

De Qwiek.up binnen ZuidOostZorg

*Een onderzoek naar de optimalisatie van het gebruik van de Qwiek.up door zorgmedewerkers binnen ZuidOostZorg, op locaties Ikenhiem, Lijtehiem, Sinnehiem en de Waadwente*



**J e s s i c a G e e r d i n k**

**M i r j a m T o e r i n g**

De Qwiek.up binnen ZuidOostZorg

Een onderzoek naar de optimalisatie van het gebruik van de Qwiek.up door zorgmedewerkers binnen ZuidOostZorg, op locaties Ikenhiem, Lijtehiem, Sinnehiem en de Waadwente

Auteur: Jessica Geerdink, Mirjam Toering

Student nummer: 356779, 315399

Opleiding: Toegepaste Psychologie

Onderwijsinstelling: Hanzehogeschool Groningen

Afstudeerbegeleider: Marieke Kingma

Opdrachtgever: ZuidOostZorg

Contactpersoon: Ingrid Meijer - Venema

Datum: 26-06-2020

Plaats: Groningen

# Voorwoord

Voor u ligt de scriptie ‘De Qwiek.up binnen ZuidOostZorg: een onderzoek naar de optimalisatie van het gebruik van de Qwiek.up door zorgmedewerkers binnen ZuidOostZorg, op locaties Ikenhiem, Lijtehiem, Sinnehiem en de Waadwente’. Deze scriptie is geschreven in het kader van ons afstudeertraject aan de opleiding Toegepaste Psychologie aan de Hanzehogeschool in Groningen. Het betreft de omschrijving van het ontwerpende onderzoek dat wij hebben uitgevoerd in opdracht van de zorginstelling ZuidOostZorg, naar de optimalisatie van het gebruik van de Qwiek.up.

Gedurende de uitvoering van ons onderzoek hebben we nauw contact behouden met onze opdrachtgevers, Hans Drenth en Ingrid Meijer – Venema. Dit heeft erin geresulteerd dat we de probleem- en doelstelling van het onderzoek helder hebben kunnen formuleren en een concreet plan hebben kunnen maken voor het uitvoeren van het onderzoek. Ondanks de uitbraak van het Coronavirus, waardoor ZuidOostZorg voor bezoekers gesloten was, hebben we de mogelijkheid gekregen om ons onderzoek bij ZuidOostZorg voort te zetten. Wij zijn onze opdrachtgevers Hans Drenth en Ingrid Meijer - Venema enorm dankbaar voor hun nauwe betrokkenheid bij ons onderzoek en voor het inbrengen van ideeën voor de voortzetting van ons onderzoek.

Tevens willen wij onze afstudeerbegeleider, Marieke Kingma, bedanken voor de goede begeleiding die wij van haar hebben mogen ontvangen en voor het altijd beschikbaar zijn voor het beantwoorden van vragen en bespreken van feedback. De vele videobelbijeenkomsten, die we tijdens het onderzoek hebben gehad, zijn voor ons erg waardevol geweest en hebben ervoor gezorgd dat wij vertrouwen hebben gekregen in onszelf en in de kwaliteit van ons onderzoek.

Tot slot willen wij de medewerker van Qwiek BV bedanken voor het mogen afnemen van het expertinterview en willen wij de zorgmedewerkers van ZuidOostZorg, die hebben meegewerkt aan ons onderzoek, bedanken voor hun tijd en inzet. Wij waarderen het zeer dat zij tijdens de coronacrisis en de hoge druk in de zorg, tijd hebben vrijgemaakt om onze digitale enquête in te vullen. Zonder hun medewerking hadden wij ons onderzoek niet kunnen voltooien.

Wij wensen u veel leesplezier toe,

Jessica Geerdink, Mirjam Toering

Groningen, 26 juni 2020

# Samenvatting

Voor de zorginstelling ZuidOostZorg is er ontwerpend onderzoek uitgevoerd naar de optimalisatie van het gebruik van de Qwiek.up door zorgmedewerkers op de locaties Ikenhiem, Lijtehiem, Sinnehiem en de Waadwente. De Qwiek.up is een audiovisuele beamer die kan worden ingezet tijdens de verzorging en ondersteuning van cliënten met dementie en is ontwikkeld om probleemgedrag bij cliënten te verminderen. Op alle locaties van ZuidOostZorg zijn één of meerdere Qwiek.ups aanwezig. Deze wordt echter op bovenstaande vier locaties niet consequent ingezet. Door Intervention Mapping is inzicht verkregen in factoren die een rol spelen bij het gebruik van de Qwiek.up en is in kaart gebracht welke interventies en activiteiten deze factoren kunnen beïnvloeden. Het gewenste gedrag dat dient te worden bereikt is het consequent inzetten van de Qwiek.up door de zorgmedewerkers tijdens de verzorging en ondersteuning van cliënten met dementie.

Vanwege de duur van het onderzoek zijn alleen stappen één tot en met drie van de Intervention Mapping methode uitgevoerd: (1) probleemanalyse, (2) definiëren gedragsdoelen en specificeren gedragsverandering, (3) theoretische methoden en praktische toepassingen. De onderzoeksvraag waar tijdens dit onderzoek antwoord op is gegeven, is: *“Hoe kan het gebruik van de Qwiek.up door zorgmedewerkers als belevingsgerichte zorg ondersteunend product bij de verzorging en ondersteuning van cliënten met dementie binnen ZuidOostZorg geoptimaliseerd worden op de locaties Ikenhiem, Lijtehiem, Sinnehiem en de Waadwente, opdat deze consequent door zorgmedewerkers wordt ingezet?”*. Om hier antwoord op te geven is er gebruikgemaakt van drie onderzoeksmethoden: (1) literatuuronderzoek om in kaart te brengen wat er nodig is voor succesvolle implementatie van een innovatie en wat volgens de wetenschappelijke literatuur factoren kunnen zijn die het gebruik van een innovatie kunnen beïnvloeden, (2) een expertinterview met een medewerker van Qwiek BV om het implementatieproces van de Qwiek.up en belemmerende en bevorderende factoren op dit proces in kaart te brengen en (3) het afnemen van een digitale enquête bij de zorgmedewerkers van locaties Ikenhiem, Lijtehiem, Sinnehiem en de Waadwente, om te onderzoeken wat volgens die zorgmedewerkers factoren zijn die een rol spelen bij het daadwerkelijk inzetten van de Qwiek.up en op welke manier het gebruik van de Qwiek.up volgens hen gestimuleerd zou kunnen worden.

