziet he.” (Deelnemer 9)

Hieronder volgt een onderbouwd citaat van een negatieve ervaringen die een deelnemer ervaart heeft door informatieverschaffing via internet.

“Er zijn zoveel fora en internetpagina’s waar je allerlei medische zaken kunt (...) op vinden en je maakt je zelf er gek mee. Ik ben niet zo’n freak die alles per se wil weten.” (Deelnemer 1)

3.2.6. Wensen en behoeften aan E-health als communicatiemiddel

In dit thema komen verschillende communicatiemiddelen aan bod. Patiënten hebben meer behoeften aan transparantie middels het EPD. Zoals eerder genoemd valt dit EPD onder stap 3 en 5 (fysiotherapeutisch onderzoek en het behandelplan). Door het EPD transparant te maken kan de zorg efficiënter gecoördineerd worden door de zorgverleners. Mondiger worden bij een arts door transparantie van het EPD is een wens van deelnemer 6.

“Maar ik vind dat eh op zich dat dat eigenlijk toch wel (...) mogelijk moet zijn ook vanwege die dokters zeg maar, want je weet niet waar je ergens bij wijze van spreken een ongeluk krijgt, moest je eigenlijk ter plekke kunnen zien wat is er met die patiënt gebeurt in het verleden.” (Deelnemer 3)

“Ehm ja, dan weet je iets meer over jezelf. Je mag wel weten in welke staat ik ben. Wat er met mij gebeurd, wat ik allemaal heb. Ja, dat zou ik wel willen. (...) Dat ik dan misschien wat mondiger ben als ik bij een arts ben ofzo... van eh ik heb dat en eh ja hoe kunnen we dat oplossen of eh... ja.” (Deelnemer 6)

“Inzicht in het eigen dossier vind ik ook wel belangrijk. En ik vind het heel goed dat als ik bij verschillende dokters moet zijn, dat die weten wat ik bij die andere dokters gedaan heb, dat vind ik heel belangrijk.” (Deelnemer 11)

Eén deelnemer heeft behoefte aan verschillende communicatiemiddelen met de therapeut. Oefeningen via de mail ter ondersteuning van de behandeling is er een voorbeeld van.

“Ik zou het prettig... lijkt me dat het prettig kunt zijn als je bepaalde oefeningen per E-mail toegestuurd krijgt en ik ervaar van 2x in de week is leuk, maar je moet tussendoor ook blijven trainen want anders lever je vrij snel in.” (Deelnemer 1)

Een andere deelnemer heeft behoefte aan een eigen inlogcode op een website om informatie na te lezen over de fysieke gesteldheid.

“Gewoon online, dat ik in kan loggen op mijn persoonlijke gegevens hier (...), die J. is nu zo ver en in het begin zo ver (...), dan kun je te alle tijde je gegevens zien. Dat ieder gewoon zijn eigen inlogcode krijgt. Je eigen fysieke gesteldheid eh kunt zien en ook aan kunt geven of je kunt komen ja of nee.” (Deelnemer 6)

4. Discussie

Met dit kwalitatief onderzoek wordt er getracht antwoord te krijgen op de hoofdvraag: *“Wat is de verwachting en ervaring van chronische hartpatiënten die revalideren in een eerstelijns fysiotherapiepraktijk over de toepassing van E-health?”* De volgende belangrijke thema's zijn naar voren gekomen uit de resultaten: 'bekend zijn met E-health mogelijkheden', 'verwachtingen op korte en lange termijn over E-health', 'digitale vaardigheden en de invloed van leeftijd', 'voor- en nadelen van E-health', 'positieve en negatieve ervaringen informatieverstopping' en 'wensen en behoeften aan E-health als communicatiemiddel.'

4.1. Belangrijkste bevindingen resultaten

In het thema 'bekend zijn met E-health mogelijkheden' tonen de resultaten aan dat drie van de elf deelnemers op de hoogte zijn van de gedeeltelijke online aanmelding van Fysiomotion. In het thema 'verwachtingen op korte en lange termijn over E-health' wordt de stappenteller als controle op het bewegen gezien. Deelnemers verwachten dat transparantie van het EPD mogelijk is en persoonlijke gesprekken verminderen door digitalisering. Factoren als leeftijd, het beroep, de opleiding, het al dan niet hebben van een computer of de mate van afhankelijkheid van familie komen in het thema 'digitale vaardigheden en de invloed van leeftijd' naar voren als beïnvloedbare factoren. Het thema 'voor- en nadelen van E-health' beschrijft dat online mogelijkheden tijdbesparend zijn. E-health kan interessant worden als de fysieke gesteldheid achteruit gaat, waardoor het moeilijker wordt om naar de praktijk te komen. Nadelen van E-health toepassingen zijn: persoonlijke gesprekken worden gemist, verbindingproblemen, bangheid over de negatieve verhalen en schending van privacy door het EPD. Uit de resultaten van het thema 'positieve en negatieve ervaringen informatieverstopping' blijkt dat deelnemers graag informatie ontvangen via folders of zorgverleners. 'Wensen en behoeften aan E-health als communicatiemiddel' is het laatste thema en toont dat er behoefte is aan transparantie van het EPD.

4.2. Bekend zijn met E-health mogelijkheden

Online aanmelden valt onder stap 1 (de aanmelding) van het methodisch fysiotherapeutisch handelen van de fysiotherapeut. Geen enkele van de ondervraagde deelnemers heeft gebruik gemaakt van de online aanmelding bij Fysiomotion. Mogelijke verklaringen kunnen herleid worden uit factoren als: onvoldoende digitale vaardigheden van de deelnemers en te weinig reclame over online aanmelden vanuit de praktijk. Uit onderzoek van Krijgsman et al. (2014) blijkt dat 15% van de ondervraagden niet wist dat de mogelijkheid er was tot online afspraken maken bij de fysiotherapeut. Door 8% werd wel gebruik gemaakt van deze mogelijkheid. Uit de literatuur kan dus ook geconcludeerd worden dat weinig deelnemers weet hebben van online aanmelden bij de fysiotherapeut.

Volgens Krijgsman et al. (2014) vinden zorgverleners het prettig om online afspraken mogelijk te maken met patiënten. De motivatie hiervoor is om de telefonische belasting te reduceren. Uit de resultaten van dit kwalitatief onderzoek komt naar voren dat de deelnemers deze mening delen.

Deelnemers zitten op één lijn met de zorgverleners. Om deze reden zou het mogelijk moeten zijn om de online aanmelding te implementeren in de fysiotherapeutische setting. In dit onderzoek is een duidelijk beeld naar voren gekomen betreffende videobellen. Videobellen valt onder stap 5 en 7 (het behandelplan en de evaluatie). Geen enkele deelnemer heeft gebruik gemaakt van videobellen. Uit de literatuur blijkt dat ongeveer de helft van de zorggebruikers die in 2014 contact gehad hebben met de fysiotherapeut geen gebruik hebben gemaakt van dit medium (Krijgsman et al., 2014). In het onderzoek van Krijgsman et al. (2014) hebben zorggebruikers veel meer gebruik van videobellen gemaakt dan in dit kwalitatief onderzoek. Mogelijke oorzaken hiervoor kunnen zijn dat deelnemers twee keer in de week komen trainen, waardoor de huidige contactmomenten met de fysiotherapeut als voldoende ervaren worden.

Medische applicaties zijn in opkomst. Ongeveer één vijfde van de smartphone bezitters download tegenwoordig medische applicaties ter verbetering van de gezondheid. Van de ondervraagden geeft 32% aan dit te doen om meer controle over de eigen gezondheid te krijgen (Van der Geest et al., 2013). Uit onderzoek van Krijgsman et al. (2014) blijkt dat in 2014 het meeste gebruik (12%) is gemaakt van mobiele applicaties die lichamelijke activiteit bijhouden. In dit kwalitatief onderzoek over chronische hartpatiënten is ook gebleken dat er behoefte is aan een stappenteller om meer controle te krijgen over het bewegen en de gezondheid. Met dit resultaat kan gesteld worden dat zowel hart- als algemene patiënten onder behandeling zijn bij de fysiotherapeut behoeften hebben aan een stappenteller ter controle van het bewegen.

4.3. Transparantie en privacy EPD

Er wordt over het EPD gesproken in het interviewschema bij stap 3 en 5 (het fysiotherapeutisch onderzoek en het behandelplan). Deelnemers hebben behoefte aan transparantie in het landelijk EPD, zodat zorgverleners weten wat de geschiedenis van de patiënt is. Bijvoorbeeld in geval van een ongeluk om snel relevante informatie in te kunnen zien van de patiënt. De gevonden literatuur sluit naadloos aan op de gevonden resultaten in dit kwalitatieve onderzoek over het EPD van de chronische hartpatiënt. Om de continuïteit van de zorg te waarborgen moeten zorgverleners samenwerken met verschillende disciplines (Krijgsman et al., 2014). Het delen van informatie en de toegankelijkheid tot informatie voor zorgverleners en patiënt kunnen de zorg bevorderen (Krijgsman et al., 2014). Zo kunnen zorgverleners op verschillende plaatsen te alle tijde over de juiste gegevens beschikken voor hoge- en doelmatige kwaliteit van zorg (Van der Geest et al., 2013).

Uit de resultaten blijkt dat een deelnemer verwacht meer kennis te ontwikkelen over haar aandoening wanneer de mogelijkheid er is om het EPD in te zien. Met deze kennis kan de deelnemer mondiger worden naar een zorgverlener. Volgens de Jong-Fintelman & van Holland (2012) worden patiënten tegenwoordig mondiger naar zorgverleners en willen ze graag goed geïnformeerd worden over informatie uitwisseling van het EPD. Met de bevindingen in dit kwalitatief onderzoek kan er geconcludeerd worden dat transparantie van het EPD bevorderend kan werken voor patiënten. Door meer kennis van ziekte inzicht te ontwikkelen kunnen patiënten beter voor zichzelf opkomen. Deelnemers in dit kwalitatief onderzoek geven ook aan dat er behoefte is om aangaande het landelijk

EPD een bescherming van de privacy te borgen. Uit onderzoek van Ingen, Haan en Duimel (2007) blijkt dat ouderen vaak terughoudend zijn op internet, omdat ze zich zorgen maken om de privacy van persoonlijke gegevens. Krijgsman et al. (2014) beschrijven dat er nog maar weinig gebruik gemaakt wordt van online dossier inzage door patiënten. In dit kwalitatief onderzoek komt dat overeen, omdat geen enkele deelnemer momenteel gebruik maakt van online inzage in het eigen patiëntendossier. Wel verwachten twee deelnemers dat het EPD van de fysiotherapeut transparant gemaakt zal worden door de fysiotherapeut indien nodig.

4.4. Voor- en nadelen E-health

Uit dit onderzoek blijkt dat er weinig gezocht wordt naar online informatie. Een reden kan zijn dat deelnemers door de hoeveelheid aan informatie bang worden gemaakt. Verder ontvangen deelnemers liever informatie van de zorgverlener, omdat ze de informatie meer vertrouwen. Als laatste geven een aantal deelnemers aan voordeel in een specifieke folder gericht op de aandoening te zien. De literatuur bevestigt dit, want buiten het informatie zoeken op internet is de zorgverlener voor veel chronische patiënten de belangrijkste informatiebron. Daarnaast zoekt de chronische patiënt vooral informatie via de medisch specialist, bijvoorbeeld aan de hand van folders (Van den Brink-muinen, 2005). Uit de literatuur blijkt ook dat er weinig gezocht wordt naar online informatie. Ongeveer twee derde van de ondervraagde deelnemers uit het onderzoek van Krijgsman et al. (2013) heeft afgelopen jaar één of meerdere keren gezocht naar informatie over ziekte of behandeling. Mensen zonder chronische aandoening zoeken vaker informatie over ziekte of behandeling dan mensen met een chronische aandoening (Krijgsman et al., 2014). Een verklaring kan zijn dat de informatie niet zo confronterend is bij mensen zonder chronische aandoening en ze daardoor niet snel bang worden.

De zorg in Nederland is nog vaak tijd- en plaatsgebonden. Daarmee wordt bedoeld dat afspraken op bepaalde vastgestelde tijdstippen en vaak op dezelfde plaats zijn. Met E-health toepassingen kan er verandering in komen met als voordeel dat minder mobiele patiënten niet meer elke keer hoeven te reizen en toch contact kunnen hebben met de zorgverleners (Krijgsman et al., 2014). Eén deelnemer beschreef dit ook als een voordeel van een E-health toepassing als de fysieke gesteldheid problemen gaat geven. Uit de literatuur komt naar voren dat E-health toepassingen het comfort van patiënten verhogen doordat wachttijden verkort worden, omdat een patiënt zelf kan bepalen wanneer hij online contact heeft met een zorgverlener (Aldenhoven, 2010). Uit de resultaten blijkt dat deelnemers omschrijven dat er directer contact plaatsvindt via internet, want met bellen moet er elke keer op de zorgverlener gewacht worden indien die even geen tijd heeft. Deelnemers geven ook als voordeel aan dat online gegeven informatie vast staat en terug gehaald kan worden door bijvoorbeeld een meningsverschil te bevestigen. In de literatuur is er niets bekend over. Mogelijk omdat er geen onderzoek naar gedaan is.

4.5. Digitale vaardigheden en de invloed van leeftijd

Uit onderzoek van Ingen et al. (2007) blijkt dat veel ouderen verhoudingsgewijs lager opgeleid zijn. De voorsprong van jongeren en de achterstand van ouderen zijn terug te voeren op leeftijd. Dat komt in dit kwalitatief onderzoek ook naar voren, want een deelnemer geeft aan dat hij vroeger geen kans

heeft gehad om te studeren en daardoor digitaal minder vaardig is. Ouderen die via het werk of opleiding bekend zijn met computers, kunnen er beter mee omgaan dan ouderen die er geen ervaring mee hebben (Tacken, Marcellini, Mollenkopf, Ruoppita & Széman, 2005). Dat komt overeen met dit kwalitatief onderzoek. Zowel chronische hartpatiënten als ouderen zonder chronische aandoening geven aan dat opleiding en beroep invloed hebben op de digitale vaardigheden. Een deelnemer geeft aan dat het beroep invloed heeft op de digitale vaardigheden. Uit dit kwalitatief onderzoek blijkt ook dat de meeste geïnterviewde deelnemers graag mee willen gaan met de tijd door middel van bijvoorbeeld een cursus of door hulp van de (klein)kinderen. Volgens Ingen et al. (2007) heeft de meerderheid van de ouderen behoefte aan een computercursus om de digitale vaardigheden te verbeteren. In dit onderzoek is hier niet expliciet naar gevraagd, maar gaven twee deelnemers aan ervaring met cursussen te hebben. Eén deelnemer vond de cursus leerzaam.

Uit onderzoek van Ingen et al. (2007) komt ook naar voren dat ouderen hun familie soms niet geschikt vinden voor computerhulp. Dit komt omdat de handelingssnelheid te hoog ligt en ze de uitleg daardoor niet kunnen volgen. Vandaar dat de voorkeur uit gaat naar computercursussen. Er was geen enkele deelnemer in dit kwalitatief onderzoek die aangaf de hulp van familie niet te gebruiken, omdat de handelingssnelheid te hoog ligt. In tegenstelling tot het onderzoek van Ingen et al. (2007) geven alle deelnemers in dit onderzoek juist aan dat de hulp door de familie wordt gegeven. In de ogen van de onderzoeker is het niet mogelijk om een eenduidige verklaring te geven voor dit verschil. Om mee te kunnen met de ontwikkelingen op het gebied van E-health moeten mensen een computer hebben met internet en er ook nog eens goed mee overweg kunnen (Vlaskamp, Webers, Peters- Volleberg & van Halteren, 2001). Dat komt terug in dit kwalitatief onderzoek, want één van de deelnemers geeft aan dat veel ouderen mensen geen computer hebben. Het is zodoende een stuk moeilijker voor hen om die ontwikkelingen te kunnen volgen.