Uit de analyse van de resultaten van de onderzoeksmethoden is gebleken dat de implementatiefasen ‘veranderingsfase’ en ‘behoud van verandering’ onvolledig zijn doorlopen. Daarnaast hebben zorgmedewerkers onvoldoende de mogelijkheid gehad om de Qwiek.up te kunnen testen en is deze niet altijd beschikbaar en voorhanden op de afdeling. De zorgmedewerkers geven aan behoefte te hebben aan een training waarbij zij kennis en vaardigheden aangeleerd krijgen om de Qwiek.up consequent te kunnen toepassen. Deze bevindingen hebben de basis gevormd voor het formuleren van de gedragsdoelen. Er kan worden geconcludeerd dat ZuidOostZorg het gebruik van de Qwiek.up kan optimaliseren (1) via een training waarin de zorgmedewerkers de kennis en vaardigheden aangeleerd krijgen die nodig zijn om de Qwiek.up consequent in te zetten, (2) door de zorgmedewerkers de mogelijkheid te bieden om de Qwiek.up te kunnen testen, (3) door de zorgmedewerkers te ondersteunen bij het gebruik van de Qwiek.up en (4) door deze beschikbaar en voorhanden te stellen op de zorgafdelingen. Deze conclusie kan echter niet gegeneraliseerd worden naar de populatie vanwege de hoge non-respons en zelfselectie. Er wordt aan ZuidOostZorg aanbevolen om een interventie te ontwikkelen die gericht is op bovengenoemde activiteiten. Hiervoor kunnen zij contact opnemen met Qwiek BV of kunnen zij zelf ontwerpend onderzoek uitvoeren aan de hand van Intervention Mapping.

# Summary

For the optimisation of the use of the Qwiek.up by caregivers from the health institution ZuidOostZorg, on locations Ikenhiem, Lijtehiem, Sinnehiem en de Waadwente, a design research has been carried out. The Qwiek.up is an audiovisual beamer that can be used during the care and support of clients with dementia and has been developed to reduce problem behavior in clients. One or more Qwiek.ups are present at all locations of ZuidOostZorg. However, the Qwiek.ups are not consistently used by the caregivers at the above four locations. Intervention Mapping has provided insight into factors that play a role in the use of the Qwiek.up and has mapped out which interventions and activities can influence these factors. The desired behavior to be achieved through the intervention, is the consistent use of Qwiek.up by the caregivers during the care and support of clients with dementia.

Due to the duration of this research, only steps one to three of the Intervention Mapping method are performed: (1) problem analysis, (2) define behavioral goals and specify behavioral change, (3) theoretical methods and practical applications. The research question that was answered during this research is: *''How can the use of the Qwiek.up by caregivers as an experience-oriented care supporting product in the care and support of clients with dementia within ZuidOostZorg be optimized at the locations Ikenhiem, Lijtehiem, Sinnehiem and the Waadwente, so that it will be used consistently by caregivers?”*. To answer this question, three research methods were used: (1) practice-oriented literature research to identify what is necessary for the successful implementation of an innovation and what factors, according to scientific literature, can influence the use of an innovation, (2) an expert interview with an employee of Qwiek BV to map the implementation process of the Qwiek.up and the impeding and promoting factors in this process and (3) conducting a digital survey among the caregivers of locations Ikenhiem, Lijtehiem, Sinnehiem and the Waadwente, to investigate which factors play a role in actually using the Qwiek.up according to the caregivers.

The analysis of the results of the research methods has shown that the implementation phases "change phase" and "preservation of change" have not been completed. In addition, caregivers have not had the opportunity to test the Qwiek.up sufficiently and it is not always available in the healthcare department. The caregivers indicate that they would like to receive a training in which they are taught the knowledge and skills required to use the Qwiek.up. These findings formed the basis for formulating the behavioral goals for the intervention. It can be concluded that ZuidOostZorg can optimize the use of the Qwiek.up (1) through a training in which the caregivers are taught the knowledge and skills needed to use the Qwiek.up consistently, (2) by offering the health workers the opportunity to use the Qwiek.up to test, (3) by supporting the caregivers in the use of the Qwiek.up and (4) by making it available at the healthcare departments. However, this conclusion cannot be generalized to the population due to the high non-response and self-selection. ZuidOostZorg is recommended to develop an intervention that focuses on the above activities. For this, they can contact Qwiek BV or they can carry out design research themselves using Intervention Mapping.

Inhoudsopgave

[1 | Inleiding 8](#_Toc43989521)

[1.1 | Belevingsgerichte zorg 8](#_Toc43989522)

[1.1.1 | ZuidOostZorg en de Qwiek.up 9](#_Toc43989523)

[1.2 | Onderzoeksvragen 10](#_Toc43989524)

[2 | Methode 12](#_Toc43989525)

[2.1 Intervention Mapping 12](#_Toc43989526)

[2.2 | Verantwoording Intervention Mapping 13](#_Toc43989527)

[3 | Stap 1: Probleemanalyse 14](#_Toc43989528)

[4 | Stap 2: Definiëren gedragsdoelen 15](#_Toc43989529)

[4.1 | Literatuuronderzoek 15](#_Toc43989530)

[4.1.1 | Onderzoeksmethode 15](#_Toc43989531)

[4.1.2 | Onderzoeksprocedure 16](#_Toc43989532)

[4.1.3 | Resultaten Literatuuronderzoek 17](#_Toc43989533)