4.6. Sterke punten van het onderzoek

Een sterk punt van dit onderzoek is dat er geen inclusiecriteria opgesteld zijn met betrekking tot leeftijd. Alle hartpatiënten die in groepsverband trainen bij Fysiomotion konden zodoende meedoen aan het onderzoek. Een ander sterk punt is dat er gekozen is om geen inclusiecriteria op te stellen die vereist dat mensen thuis een computer, laptop, tablet en/of smartphone in bezit hebben. Zo is er een gevarieerde onderzoekspopulatie ontstaan.

Om de kwaliteit van het onderzoek te borgen zijn alle 11 interviews uitgevoerd door twee onderzoekers. Om de betrouwbaarheid te vergroten werden de opnames gemaakt met een voice-recorder. Zo was het mogelijk om de interviews herhaaldelijk terug te luisteren en deze letterlijk te transcriberen. De data is gedetailleerd beschreven om de geloofwaardigheid zo goed mogelijk te onderbouwen. Er heeft bij elke deelnemer een member-check plaatsgevonden na het interview om interpretatiefouten te voorkomen. Deze membercheck is goed voor de betrouwbaarheid van het onderzoek (Boeije, 2005). Daarna is er door de onderzoekers onafhankelijk van elkaar gecodeerd. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten heeft er bij het coderen van de eerste vier transcripten een peer-review plaats gevonden. De interpretaties van de onderzoekers zijn zodoende

onafhankelijk naar voren gekomen en vergeleken met elkaar. De axiaal codes die voortkwamen uit de drie verschillende onderzoeken zijn met elkaar besproken en vergeleken.

4.7. Beperkingen van het onderzoek

De onderzoeker had voorafgaand aan deze scriptie nog geen ervaring met dit type onderzoek. Door deze onervarenheid was het lastig om structuur te houden tijdens het interviewen, waardoor het interview vraag na vraag werd afgenomen. Hierdoor is er bij de eerste interviews niet altijd op elk onderdeel doorgevraagd. De verkregen informatie was hierdoor soms niet volledig. Na de workshops kwalitatief onderzoek over interviewen en het bespreken van de interviews in de groep, is de onderzoeker dieper ingegaan op de specifieke en verschillende E-health toepassingen die van belang waren om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Om het belang van het iteratief proces voorop te stellen werd er gestreefd om na het afnemen van een interview dezelfde dag nog te transcriberen. Dit is niet altijd haalbaar gebleken, omdat er soms meerdere interviews van verschillende onderzoekers op één dag zijn afgenomen.

Een andere beperking van het onderzoek is dat er veel onderwerpen zijn aangesneden die niet allemaal volledig in de thema's verwerkt konden worden of geen antwoord op de onderzoeksvraag gaven. Door de hoeveelheid aan informatie zou de resultatensectie te groot en onoverzichtelijk worden. Aan dit onderzoek hebben acht mannen en drie vrouwen deelgenomen. Door dit gegeven was de populatie wat het geslacht betreft, niet in balans. Er is gekozen voor deze onderzoeksgroep, omdat er anders niet genoeg deelnemers beschikbaar waren.

4.8. Vergelijken resultaten onderzoek E-health chronische hartpatiënten, COPD patiënten en claudicatio intermittens patiënten

In het onderzoek van Jill Trepels en Melissa Pantjes zijn andere inclusiecriteria opgesteld in vergelijking tot dit onderzoek. Om deel te mogen nemen aan het onderzoek van Jill moesten de deelnemers bekend zijn met communicatiemiddelen (computer, laptop, tablet en/of smartphone) en tevens gebruik maken van deze digitale communicatiemiddelen. Om deel te mogen nemen aan het onderzoek van Melissa moesten de deelnemers beschikking hebben tot de genoemde communicatiemiddelen. In dit onderzoek zijn die bovenstaande inclusiecriteria geheel weggelaten, omdat er anders te weinig deelnemers beschikbaar waren. Het zou kunnen dat de deelnemers daardoor andere antwoorden hebben gegeven en dit invloed heeft op de resultaten.

Er blijkt uit de verschillende onderzoeken dat een aantal deelnemers behoeften heeft aan online afspraken maken. Sommige deelnemers willen het echter bij de huidige situatie houden. Met betrekking tot het EPD komen de meningen overeen, want geen enkele deelnemer vindt zich bevoegd om het EPD zelf aan te vullen. Liever bespreken ze dit met de fysiotherapeut die het vervolgens aanpast. De deelnemers hebben nog geen ervaring met videobellen en de meeste deelnemers zien er geen meerwaarde in of hebben er geen behoefte aan. In zowel het onderzoek van Jill, Melissa als in

dit onderzoek komt naar voren dat het gemis aan digitale vaardigheden een beperkende factor is ten opzichte van het gebruik van E-health toepassingen.

De nadelen van E-health toepassingen komen ook redelijk overeen met elkaar, zoals: minder persoonlijk contact, schending van privacy, veiligheid van gegevens en technische problemen zoals het uitvallen van internet. De voordelen komen ook overeen in de verschillende onderzoeken. Niet afhankelijk zijn van de tijd, terug kunnen vallen op vaststaande gegevens op internet en het gebruikersgemak. Als het om bekend zijn met de gedeeltelijke online aanmelding gaat bij Fysiomotion, dan zitten er verschillen tussen de onderzoekspopulaties. In het onderzoek van Jill was geen enkele deelnemer bekend met de gedeeltelijke online aanmelding. Bij het onderzoek van Melissa waren er twee deelnemers bekend met de gedeeltelijke online aanmelding en in dit onderzoek waren er drie deelnemers bekend mee. Voor deze kleine verschillen is geen eenduidige reden gevonden.

Uiteindelijk zijn er geen grote verschillen gevonden tussen de resultaten van de drie onderzoekspopulaties. Oorzaken kunnen zijn dat alle deelnemers bij dezelfde praktijk revalideren, dat het homogene groepen mensen zijn met ongeveer dezelfde leeftijd en dat de meeste deelnemers uit hetzelfde dorp of gemeente komen. Door dit gegeven zijn er geen specifieke thema's meer naar voren gekomen in dit onderzoek.

5. Conclusie

In dit kwalitatief onderzoek is er gekeken naar *de verwachting en ervaring van chronische hartpatiënten die revalideren in een eerstelijns fysiotherapiepraktijk over de toepassing van E-health.* Tijdens het onderzoek is naar voren gekomen dat de verwachtingen en ervaringen van de chronische hartpatiënt over E-health toepassingen uiteen lopen.

Er zijn verschillende deelnemers voorstander van E-health toepassingen, omdat ze verwachten dat het de zorg efficiënter maakt. Bijvoorbeeld dat er geen wachttijden zijn of dat het makkelijker communiceren is met elkaar, omdat een patiënt zelf kan bepalen wanneer hij online contact heeft met een zorgverlener. E-health toepassingen kunnen een prettige ondersteuning in het behandeltraject zijn, wanneer de fysieke gesteldheid achteruit gaat en het lastig is om naar de praktijk te komen. De opslagcapaciteit op de computer en het milieutechnische gedeelte zijn ook voordelen die genoemd worden. Over medische applicaties zoals een stappenteller zijn de verwachtingen verdeeld, maar ter controle op het bewegen wordt dit als een voordeel ervaren.

Tegenstanders van E-health toepassingen ervaren dat het persoonlijke gesprek met de zorgverlener plaats moet maken voor digitale communicatiemiddelen en verwachten dat digitalisering meer op de voorgrond komt te staan. Andere beperkende factoren zijn een gebrek aan digitale vaardigheden beïnvloedt door het beroep en de genoten opleiding. Verbindingsproblemen, schending privacygegevens en het beschikbaar zijn van teveel informatie worden gezien als nadelen van E-health toepassingen. Tot slot waren de meeste deelnemers niet op de hoogte van de mogelijkheid tot gedeeltelijke online aanmelding bij Fysiomotion.

5.1. Aanbevelingen

5.1.1. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

- Er wordt aanbevolen om in een vervolgonderzoek specifieker in te gaan op de overige vier stappen (anamnese, analyse, behandeling en afsluiting) van de KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging. Zo ontstaat er een completer beeld van het methodisch fysiotherapeutisch handelen van de fysiotherapeut en de invloed van E-health toepassingen op dit proces.

5.1.2. Aanbevelingen voor de praktijk

- Zowel in de literatuur als in dit onderzoek komt naar voren dat onbekend zijn met online aanmelden een beperkende factor is. Door dit gegeven maken deelnemers geen gebruik van online mogelijkheden. Door middel van posters in de praktijk, mond op mond reclame of duidelijke informatie op de website zullen meer patiënten bekend raken met de online mogelijkheden. In de toekomst kan er zodoende meer gebruik van worden gemaakt.

- Fysiotherapeuten zouden de chronische hartpatiënten beter kunnen informeren over het EPD van de fysiotherapeut. Een aantal patiënten zijn niet bekend met dit dossier en zouden het graag in willen zien ter controle of om mondiger te zijn naar de zorgverlener.
- In de richtlijn hartrevalidatie zou er meer informatie aan bod mogen komen ten aanzien van E-health toepassingen in het behandeltraject. Nu wordt er niet over gesproken, waardoor een fysiotherapeut er minder goed of niet van op de hoogte is. Zodoende kan de fysiotherapeut dit niet overbrengen op de patiënten.
- Als laatste zou het voor de betrouwbaarheid en uitkomst van het onderzoek goed zijn als dit onderzoek bij verschillende praktijken uitgevoerd zou worden om een bredere kijk op de ervaringen en verwachtingen te krijgen van chronische hartpatiënten over E-health.

Literatuurlijst

Achttien, R. J., Staal, J. B., Merrie, A. H. H., Van der Voort, S. S. E. M., Klaver, R. J., Schonewille, S., et al; (2011). Verantwoording en toelichting KNGF-richtlijn Hartrevalidatie. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 121, 4.

Aldenhoven, S. (2010). Dokter, bent u al online? *Inzicht in de toepassing van e-health*, 3.

Atlas van zorg en hulp. (2013). *Ontwikkelingen in de zorg 2014 – 2018*. Geraadpleegd op 23 februari 2015, <http://www.zorghulpAtlas.nl/zorghulpnieuws/ontwikkelingen-2013/>.

Boeije, H. R. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Amsterdam: Boom onderwijs.

Boersma, H., & Vermunt, N. (2015). Consumenten-health en de zorg van de toekomst. *Raad voor de volksgezondheid & zorg*, 1-45.

De Jong-Fintelman, M., & van Holland, R. (2012). Whitepaper, ontwikkelingen in internetzorg voor patiënten. Den Haag: Nictiz, 5.

Gommers, A. M., & Poos, M. J. J. C. (2010). Cijfers hartfalen (prevalentie, incidentie en sterfte). *Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Beethoven: RIVM.

Gommers, A. M., & Poos, M. J. J. C. (2010). Cijfers coronaire hartziekten (prevalentie, incidentie en sterfte). *Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Beethoven: RIVM.

Gregor, P., Alexander, J., & Stink, J. (2011). Clinical tele rehabilitation: applications for physiatrists. *Pm & R: the Journal of Injury, Function, and Rehabilitation*, 3, 7, 647-56.

Hearkens, Y. F., Hendriks, H. J. M., & de Graaf-Peters, V. B. (2011). Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. *Fysiotherapeutische verslaglegging*, 121, 1. Amersfoort: KNGF.

Ingen, E., Haan, J., & Duimel, M. (2007). Achterstand en afstand: Digitale vaardigheden van lager opgeleiden, ouderen, allochtonen en inactieven. Den Haag: SCP, Sociaal en Cultureel Planbureau, 25-53.

Intramed plus. (2013). *Hoofdstuk 1 online inschrijving van patiënten*. Geraadpleegd op 12 mei 2015. <http://intramed.nl/onlinediensten>.

Kitzman, D. W., Gardin, J. M., Gottdiener, J. S., Arnold, A., Boineau, R., Aurigemma, G., et al.; (2001). Importance of heart failure with preserved systolic function in patients ≥ 65 years of age. *The American Journal of Cardiology*, 87, 4, 413-419.

KNMG, NPCF en Zorgverzekeraars Nederland. (2012). Nationale Implementatie Agenda (NIA) eHealth, 6.

Krijgsman, J., de Bie, J., Burghouts, A., de Jong, J., Cath, G.J., van Gennip, L., et al. (2013). eHealth, verder dan je denkt: eHealth-monitor 2013. *Nictiz en het NIVEL*, 69-85.

Krijgsman, J., & Klein Wolterink, G. (2012). Whitepaper ordening in de wereld van eHealth. *Nictiz*, 4-12.

Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A., Brabers, A., de Jong, J. Beenkens, F., et al. (2014). Op naar meerwaarde! EHealth-monitor 2014. *Nictiz en het NIVEL*, 54-74.

Lee, W. C., Chavez, Y. E., Baker, T., & Luce, B. R. (2004). Economic burden of heart failure: a summary of recent literature. *Heart & Lung: the Journal of Critical Care*, 33, 6.

Nivel. (2012). *Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken – rapportage 2012*. Geraadpleegd op 05 maart 2015. <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-ontwikkelingen-in-de-zorg-voor-chronisch-zieken.pdf>.

Rydén-Bergsten, T., & Andersson, F. (1999). The health care costs of heart failure in Sweden. *Journal of Internal Medicine*, 246, 3, 275-84.

Tacken, M., Marcellini, F., Mollenkopf, H., Ruoppila, I., & Széman, Z. (2005). Use and acceptance of new technology by older people. Findings of the international MOBILATE survey: 'Enhancing mobility in later life'. *Gerontechnology*, 3, 3, 126.

Timmer, S. (2010). *eHealth in de praktijk: handreiking voor iedereen die wil kennismaken of starten met eHealth*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Vaartjes, I., Visseren, F. L. J., van Dis, S.J., & Bots, M. I. (2010). Hart- en vaatziekten in Nederland 2010: Cijfers over leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte. Den Haag: *Nederlandse Hartstichting*.

Van den Brink-muinen, A. (2005). Gebruik van internet door chronisch zieken en gehandicapten voor het zoeken naar gezondheids(zorg)informatie. *Nivel*, 5-11.

Van der Geest, L., Boudeling, M., & Janssen, W. (2013). Gezond online. In control met eHealth. *Nyfer*, 24-85.

Van Rijen, A. J. G., de Lint, M. W., & Ottes, L. (2002). Inzicht in e-health. Zoetermeer: *Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*, 10-11.

Vlaskamp, F., Webers, K., Peters- Volleberg, G., & van Halteren, A. (2001) *Telemedicine en Tele-care in de thuiszorg: historische ontwikkelingen en toekomstverwachtingen*, RIVM.

Wouters, E., & Nieboer, M. (2013). *Handleiding Kwalitatief Onderzoek door middel van interviews*. Lecotraat 'Health Innovations and Technology', Fontys Paramedische Hogeschool, 5-17.