[4.1.4 | Conclusie Literatuuronderzoek 23](#_Toc43989534)

[4.2 | Expertinterview 24](#_Toc43989535)

[4.2.1 | Onderzoeksmethode 24](#_Toc43989536)

[4.2.2 | Onderzoeksprocedure 25](#_Toc43989537)

[4.2.3 | Data-analyse Expertinterview 25](#_Toc43989538)

[4.2.4 | Resultaten Expertinterview 26](#_Toc43989539)

[4.2.5 | Conclusie Expertinterview 28](#_Toc43989540)

[4.3 | Digitale Enquête 29](#_Toc43989541)

[4.3.1 | Onderzoeksmethode 29](#_Toc43989542)

[2.3.2 | Onderzoeksprocedure 32](#_Toc43989543)

[4.3.3 | Data-analyse digitale enquête 33](#_Toc43989544)

[4.3.4 | Resultaten digitale enquête 34](#_Toc43989545)

[4.3.5 | Conclusie digitale enquête 36](#_Toc43989546)

[4.4 | Veranderdoelen 37](#_Toc43989547)

[5 | Stap 3: Theoretische modellen en praktische toepassingen 39](#_Toc43989548)

[5.1 | Conclusie 40](#_Toc43989549)

[6 | Discussie 42](#_Toc43989550)

[7 | Aanbeveling 44](#_Toc43989551)

[Literatuurlijst 45](#_Toc43989552)

[Bijlagen 49](#_Toc43989553)

[Bijlage 1 | Literatuurlogboek 49](#_Toc43989554)

[Bijlage 2 | Interviewschema Expertinterview 60](#_Toc43989559)

[Bijlage 3 | Introductiemail Expertinterview 63](#_Toc43989565)

[Bijlage 4 | Toestemmingsformulier Expertinterview 65](#_Toc43989566)

[Bijlage 5 | Formulier “Zorgvuldig omgaan met Respondenten” - Expertinterview 67](#_Toc43989570)

[Protocol informeren en toestemming respondenten - Expertinterview 71](#_Toc43989571)

[Bijlage 6 | Transcriptie Expertinterview 73](#_Toc43989572)

[Bijlage 7 | Digitale Enquête - Variabelen en bijbehorende items 89](#_Toc43989573)

[Bijlage 8 | Formulier “Zorgvuldig omgaan met respondenten” - Digitale Enquête 92](#_Toc43989574)

[Protocol informeren en toestemming respondenten - Digitale Enquête 97](#_Toc43989575)

[Bijlage 9 | Introductie- en Herinneringsmail Digitale Enquête 99](#_Toc43989576)

# 1 | Inleiding

Dementie is door de vergrijzing aan het toenemen. In 1950 waren er 50.000 mensen met dementie, nu is dat vervijfvoudigd naar 280.000 (Alzheimer Nederland, 2020). Dementie is een hersenziekte die gekenmerkt wordt door een progressieve, globale achteruitgang van cognitieve capaciteiten. Er wordt pas van dementie gesproken als de achteruitgang het sociale functioneren van iemand verstoort op het werk, bij sociale activiteiten en/of binnen relaties (Prince & Jackson, 2009).

Het is voor mensen met dementie moeilijk om prikkels vanuit de omgeving te onderscheiden en te verwerken, wat kan leiden tot onder- of overprikkeling. Dit uit zich in de vorm van probleemgedrag: dwalen, roepgedrag, agressie, passiviteit, apathie en verkramping (Qwiek BV, 2020a). Probleemgedrag is gedrag dat gepaard gaat met lijdensdruk (gedrag dat belastend of beangstigend is) of gevaar voor de dementerende, de naasten en de verzorgers (Zuidema et al., 2018). De gevolgen van probleemgedrag mogen niet onderschat worden aangezien de symptomen belastend kunnen zijn voor de dementerende, de verzorgers en andere betrokkenen. Het probleemgedrag vergroot het risico van de dementerende op betrokkenheid bij gevaarlijke activiteiten, zoals vallen of het innemen van verkeerde medicijnen (Alzheimer Nederland, 2019). Voor mantelzorgers en professionele verzorgers kan het uitdagend en stressvol zijn om met dit probleemgedrag om te gaan omdat er nauw op de dementerende gelet moet worden (Gitlin, Kales & Lyketsos, 2012). Wanneer probleemgedrag onbehandeld blijft, kunnen de symptomen bijdragen aan een snellere ziekteprogressie, eerdere plaatsing in verpleeghuizen, verminderde kwaliteit van leven, versnelde functionele achteruitgang en hogere gezondheidszorgkosten (Gitlin et al., 2012).

Op het moment is de ziekte niet te genezen. Het behandelen van probleemgedrag bij mensen met dementie kan op een farmacologische en niet-farmacologische manier. Medicatie kan de achteruitgang van de ziekte afremmen en de gedragssymptomen verminderen. De voorkeur gaat echter uit naar niet-farmacologische behandelingen via psychosociale interventies, omdat deze interventies het welzijn en de kwaliteit van leven van de dementerende significant kunnen vergroten (Gitlin et al., 2012). Voorbeelden van niet-farmacologische behandelingen kunnen gevonden worden in de belevingsgerichte zorg.

## 1.1 | Belevingsgerichte zorg

Van de 280.000 mensen met dementie, wonen er ruim 80.000 in verpleeg- of verzorgingshuizen (Alzheimer Nederland, 2019). Binnen de verpleeg- of verzorgingshuizen staan de zorg- en ondersteuningsbehoeftes van de cliënt steeds meer centraal. Zorgmedewerkers hebben aandacht voor de beleving en de emoties van de cliënt en ze communiceren directer met hen door bijvoorbeeld aan de bewoner te vragen wat een nuttige dagbesteding is (Prins, Heijkants & Willemse, 2017). Deze manier van zorgen wordt belevingsgerichte zorg genoemd. Hierin staan de beleving, de communicatie en de wijze van contact maken met de cliënt centraal. Zorgmedewerkers geven de cliënten erkenning in wat zij meemaken, ze waarderen de cliënten om wie ze zijn en ze geven hen het gevoel dat ze de moeite waard zijn (ZuidOostZorg, 2019). Door de zorg op deze manier af te stemmen op de wensen en behoeften van de cliënt, biedt belevingsgerichte zorg de mogelijkheid om het probleemgedrag te verminderen en het welzijn van de cliënten te vergroten (Qwiek BV, 2020b).