Bijlage I: KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging

- **Stap 1: aanmelding**
- Stap 2: aanvullende (hetero)anamnese
- **Stap 3: aanvullend onderzoek**
- Stap 4: analyse
- **Stap 5: behandelplan**
- Stap 6: behandeling
- **Stap 7: eindevaluatie**
- Stap 8: afsluiting

Deze acht stappen komen uit de KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging van Heerkens, Hendriks & de Graaf-Peters (2011). De dikgedrukte stappen staan centraal in dit kwalitatief onderzoek.

Bijlage II: Informatiebrief

Onderzoek naar E-health in de praktijk

Geachte Meneer/Mevrouw,

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

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

Wat is E-health?

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

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

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

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

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

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

Wat wordt er van u verwacht?

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

Deelname onderzoek

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

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

Gegevens onderzoekers:

Naam: Melissa Pantjes

Email: melissa.pantjes@student.fontys.nl

Naam: Wouter van de Weijer

Email: wouter.vandeweijer@student.fontys.nl

Naam: Jill Trepels

Email: jill.trepels@student.fontys.nl

Bijlage III: Informed consent

Titel onderzoek: E-health bij chronische hartpatiënten

Verklaring deelnemer

Ik heb de informatiebrief gelezen en kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord en ik had genoeg tijd om te beslissen voor deelname aan het onderzoek. Voor het onderzoek word ik geïnterviewd door één persoon. Er is een tweede persoon aanwezig die het gesprek opneemt en erbij zit voor eventuele ondersteuning. Ik geef hier mijn toestemming voor. De onderzoeker zal het interview samenvattend uitwerken en deze wordt ter controle naar mij toegestuurd. Indien ik het ergens niet mee eens ben kan ik dit voorzien van commentaar. Dit commentaar wordt vervolgens aangepast in het interview door de onderzoeker.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik heb daarbij het recht om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek stop te zetten. Ik geef toestemming voor de doelen die in de informatiebrief staan om mijn gegevens anoniem te gebruiken en ik weet dat de onderzoekers mijn gegevens kunnen zien en dat deze niet verstrekt worden aan anderen. Ik geef toestemming dat mijn onderzoeksgegevens gedurende de looptijd van het onderzoek bewaard worden gebleven. Na afloop van het onderzoek worden alle gegevens van de interviews en de opnames vernietigd.

Naam deelnemer:

.....

Datum: **Handtekening deelnemer:**

Verklaring onderzoeker

Ik heb de deelnemer volledig geïnformeerd over het genoemde onderzoek. Indien er nog resterende vragen zijn over het onderzoek, zal ik deze naar vermogen beantwoorden.

De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden. Ik zal de gegevens alleen en anoniem gebruiken voor het betreffende onderzoek.

Naam onderzoeker:

.....

Datum: **Handtekening onderzoeker:**

Bijlage IV: Topiclijst

De topics die vermeld staan in de topiclijst zijn gevonden met literatuur en komen in ieder geval aan bod in het interview.

Tabel 1. Topiclijst

Topic Lijst
Aanmelding - Verloop huidige aanmelding - Verwachting - Ervaring - E-health wensen en behoeften aanmelding
Fysiotherapeutisch onderzoek - Verloop huidig diagnostisch proces - Verwachting - Ervaring - E-health wensen behoeften bij diagnostisch proces
Behandelplan - Verloop bespreken behandelplan, bijstellen behandelplan? - Verwachtingen - Ervaring - E-health wensen en behoeften behandelplan
Evaluatie - Verloop huidige evaluatiemomenten - Verwachtingen - Ervaring - E-health wensen en behoeften evaluatiemomenten
Aandoening specifiek - Verwachtingen - Ervaringen
Overige wensen en behoeften e-health hartpatiënt

Bijlage V: Interview schema

Tabel 1: Interviewschema

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

	Wat zou u er van vinden om online al uw fysiotherapie afspraken in eigen beheer te kunnen hebben?	Zou u dit volledig online aanmelden verkiezen boven telefonisch aanmelden? Bijvoorbeeld: Afmelden in een groep en zelf een nieuwe afspraak kunnen maken in een andere groep. Wat is de reden dat u er wel of geen gebruik van wilt maken?
Fysiotherapeutisch onderzoek	Hoe verliep de eerste ontmoeting met de fysiotherapeut(e)? Wat werd er precies gedaan/onderzocht tijdens deze ontmoeting? Heeft u suggesties om deze intake te verbeteren? Wat vindt u van online een vragenlijst invullen over uw aandoening? Wat zou u ervan vinden om toegang tot uw Fysiotherapeutisch patiëntendossier te hebben? Welke voor- en/of nadelen ziet u in de boven genoemde mogelijkheden? (Online info opsturen, online vragenlijst, inzicht in eigen dossier)	Wat vond u van deze ontmoeting? Wist u van te voren wat er ging gebeuren tijdens deze ontmoeting? Waarom zou u dit willen veranderen? Welke voor- en nadelen ziet u hierin? Verschil tussen landelijk elektronisch patiëntendossier en fysiotherapeutisch elektronisch patiëntendossier uitleggen. En dat u dit dossier zelf kunt bijwerken? Zou u een van deze bovengenoemde vormen verkiezen boven de huidige situatie? En waarom?
Behandelplan	De fysiotherapeut hoort aan u uit te leggen wat het verloop zal zijn van de behandeling. Hoe is dit verloop met u door besproken? Wat wordt er gecommuniceerd met u als er iets verandert tijdens de behandelingen?	Wat vond u hiervan? Wat vindt u van de wijze waarop u op de hoogte gehouden wordt van de behandelingen?

	Zou u het prettig vinden als dit op een andere manier met u gecommuniceerd zou worden?	- Email - Videobellen
	Wat zou u ervan vinden als u via de email kunt nalezen wat er tijdens de behandelingen gaat gebeuren?	Wat zou ervan vinden om deze gegevens op uw computer te kunnen lezen in uw persoonlijk patiëntendossier?
	Heeft u de informatie over uw aandoening goed kunnen onthouden na de uitleg van de fysiotherapeut?	- Doorvragen waarom de informatie wel of niet te onthouden was.
		Zoekt u nog regelmatig iets op over uw aandoening?
		Welk middel gebruikt u om dit op te zoeken?
	Welke manier van informatie verstrekken vindt u fijn?	Indien respondent stilvalt: - Website - Folder - Etc.
Evaluatie	Hoe verlopen besprekingen over de voortgang van de behandelingen (evaluatiemomenten)?	
	Wat wordt er zoal besproken tijdens zo'n gesprek?	Voorbeelden: - Trainingsresultaten - Doelstellingen behaald
		Bent u op de hoogte van uw trainingsresultaten?
	Hoe ziet de halfjaarlijkse her-test eruit?	Hoe worden deze resultaten met u besproken?
	Welke suggesties heeft u voor veranderingen voor deze evaluatiemomenten?	Zou u meer willen weten tijdens dit moment?

	We hebben het net al over online vragenlijsten gehad. Wat vindt u van een online vragenlijst als evaluatie middel? Stel uw fysiotherapeut wil videocontact met u om de vorderingen van de behandeling met u door te spreken, wat vindt u hier dan van?	- Thuis invullen en meer behandeltijd over hebben Welke voor- en/ of nadelen ziet u hierin?
Aandoening specifiek	Welke voor- en nadelen ziet u in de interntechnologieën die net allemaal aanbod zijn geweest? Zou u nog een andere internettechnologie kunnen bedenken met betrekking tot hartpatiënten? Hoe denkt u dat uw groepsgenoten denken over internettechnologie in de hart-revalidatie?	In welke vorm ziet u toekomst en zou uzelf gebruik van willen maken? - Wat vindt u ervan om uw hartslag en/of bloeddruk met een applicatie te meten en deze online door te kunnen sturen naar uw fysiotherapeut voor evaluatie? - Indien deelnemer smartphone heeft: Wat vindt u van een stappenteller op uw smartphone om dagelijks uw stappen bij te houden en dit te bespreken met uw fysiotherapeut? Denkt u dat de meningen verschillen met die van u?
Afsluiting	Heeft u de kans gehad om alles te kunnen vertellen? Heeft u nog vragen of opmerkingen?	Wilt u nog iets toevoegen?