### 1.1.1 | ZuidOostZorg en de Qwiek.up

ZuidOostZorg is een zorgorganisatie met veertien locaties in Friesland. ZuidOostZorg biedt ondersteuning en zorg aan ouderen die zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen. Daarnaast heeft ZuidOostZorg een aantal verpleeghuislocaties waar ouderen zorg ontvangen. Het is een innovatieve zorgorganisatie die handelt vanuit de gedachte dat de cliënt en de hulpvraag centraal staan (ZuidOostZorg, 2020).

Binnen de verpleeghuislocaties wordt onder andere zorg geboden aan cliënten met dementie, waarbij ook gebruikgemaakt wordt van belevingsgerichte zorg. Voor de organisatie is de manier waarop er met cliënten wordt gecommuniceerd, het meest essentiële voor effectieve belevingsgerichte zorg (ZuidOostZorg, 2019). Dit wordt gedaan door middel van verbale en non-verbale communicatie (gebaren en aanraken). Daarnaast is het belangrijk dat zorgmedewerkers zorgvuldig op de wensen en behoeften van de cliënt aansluiten en de zorg hierop afstemmen. Erkenning en waardering van de zorgmedewerker richting de cliënt staan hierbij centraal. Binnen ZuidOostZorg worden er verschillende methoden toegepast waarmee belevingsgerichte zorg kan worden verleend. Het woon- leefklimaat van cliënten met dementie wordt bijvoorbeeld ingericht zodat de cliënten zich veilig en vertrouwd voelen. De zorgmedewerkers van ZuidOostZorg krijgen hier sinds 2018 ondersteuning in door middel van de Qwiek.up.

De Qwiek.up is een technologische innovatie die ontwikkeld is door Qwiek BV als belevingsgerichte zorg ondersteund product. Technologische innovaties in de zorg zijn erop gericht om de kwaliteit van zorg en leven van de cliënten te vergroten, de veiligheid van de cliënten te verbeteren, de gezondheidskosten te verlagen en/of de fysieke lasten van de verzorgers te verminderen (De Veer & Francke, 2009). De Qwiek.up is een mobiele beamer die bewegende beelden projecteert op muren en plafonds en die deze beelden ondersteunt met muziek of geluiden. Dit kan worden afgestemd op de persoonlijke behoefte van de cliënt. Als er een goede match is tussen cliënt en module (het thema wat geprojecteerd wordt door de beamer), kan de Qwiek.up onder- of overprikkeling en ander probleemgedrag van cliënten met dementie verminderen (Qwiek BV, 2020a). De  Qwiek.up kan ervoor zorgen dat cliënten zich meer gaan ontspannen op momenten die daar om vragen, zoals bijvoorbeeld tijdens Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL). Het betreft hier handelingen zoals: in en uit bed komen, aan- en uitkleden, naar het toilet gaan, medicijnen innemen, praten, eten en drinken en bewegen en lopen. De inzet van de Qwiek.up is op deze manier niet alleen voordelig voor de cliënt, maar ook voor de zorgmedewerkers. De cliënt wordt als het ware afgeleid waardoor zorgmedewerkers de ADL beter kunnen uitvoeren. Daarnaast is de Qwiek.up een manier om interactie tussen de cliënt met dementie en zorgmedewerkers en familieleden te bevorderen (Qwiek BV, 2020a). Door beelden te laten zien die aansluiten op de wensen en interesse van de cliënt, kan een verbale- of non-verbale reactie bij de cliënt worden uitgelokt. De cliënt wordt door de prikkelende beelden alerter en zal hierdoor meer contact maken met de omgeving. De Qwiek.up is een reeds bestaande zorginnovatie die bij één op de drie zorginstellingen in Nederland succesvol is geïmplementeerd. Het gebruik wordt beoordeeld met een gemiddelde van een 8,4 (ZorgInnovatie, 2020).

Binnen ZuidOostZorg wordt onderzocht of de Qwiek.up daadwerkelijk een geschikte interventie is om probleemgedrag bij cliënten met dementie te verminderen, door de effecten hiervan voor zowel de cliënten als voor de zorgmedewerkers in kaart te brengen. Hierdoor kan een richtlijn worden geschreven voor het inzetten van de Qwiek.up. Op alle locaties van ZuidOostZorg zijn één of meerdere Qwiek.ups aanwezig. Uit het kennismakingsgesprek met de opdrachtgever is echter gebleken dat er vier locaties zijn waar de Qwiek.up niet consequent door de zorgmedewerkers wordt ingezet. Het betreft hier de locaties Ikenhiem, Lijtehiem, Sinnehiem en de Waadwente. Deze zorgmedewerkers vormen tevens de doelgroep van dit onderzoek. Onder de doelgroep vallen helpenden, zorg- en welzijnsmedewerkers en facilitair woonassistenten.

De onvolledige inzet van de Qwiek.up op deze locaties kan een probleem zijn voor de cliënten omdat zij zonder de Qwiek.up mogelijk geen afleiding hebben tijdens de ADL, waardoor de kans dat er probleemgedrag ontstaat toeneemt. De toename van probleemgedrag kan daarmee ook nadelig zijn voor de zorgmedewerkers, omdat de ADL moeizamer kan verlopen. Daarnaast is het nadelig voor ZuidOostZorg. Om het beoogde effectenonderzoek te kunnen uitvoeren, is het noodzakelijk dat de Qwiek.up op alle zorglocaties consequent door de zorgmedewerkers wordt ingezet.

Dit onderzoek heeft als doel om inzicht te vergaren in factoren die een rol spelen bij het gebruik van de Qwiek.up. Daarnaast wordt onderzocht hoe deze factoren kunnen worden beïnvloedt, zodat het gebruik kan worden geoptimaliseerd. Hiervoor is gebruikgemaakt van de eerste drie stappen van Intervention Mapping (IM). Op basis van de uitkomsten is een aanbeveling geschreven voor ZuidOostZorg over het ontwikkelen van een interventie die het gebruik van de Qwiek.up op de locaties Ikenhiem, Lijtehiem, Sinnehiem en de Waadwente kunnen optimaliseren. Dit met het uiteindelijke doel dat de Qwiek.up op alle zorglocaties van ZuidOostZorg consequent door de zorgmedewerkers wordt ingezet.

## 1.2 | Onderzoeksvragen

Het gedrag wat door middel van dit onderzoek dient te worden verklaard en beïnvloed is: *“De mate waarin zorgmedewerkers binnen ZuidOostZorg de Qwiek.up inzetten tijdens de verzorging en ondersteuning van cliënten met dementie’*’. De volgende onderzoeksvraag is geformuleerd:

*“Hoe kan het gebruik van de Qwiek.up door zorgmedewerkers als belevingsgerichte zorg ondersteunend product bij de verzorging en ondersteuning van cliënten met dementie binnen ZuidOostZorg geoptimaliseerd worden op de locaties Ikenhiem, Lijtehiem, Sinnehiem en de Waadwente, opdat deze consequent door zorgmedewerkers wordt ingezet?”*

Deze hoofdvraag is opgedeeld in onderstaande deelvragen.

1. Wat is er nodig voor het succesvol implementeren van een technologische innovatie binnen een zorginstelling?
2. Welke variabelen kunnen volgens de wetenschappelijke literatuur een rol spelen bij het gebruik van een technologische innovatie door gebruikers daarvan?
3. Op welke wijze wordt de Qwiek.up volgens Qwiek BV binnen zorginstellingen geïmplementeerd?
4. Wat zijn volgens de medewerker van Qwiek BV belemmerende en bevorderende factoren op het implementatieproces?
5. Welke factoren spelen volgens de zorgmedewerkers een rol bij het gebruik van de Qwiek.up door de zorgmedewerkers op locaties Ikenhiem, Lijtehiem, Sinnehiem en de Waadwente?
6. Hoe zou het gebruik van de Qwiek.up volgens de zorgmedewerkers geoptimaliseerd kunnen worden?

Dit onderzoek is op de volgende manier opgebouwd. Hoofdstuk 1 beschrijft de inleiding, de aanleiding, de probleemstelling en de doelstelling van dit onderzoek. In hoofdstuk 2 wordt er ingegaan op de methode die tijdens dit onderzoek is toegepast: Intervention Mapping. In hoofdstukken 3, 4 en 5 volgt de uitwerking van stap één tot en met drie van IM. Hoofdstuk 3 beschrijft de eerste stap, waarin het gewenste gedrag dat door middel van de interventie dient te worden bereikt, wordt gespecificeerd. In hoofdstuk 4 volgt de uitwerking van de tweede stap, waarin de veranderdoelen zijn opgesteld. Dit is gedaan aan de hand van drie onderzoeksmethoden die in dit hoofdstuk worden toegelicht: literatuuronderzoek, een expertinterview en een digitale enquête. Ook worden in hoofdstuk 4 per onderzoeksmethode de resultaten en conclusies gepresenteerd. Tot slot volgt de uitwerking van de veranderdoelen. Hoofdstuk 5 beschrijft de derde stap, waarin bestaande methoden, werkvormen of interventies worden geïntroduceerd die ingezet kunnen worden om de veranderdoelen te behalen. Hieruit volgt de conclusie waarin er antwoord wordt gegeven op de onderzoeksvraag. Hoofdstuk 6 bestaat uit de discussie waarbij er wordt teruggeblikt op de gehanteerde methoden en er aanbevelingen worden gedaan voor vervolgonderzoek. Tot slot wordt in hoofdstuk 7 een aanbeveling gedaan aan ZuidOostZorg over de optimalisatie van de Qwiek.up. Aan het einde van dit document bevinden zich de bijlagen die tot stand zijn gekomen tijdens de uitvoering van het onderzoek.