Bijlage VI: Codelijst

Digitale vaardigheden en invloed van leeftijd

2.27 Indien vaardig, gebruik maken beheer online afspraken

11.45 Niet kundig genoeg videobellen

5.20 Weet niet wat online betekend

7.14 Met vrouw online aanmelden

4.29 Grote stap meegroeien internettechnologie

2.53 Moeite met omgang computer

8.2 Maakt geen gebruik internettechnologie

1.50 Exit vragenlijst ziekenhuis beantwoord

3.48 Niet verdiept mogelijkheden opzoeken internet

3.64+2.46+5.13+11.14 Krijgt hulp familie computergebruik

2.3 Mailtje versturen met vrouw

5.17 Kijkt nooit met dochter mee bij computer

7.17 Vrouw thuis, dan online aanmelden

8.45 Dochter neemt teveel over op computer

11.15 Opzoeken internet via man, gemakzucht

5.10 Geen interesses in computer

5.7+5.8 Niet op hoogte gedeeltelijk online aanmelding

4.74 Informatie via internet vindbaar

5.14 Vrouw ook geen behoefte computer

11.8+11.2 Internettechnologie verbeteren cursus

2.30 Computer cursus alles vergeten

9.54+4.5 Door werk met computers, eerder gebruik internettechnologie

5.51 Indien opleiding → meer computergebruik

5.16 Jongeren leren sneller op de computer

7.50+7.51+11.53 Internettechnologie in beweging, snelheid niet bij te houden

11.7 Ouderen niet achterblijven internettechnologie

3.63 Ouderen niet allemaal computer

9.56 Vervelend mensen niet opgegroeid met computer

5.50 Geen kans gehad te studeren

3.62+5.12 Ouderen moeite met internettechnologie

4.28 Generatiekloof speelt rol, veel jonger en niks willen weten van technologie

7.49 Leeftijd en geheugen beperken mogelijkheden internettechnologie

5.11+5.14 Te oud om te leren werken met computer

2.67 Veel ouderen geen interesse internettechnologie

Verwachtingen

1.54 Niet alle info EPD relevant fysio

10.42 Andere mensen behoefte teruglezen behandelresultaten

10.53 Indien geen internet, niet deze wereld

3.56 Indien meer computergebruik online vragenlijst interessant

4.100 Communicatie via internet veilig

2.32 Afspraken eigen beheer tijdbesparend voor fysio

1.71 Indicatie, dan wel meten via app

6.24 Indien onbekend online afspraken niet fijn

3.47 Bij nieuwe aandoening, meer opzoeken

10.24 Patiëntdossier tweeledig: 1. Gemakkelijk 2. Privacy

8.33 Denkt dat kinderen meer weten over aandoening

8.22 Papieren vragenlijst beter in te vullen

4.97 Toekomst steeds meer online

8.40 Indien lange reisafstand gebruik videocontact

4.33 Geen belang eigen beheer afspraken

3.26 Meer informatie internet dan folder

3.60 Fysio niet altijd gelegen om te videobellen

5.47 Zou gebruik maken van medische apps indien mogelijkheid er was

10.23+8.24 Verwacht inzicht in dossier te hebben

11.6 Verwachting tot mogelijkheid online aanmelden

11.11 Liever geheel dan gedeeltelijk online

11.17 Indien kundig: voorkeur online aanmelding

7.12+2.23 Geen nadelen online aanmelding

7.11 Online aanmelding minder reistijden minder belkosten

1.17 Internettechnologie veel mensen toevoeging

3.71 Denkt dat groepsgenoten voor internettechnologie zijn

9.53+11.54+7.53 Verdeelde mening internettechnologie groepsgenoten

5.48 Meeste mensen internettechnologie geweldig

10.49 60-80% groepsgenoten maken gebruik van internettechnologie

4.32 Computertechnologie boven persoonlijke

5.31 Onkunde dossier zelf bijwerken

11.26 Dossier lekentaal dan positief

11.13 Voorkeur twee manieren aanmelden i.v.m. kundigheid

1.10+1.19 Geen behoefte alle info uitpluizen

7.35 Informatie behandeling voor email prettig i.v.m. geheugen

6.27 Voorkeur eerste aanmelding telefonisch

Toekomst

1.60 Toekomst online behandelplan gemakkelijk

6.95 Over 10 jaar ouderen meer gebruik internettechnologie

11.51 Over 10 jaar alle besproken mogelijkheden werkelijkheid

3.61+2.77 Toekomst positief internettechnologie

1.24 Toekomst afspraak annuleren en videobellen op afstand

10.51 Over 10 jaar geen toetsenbord meer

10.52 2^e world wide web voor overheid en zorgverlener

11.49 Ziet toekomst in smartphone

Bekend zijn met E-health mogelijkheden

11.25 Onbekend met termen dossier

9.26 Onbekend met afscherming dossier

9.23 Wist niet dat patiëntendossier bestond

10.7+2.14+9.7+3.10 Niet op de hoogte online aanmelding

4.21+7.10+4.21+8.8+10.7 Op de hoogte van online aanmelding

6.4 Mogelijkheden telefonisch geïnformeerd

2.66 Veel ouderen onbekend met internettechnologie

3.57+3.58+1.26 Onbekend en geen interesse videobellen

1.26 Onbekend videobellen, drempel

3.50 Onbekend wat te zoeken op internet

Ervaringen

1.57 Behandelplan bespreken individueel

10.54+10.55 Internet: Moedeloos positieve verhalen vallen weg onder de negatieve

4.95 Heeft steppenteller gebruikt

2.78 Gesprekken worden gemist, teveel computer

1.63 Informatie aandoening duidelijk na uitleg fysio

2.13 Andere instellingen langere wachttijd

1.1 weinig ervaring internettechnologie

10.11 Gebruikt reminder afspraak telefoon

11.44 Papier vragenlijst: indien vraag meteen stellen

4.38 Onderzoek vooraf niet geheel bekend

3.45 Informatie fysio goed te onthouden

2.63 Persoonlijke contact leuker dan skype

11.38 Weglopen werkelijkheid informatie aandoening

9.32 Veranderingen behandelplan face to face

9.9 Grammaticaal onzeker online aanmelden

9.35 Verleden dingen opgezocht aandoening

4.84 Bekend met evaluatie vragenlijst

5.6 Afspraak in ziekenhuis langer wachten

3.36 Huidige behandelplan face to face

9.41 Informatiedag ziekenhuis interessant

3.28 geen problemen online vragenlijsten

10.39 Heeft afspraak gecancelld via de mail

1.5 Teveel info internet maakt gek

6.41 Waardeert inzicht eigen dossier

6.9 Onzekere tijd na ziekenhuis opname

10.20 Ervaring met online vragenlijst

2.44 Skype anders dan bellen

1.14 Geen ervaring vragenlijst fysio

2.33 Tevreden eerste ontmoeting fysio

7.15 Regelt medicatie online

1.30 Bewondering monitoring buiten kantooruren

5.39 Video aandoening confronterend

6.19 Zelf online aanmelding prettig

8.7 persoonlijk aangemeld door langs te komen

9.4+10.3+8.4 terechtgekomen door eerdere positieve ervaring praktijk

11.3+11.4 Via zussen bij praktijk terecht gekomen

1.53 Positief landelijk EPD, wel bescherming fysio

10.15 Geen ervaring verkeerde informatie zoeken

6.30 Vooraf niet geheel op hoogte wat er ging gebeuren tijdens intake

11.22 Onbekend met vragenlijst fysiotherapie

1.9 Zoekt niets op i.v.m. medische achtergrond

6.64 zoekt niet op over aandoening, meeste is bekend