# 2 | Methode

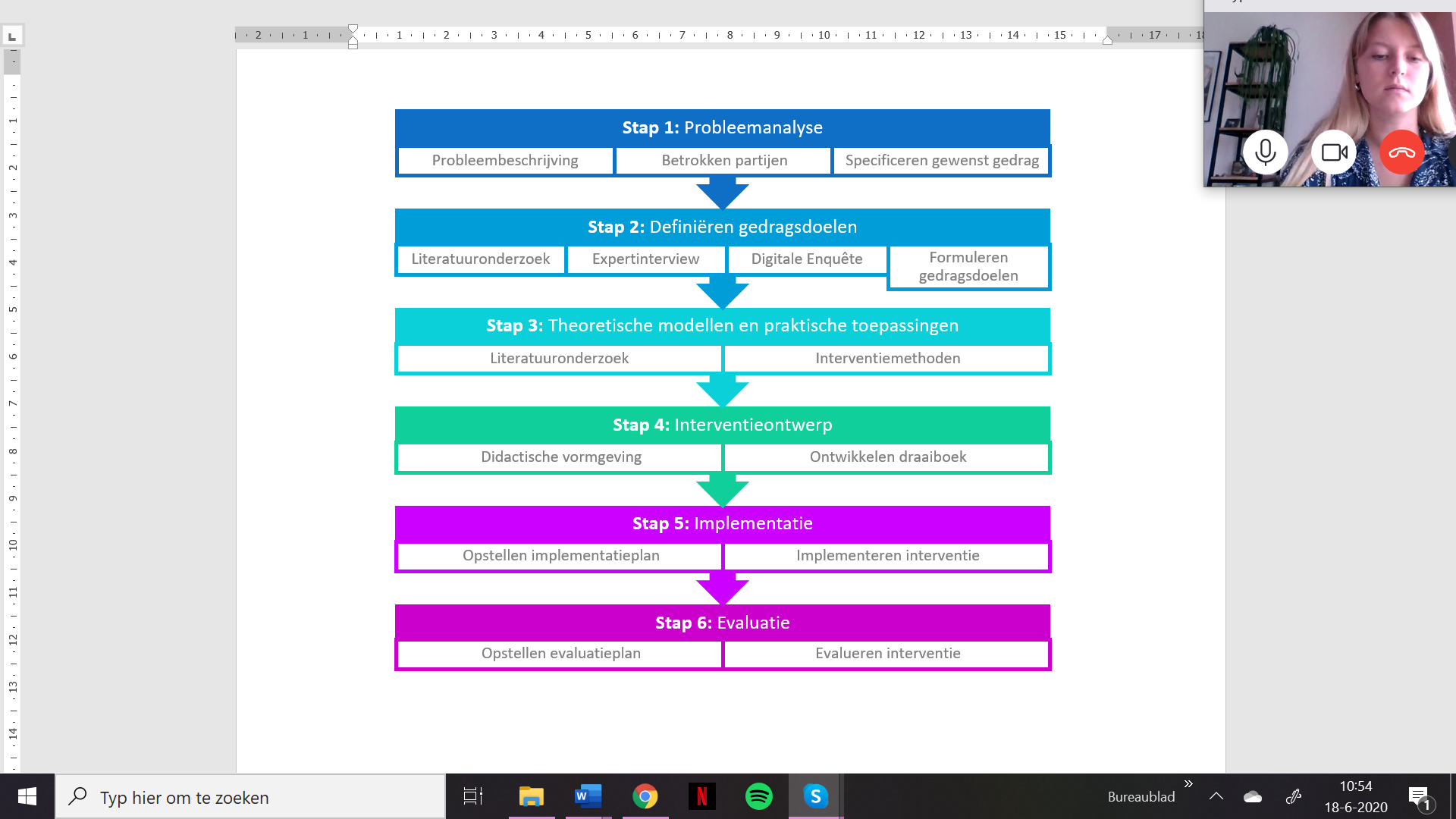
In dit hoofdstuk volgt een beschrijving van IM. Daarnaast volgt er een toelichting op hoe de methode tijdens dit onderzoek is toegepast en de verantwoording voor IM.

## 2.1 Intervention Mapping

IM is ontwikkeld door Bartholomew, Parcel en Kok (1998) en kan worden gebruikt voor het ontwerpen van een interventie die gedragsverandering tot doel heeft. IM beschrijft het herhalende proces van stappen van de probleemidentificatie naar de probleemoplossing (Bartholomew, Parcel, Kok, Gottlieb, & Fernández, 2011). De zes stappen van IM zijn: (1) probleemanalyse, (2) definiëren gedragsdoelen en specificeren gedragsverandering, (3) theoretische methoden en praktische toepassingen, (4) interventieontwerp, (5) implementatie en (6) evaluatie.

Bij de eerste stap volgt een beschrijving van de probleemanalyse. Hierin wordt een beschrijving gegeven van het probleem (wat er moet veranderen), de partijen die bij het probleem betrokken zijn (voor wie) en het gewenste gedrag dat door middel van de interventie dient te worden bereikt. Bij de tweede stap wordt het gewenste gedrag gespecificeerd door veranderdoelen op te stellen die op basis van informatie uit de wetenschappelijke literatuur (theorieën en modellen) en de praktijk (mening en ervaringen van de doelgroep) is verzameld. Op deze manier kan er worden geïdentificeerd op basis van welke overtuigingen de veranderdoelen opgesteld dienen te worden en welke variabelen beïnvloed dienen te worden. Bij de derde stap wordt een selectie gemaakt van op theorie gebaseerde interventiemethoden die ingezet kunnen worden om de bij stap twee opgestelde veranderdoelen te bereiken. Hierbij kan ook gebruikgemaakt worden van informatie of bestaande interventies die door instellingen of organisaties worden gebruikt die zich met een dergelijk probleem of dergelijk gedrag bezig hebben gehouden (Wiekens, 2012). Bij de vierde stap wordt er op basis van de informatie die uit stap één tot en met stap drie naar voren is gekomen een interventieontwerp gemaakt. Bij de vijfde stap wordt er een implementatieplan geschreven en wordt de interventie geïmplementeerd (Bartholomew et al., 2011). Daarnaast wordt beschreven hoe de duurzaamheid van de interventie kan worden gegarandeerd aan de hand van randvoorwaarden die noodzakelijk zijn voor het succesvol implementeren (Rauner, Kok, & Taris, 2006). Bij de zesde stap wordt er een evaluatieplan opgesteld waarin staat beschreven op welke manier de effectiviteit van de interventie kan worden gemeten en hoe dit wordt geëvalueerd. Daarna wordt het evaluatieplan uitgevoerd om de effectiviteit van de interventie te meten en wordt er geëvalueerd hoe de interventie is verlopen (Bartholomew et al., 2011; Wiekens, 2012).

Binnen IM levert de voltooiing van de taken binnen een stap, informatie op die kan worden gebruikt om de taken binnen de volgende stap te voltooien (Kok et al., 2016). De voltooiing van alle stappen dient als blauwdruk voor het ontwerpen, implementeren en evalueren van een interventie op basis van theoretische en praktische informatie. Daarnaast biedt IM de mogelijkheid om gedurende het proces terug te keren naar voorgaande stappen (Bartholomew et al., 2011). In figuur 2.1.1 is een schematische weergave te zien van IM zoals die tijdens dit onderzoek is toegepast. Binnen dit onderzoek zijn stap één tot en met drie van IM uitgevoerd.



*Figuur 2.1.1.* Schematische weergave Intervention Mapping (Bartholomew et al., 2011)

## 2.2 | Verantwoording Intervention Mapping

Er is voor dit onderzoek voor IM gekozen, omdat het een methode is die gedragsverandering tot stand kan brengen. Rauner, Kok en Tanis (2006) hebben onderzoek gedaan naar de effectiviteit van IM. Daaruit is gebleken dat het een effectieve strategie is om gedrag op lange termijn positief te beïnvloeden. Voor ZuidOostzorg is het belangrijk dat het consequent inzetten van de Qwiek.up niet alleen tijdelijk, maar ook op lange termijn plaatsvindt, omdat zij dan het beoogde effectenonderzoek kunnen uitvoeren en een richtlijn kunnen schrijven voor het gebruiken van de Qwiek.up. Daarnaast biedt IM de mogelijkheid om een maatwerkprogramma te ontwikkelen die niet alleen gebaseerd is op theoretisch bewijs, maar ook op de mening en ervaringen van de doelgroep, omdat deze nauw bij het ontwikkelingsproces worden betrokken (Kok et al., 2013; Rauner et al., 2006). Door niet alleen in de literatuur, maar ook in de praktijk te onderzoeken welke factoren een rol spelen bij het gebruik van de Qwiek.up, kan een aanbeveling worden geschreven voor het ontwikkelen van een interventie die theoretisch is onderbouwd en is afgestemd op de behoeften van de zorgmedewerkers en ZuidOostZorg. Hierdoor kan worden verwacht dat de te ontwikkelen interventie zal leiden tot betere en langdurige effecten met betrekking tot het consequent inzetten van de Qwiek.up door zorgmedewerkers (Rauner et al., 2006).

Het kunnen terugkeren naar voorgaande stappen is nuttig, omdat toekomstige onderzoekers deze stappen nogmaals kunnen doorlopen. Op deze manier kan er aanvullend onderzoek worden uitgevoerd en kunnen er aanpassingen doorgevoerd worden in de opgestelde veranderdoelen (Rammeloo, Tamminga, Anema & Schellart, 2009). Binnen dit onderzoek zijn stappen één tot en met drie van IM uitgevoerd. Vanwege de duur van het onderzoek en het Coronavirus, is het niet mogelijk om de interventie te ontwerpen, uit te voeren en te evalueren. De transparante werkwijze van IM maakt het mogelijk voor toekomstige onderzoekers om stappen vier, vijf en zes alsnog te doorlopen (Kok et al., 2013).

# 3 | Stap 1: Probleemanalyse

De eerste stap van IM is de probleemanalyse, waarin een beschrijving volgt van wat het probleem is, welke partijen hierbij betrokken zijn en wat het gewenste gedrag is dat door de interventie dient te worden bereikt. Om dit in kaart te brengen zijn er gesprekken gevoerd met de opdrachtgevers en is deskresearch gedaan naar dementie, belevingsgerichte zorg, ZuidOostZorg en de Qwiek.up. Uit de inleiding blijkt dat de Qwiek.up op vier locaties niet consequent wordt ingezet door de zorgmedewerkers. Dit vormt een probleem voor ZuidOostZorg, de zorgmedewerkers en de cliënten. Het is daarom noodzakelijk dat de Qwiek.up ook op bovenstaande locaties consequent wordt ingezet. Het gewenste gedrag dat door de te ontwikkelen interventie dient te worden bereikt, is:

*“Zorgmedewerkers op locaties Ikenhiem, Lijtehiem, Sinnehiem en de Waadwente zetten de Qwiek.up consequent in tijdens de verzorging en ondersteuning van cliënten met dementie.”*

Het consequent inzetten houdt in dat zorgmedewerkers de Qwiek.up inzetten tijdens de verzorging en ondersteuning van cliënten met dementie, wanneer er een behoefte bij de cliënt wordt gesignaleerd. Deze behoefte kan voortkomen uit probleemgedrag, zoals: onder- of overprikkeling, onrust, dwalen en verveling (Qwiek BV, 2020a). Op basis van deze behoefte kan het doel waarmee de Qwiek.up wordt ingezet, worden bepaald: afleiding tijdens de ADL, het wegnemen van onrust, het aanbieden van prikkels om interactie te bevorderen, het bieden van welzijn aan bedlegerige cliënten, het bieden van afleiding aan de groep, om cliënten rustig de nacht in te laten gaan of cliënten rustig wakker te laten worden (Qwiek, 2020b).

# 4 | Stap 2: Definiëren gedragsdoelen

Bij de tweede stap van IM wordt het gewenste gedrag gespecificeerd aan de hand van veranderdoelen. Om tot een concrete beschrijving van deze veranderdoelen te komen, is er aan de hand van drie onderzoeksmethoden informatie vergaard over welke variabelen een rol spelen bij het gebruiken van de Qwiek.up: (1) literatuuronderzoek, (2) een expertinterview en (3) een digitale enquête. De methoden met bijbehorende resultaten en conclusies worden in dit hoofdstuk beschreven.

Allereerst is er literatuuronderzoek gedaan naar het succesvol implementeren van een innovatie. Daarnaast is er onderzocht welke variabelen volgens wetenschappelijke theorieën een rol kunnen spelen bij het gebruik van een technologische innovatie. De resultaten uit het literatuuronderzoek zijn gebruikt voor het ontwikkelen van het interviewschema van het expertinterview en het formuleren van stellingen voor de digitale enquête. Na het literatuuronderzoek is het expertinterview afgenomen, met als doel om het implementatieproces van de Qwiek.up in kaart te brengen en inzicht te krijgen in wat volgens de expert factoren zijn die een rol spelen bij het gebruik van de Qwiek.up. Deze resultaten zijn tevens gebruikt bij het formuleren van de stellingen voor de digitale enquête. Door middel van de digitale enquête is onderzocht welke factoren volgens de zorgmedewerkers een rol spelen bij het gebruiken van de Qwiek.up. Deze factoren hebben de basis gevormd voor het formuleren van de veranderdoelen (paragraaf 4.4).