11.37 Zoekt niets op over aandoening i.v.m. eerdere ervaring.

Wensen en behoeftes

2.39+2.40 Controleren EPD op fouten

3.65+3.68 Fysio hartslag meten voldoende

2.52+4.75+3.46 Voorkeur informatie mail

2.56 Liever vaker evalueren, gedachten wisselen over gezondheid

6.49 Voorkeur inzicht eigen dossier

4.25+4.27 Voorkeur persoonlijk aanmelden

3.46 Geen behoefte opzoeken informatie aandoening

3.52 Informatie via zorgverlener meest interessant

3.32 Fysio attenderen op onvolledigheid dossier

3.69+3.13+1.67+1.70+4.39+1.13+7.52 Geen behoefte medische applicaties

3.15 Menselijk contact belangrijk

4.18 Voorkeur persoonlijke aanpak fysio, gevoel dat therapeut luistert

7.27 +7.28 Veranderingen bespreken dossier met therapeut

11.52 Blij dat kinderen opgroeien internettechnologie

6.68+11.39+5.38+3.24+6.69+9.39+7.37
Voorkeur informatiefolder

8.26 Geen behoefte bijwerken EPD

9.40 Vragen na lezen folder bespreken met fysio

1.8 Zoekt niets op over aandoening

4.49+4.50 Voorkeur bijwerken dossier fysio

1.44 Online afspraken tijden dag invullen, dan wel gebruiken

1.3+1.12 Voorkeur bespreken arts i.p.v. opzoeken

2.60 Evaluatie ook via mail, vrouw op hoogte

2.47 Informatie vooraf behandeling, instellen situatie

1.27 Afspraak specialist contact telefonisch/email

3.58 Komt wekelijks, geen interesse videobellen

4.34 Voorkeur zelf beslissen tijd afspreken

1.37 Geen behoefte internet aanmelding

3.27 Geen behoefte en tijd info zoeken aandoening

3.11 Voorkeur persoonlijke aanmelding

3.33 Mogelijkheid zelf bijwerken dossier

3.17 Verder weinig interesse online afspraken

2.41 Terugvallen notities EPD

6.74 Voorkeur evaluatie face to face

10.12 Indien behoefte online info opzoeken aandoening

3.31 Inzicht dossier mogelijk maken

1.2 zoekt weinig info op

2.48+49 Behoefte info thuis nalezen

1.41 Geen behoefte online afspraken maken

9.30 Verkiest internettechnologie niet boven huidige situatie

6.84 Vreemde geen videocontact, privacy

5.28 Geen geheimen EPD

1.48 Oefeningen per mail, thuis ook oefenen

10.31 Met onbekende voorkeur online gesprek

2.59 Indien nodig info sturen dossier

4.39 Behoefte informatie vooraf onderzoek

7.20 Huidig afmelden prima, onverwachts prettig via internet

9.47+9.48 Wekelijks genoeg contactmomenten fysio, geen behoefte videocontact

9.25 Prettig andere zorgverleners inzicht hebben dossier

5.36 Voorkeur communicatie persoonlijk

11.33 Tegen misbruik dossier

10.38 Indien behoefte contact fysio: E-mailen

8.28 Veranderingen evaluatie liever face to face

5.26 Geen behoefte informatie vooraf intake

8.25 Bij heftige operatie liever geen info nalezen

11.42+10.40 Voorkeur evaluatie face to face

7.43 Trainingsresultaten voor gemak op papier

9.29 In overleg aanvullen EPD

8.14 Huidige aanmelding telefonisch, voorkeur online doorgeven gegevens

1.39 Mensen zien/horen privé zaken delen

8.39 Indien korte reisafstand persoonlijk contact

7.25+7.45 Vragenlijst meteen bespreken door geheugen

1.38 Voorkeur telefonisch aanmelden

9.27 Niet prettig iedereen inzien dossier

6.62 Behoefte aan inlog pagina, scores zien en afmelden/verzetten behandeling

7.18 Alleen thuis, dan telefonisch aanmelden of langskomen

1.55 Alleen relevante info EPD

6.93 Behoeftte aan stappenteller

11.47 Voorkeur communicatie persoon, praat terug

6.81 Vreemde geen video contact fysio wel

5.34 Geen behoefte info behandelplan via mail

6.90 Geen gebruik maken applicatie bloeddruk/hartslag

10.29 Voorkeur persoonlijk aanmelden vragenlijsten, maar ook mogelijkheden online

11.35+6.72 Geen behoefte videobellen

8.29 Geen behoefte informatie veranderingen behandelplan

10.30 Met bekende voorkeur persoonlijk gesprek

11.24 Twijfels relevantie dossier

9.28 Graag bescherming dossier

5.35+5.46+5.49 Geen interesse internettechnologie

5.32 Onvolledigheid dossier melden aan fysio

6.54+5.55+5.56 Behoeftte online nalezen behandelingen

9.12 Zowel online als telefoon aanmelden indien er één niet werkt

7.32 Veranderingen behandelplan face toe face

11.36 Behoeftte informatie nalezen behandeling mail

6.58 Voorkeur evaluatiescore nalezen site persoonlijke inlog

10.28 Dossier door fysio bij laten werken

4.40 Voorkeur informatie onderzoek mondeling

7.36 Informatie aandoening rustig nalezen papier

11.28+11.31 Voorkeur landelijk EPD zorgverleners

4.65 Zoekt niets op over aandoening

6.70+6.71 Indien vragen na folder, specialist vragen

9.60 Indien smartphone behoefte aan hartslag/bloeddruk bijhouden

6.48 Voorkeur afmelden via mail

11.30 Niks te verbergen voor landelijk dossier

9.22 Inzicht EPD interessant

6.65 Indien nieuwe info, dan opzoeken

8.34 Informatie aandoening liefst face to face

5.19 Voorkeur telefonisch aanmelden

8.32 Zoekt te weinig op over aandoening

Voor- en nadelen online

2.38 Online vragenlijst: reisafstand en fysio minder werk

10.22 Nadeel online vragenlijst: Privacy niet gewaarborgd

6.40+6.79 Gaan nadelen online vragenlijsten

6.39+6.77+5.43+4.44 Online vragenlijst rustiger invullen

1.16 Online vragenlijst makkelijker dan papier

3.30 Online vragenlijst niet bespreken, papieren wel

8.21+8.36+8.38+5.42 Papieren vragenlijst rustgevender en gemakkelijker

11.43 Geen problemen vragenlijst indien lekentaal

11.23 Geen verschil online of papieren vragenlijst

10.21 Voordeel online vragenlijst: Milieutechnisch, makkelijker nazoeken, opslagcapaciteit beter, makkelijker veranderen

4.52 Fysio om raad vragen onduidelijkheden vragenlijst

9.20+9.46 Online vragenlijst rustig vertrouwde omgeving

4.51 Online vragenlijst twijfel over bedoelingen

6.38+7.7+7.8 Online vragenlijst meer nadenk tijd

4.42+4.43 Geen problemen invullen online vragenlijst

- 8.23 Papieren vragenlijst kun je aan de kant schuiven
- 3.29 Online vragenlijst aanbeveling, meer behandeltijd
- 9.19 Voorkeur online vragenlijst
- 6.72+6.85 Internettechnologie niet wachten respons
- 2.65 Internettechnologie niet meer weg te denken
- 9.37 Informatie zorgverlener meer uitleggend dan internet
- 1.25 Internettechnologie onpersoonlijk
- 6.67 Nadeel online info: Niet actueel, teveel info, bang maken
- 1.73 Internettechnologie nuttig met duidelijke reden en indicatie
- 1.18 Internettechnologie persoonlijk geen toevoeging
- 6.59 Voorkeur online evaluatie boven een print
- 4.24+7.48 Online communicatie makkelijk
- 6.86 Internettechnologie eigen tijd bepalen
- 9.11 Bij verbroken internetverbinding geen communicatie mogelijk
- 2.68+10.45 Mail makkelijkste manier contactbron
- 10.41 Resultaten teruglezen online extra belasting fysio
- 2.20+2.22 Internet communicatie sneller
- 1.40 Internet anoniem, zakelijk wel handig
- 10.50 Valkuil internettechnologie foutieve info
- 4.99 Internettechnologie goede zaak
- 4.72 Wil niet op hoogte zijn alle info internet
- 4.92 Internet makkelijke weg vraag en antwoord
- 4.88 Positief over online eigen mening laten horen
- 5.23 Computer onpersoonlijk
- 3.25 Informatie via computer op gemak lezen
- 6.60 Online makkelijker bewaren dan papier
- 8.17 Kan niet bellen als vrouw aan het telefoneren is
- 6.61 Inlog gegevens altijd bij de hand, mail niet
- 4.90+4.91 Internet ondersteuning bij lichamelijke ongemakken
- 3.43 Direct reageren computer indien fouten bij nalezen behandelplan
- 10.37 Info behandeling nalezen e-mail extra belasting therapeut
- 3.39+3.40 Persoonlijk contact behandelplan praktischer dan videobellen
- 3.42 Veranderingen behandeling op beeld, visueel
- 7.39 Informatie internet moeilijke woorden
- 10.14 Gevaar online: Verkeerde informatie
- 6.17 Telefoon gericht vragen stellen dan online
- 10.48 Voordeel stappenteller: Stok achter de deur
- 10.34+10.35 Videobellen sneller met informatie door voorbeeldvorm
- 6.94 Door stappenteller meer controle bewegen
- 10.47 Bloeddruk/hartslag liever door arts meten i.p.v. app. Applicatie niet nauwkeurig
- 6.92 Meting online doorsturen arts op hoogte
- 11.50 Nieuwsgierigheid bij stappenteller
- 6.82+6.83 Fysio een band, daarom videocontact
- 3.67 Niet om de haverklap meten hartslag/bloeddruk
- 6.91 Meting bloeddruk/hartslag online doorsturen arts
- 8.41 Zelf hartslag/bloeddruk meten maakt je zeker
- 6.25 Zou gebruik maken afspraken eigen beheer
- 2.28+2.31+9.14 Eigen beheer online afspraken makkelijker
- 3.35 Misbruik dossier zorgverlener = boete

10.27 tegen landelijk EPD vanwege privacy	1.64 Voorstander face to face informatie aandoening, vragen nadien per mail
10.25+26 Positief over multidisciplinair dossier	4.73 Informatie zoeken via google
6.42 Inzicht dossier: meer bekend aandoening	9.42 Informatiedag ziekenhuis tastbaar en internet niet
6.43 Inzicht dossier: Mondiger en duidelijker arts	10.43 Videobellen, hoeft niet naar praktijk
6.26 Afspraken eigen beheer: Tijdbesparend, directer, niet gebonden aan gesprek	11.40 Nuttige informatie internet
5.29 Iedere zorgverlener dossier inzien	7.40 Informatie internet goed vindbaar
4.46 Weinig meerwaarde toegang EPD	4.71 Verleden info opgezocht aandoening, teveel info beschikbaar
4.47 Inzicht EPD confronterend	7.38 Indien folder onvolledig, dan opzoeken internet
9.24 Online dossier makkelijker bewaren en opzoeken dan papier	9.36 Informatie aandoening huisarts betrouwbaar
3.44 Inzicht dossier: nalezen behandeling en controleren afspraken	4.85 Maakt gebruik videocontact indien bijdrage gezondheid
11.29 Eén landelijk EPD slordig	7.46 Liever face to face contact dan videobellen
5.33 Belangrijk inzien dossier	9.8 Telefonisch aanmelden staat meteen vast
3.34 Dossier zichtbaar zorgverlener bij calamiteit	4.31 Voordeel online aanmelding, toekomst alles online
10.16 Voorkeur internet boven folder	3.12 Telefoon persoonlijker dan online
3.53 Onduidelijkheid wat te zoeken, speld in hooiberg	6.89 Eigen tijd bepalen online aanmelden
10.17 Na info ziekenhuis, internet checken op volledigheid info	6.88 Gebruik maken online afmelden
2.51 Opzoeken info vooraf confronterend	4.26 Online aanmelden afstandelijker
10.36 Geen nadelen videobellen	9.10 Staat open voor online aanmelding, internettechnologie confronterend
9.38 Informatie zorgverlener begrijpender dan internet	6.21 Niet bellen en wachten op telefoniste
2.5 Teveel informatie ziektebeeld online	6.18 Veel mensen online aanmelden prettig
3.49+3.51 Bij klachten voorkeur huisarts, blind opzoeken nadeel	6.29 Telefonisch meer info dan bij online aanmelden
5.44+7.47 Voorkeur langskomen boven videocontact	6.22 Online afmelden fijner dan telefonisch
10.44 Videocontact arts nuttiger ter beoordeling	5.21+22 Voorkeur persoonlijk langskomen aanmelding
9.33 Videobellen geen meerwaarde boven telefoneren	4.23 Online aanmelden: boze bui altijd terug te halen.
5.45 Langskomen directer dan videocontact	6.50+51 Voorkeur info opsturen: tijdbesparend en zelf inlezen

4.22+4.30+10.32 Online aanmelden. Bewijs wat er gezegd is en terugvragen bevestiging

11.10 Persoonlijk aanmelden zien welk vlees in de kuip

6.23 Online afmelden tijdig lezen therapeuten probleem van praktijk

11.19 Online aanmelden in eigen hand

7.16 Online afspraak, zelf niet bellen of komen

6.13+14+16 Online aanmelden directer contact, eerder reactie

1.42+6.20 Online afspraken tijdbesparend praktijk

10.8 Geen gebruik online aanmelding, persoonlijk meer tijd besparend

2.24 Online aanmelding niet minder persoonlijk

8.9 Bij slecht weer online aanmelding voordeel

3.16 Online afspraken optie moderne tijd

9.13+6.15 Telefonisch aanmelden sneller en meteen antwoord

8.11 Geen nadelen online aanmelden

3.14 +11.18+ 2.18 Online aanmelden gemakkelijk

8.12+8.13 Online geen wachtrij

Bijlage VII: Geheimhoudingsverklaring

Bijlage VI: Geheimhoudingsverklaring

Naam: Wouter v.d. Weijer Studentnr: 2184188

Titel:

Inhoud (omschrijving):

Een onderzoek binnen Fysiomotion waarbij de verwachtingen van chronische hartpatiënten onderzocht worden met betrekking tot E-health.

1. Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven verbindt zich door ondertekening van deze verklaring, informatie met betrekking tot de verstrekte gegevens en uit onderzoek verkregen resultaten waarvan in het kader van bovengenoemd project praktijkgericht onderzoek kennis wordt genomen en waarvan bekend is of redelijkerwijs begrepen kan worden dat dit als geheim of vertrouwelijk wordt beschouwd, strikt geheim te houden.

2. Tevens geldt deze geheimhoudingsverplichting voor de werknemers van Fontys Paramedische Hogeschool, evenals voor anderen die op enigerlei wijze uit hoofde van hun functie toegang hebben of kennis nemen van bedoelde informatie.

3. Bovenstaande laat onverlet dat de student het project praktijkgericht onderzoek kan uitvoeren volgens geldende voorschriften en regels.

Student:

Naam: Wouter v.d. Weijer
Wouter

(handtekening)

Datum: 12/5/2015

Begeleider:

Naam: Jeroen Schuur
Jeroen

(handtekening)

Datum: 12/5/2015

Coördinator: voor ontvangst

Naam: Anke Lahaye
Anke

(handtekening)

Datum: 26/5/2015