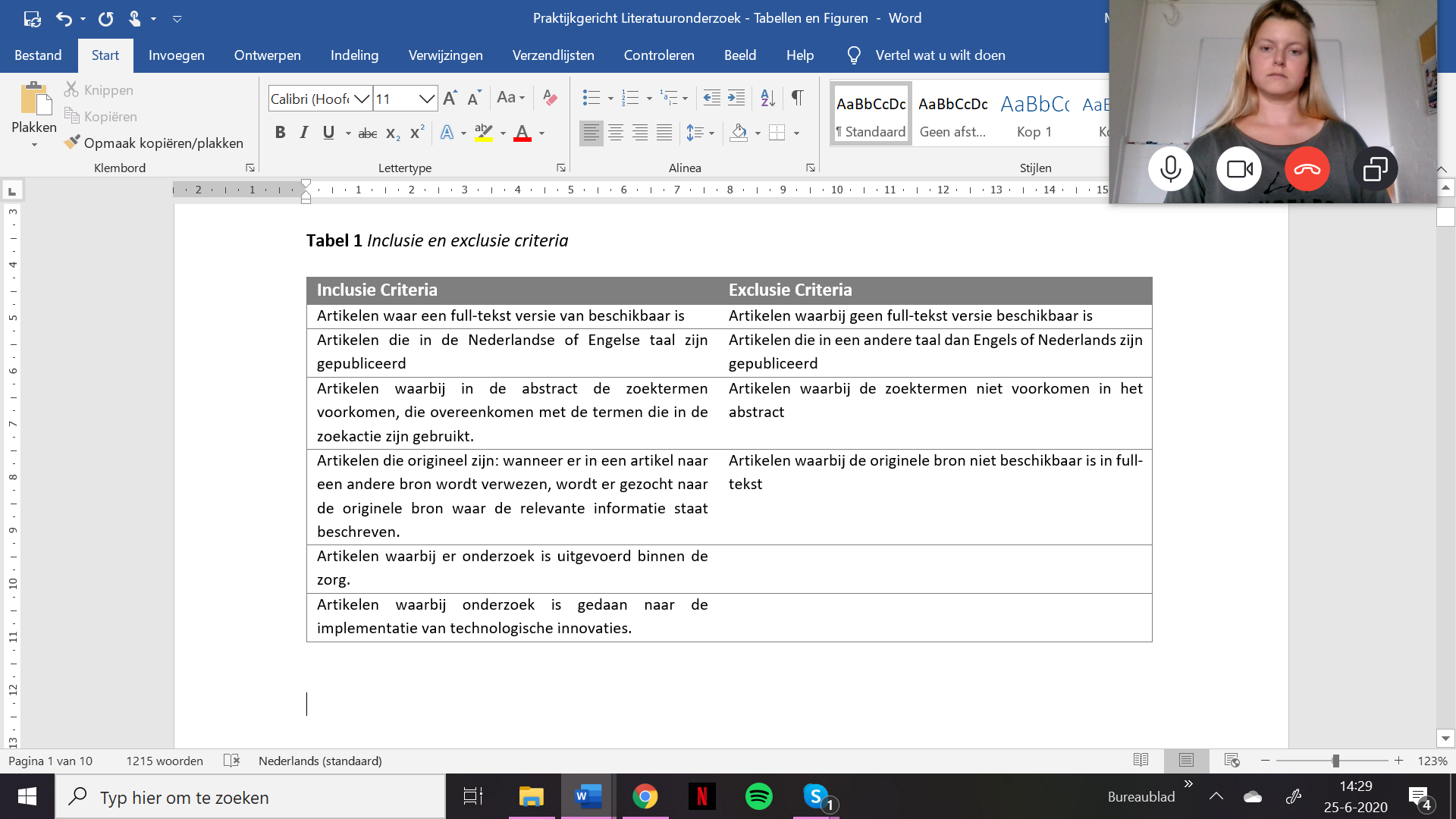
## 4.1 | Literatuuronderzoek

Door literatuuronderzoek is er op methodische wijze informatie verzameld om deelvragen 1 en 2 te beantwoorden.

### 4.1.1 | Onderzoeksmethode

Bij het literatuuronderzoek is gebruikgemaakt van de methode van Verhoeven (2014), waarbij er aan de hand van zes stappen op systematische wijze naar betrouwbare informatie is gezocht. (1) De zoekopdracht is geformuleerd op basis van de deelvragen. (2) Voor het beantwoorden van deze deelvragen is er voor het zoeken van literatuur gebruikgemaakt van professionele databases: HanzeWorldCat (van de Hanzemediatheek), Google Scholar en SpringerLink. (3) Om tot relevante informatie te komen is hierin gezocht door verschillende combinaties van zoektermen te gebruiken, zoals bijvoorbeeld: “technologische innovatie”, “technologische interventie” of “technological intervention”. Voor een overzicht van de gebruikte zoektermen en de resultaten hiervan, zie bijlage 1. Er is per zoekactie aangegeven met welke zoekfilters er is gezocht en welke resultaten deze zoekacties hebben opgeleverd. Om te beoordelen of een artikel relevante informatie bevatte, is eerst de samenvatting van de gevonden artikelen gelezen met als voorwaarde dat er een full-tekst versie van beschikbaar was. (4) Voor het selecteren van bruikbare artikelen, is gebruikgemaakt van inclusie- en exclusie criteria waar de literatuur aan moest voldoen. In tabel 4.1.1.1 is een overzicht te zien van deze criteria.

**Tabel 4.1.1.1** *Inclusie- en exclusiecriteria* *van het literatuuronderzoek*



(5) De geselecteerde informatie is georganiseerd en samengevat zodat deze antwoord kon geven op de onderzoeksvragen. (6) Tot slot is het resultaat van het literatuuronderzoek geëvalueerd, waarbij gekeken is of er voldoende informatie is verzameld om de deelvragen te kunnen beantwoorden.

### 4.1.2 | Onderzoeksprocedure

Er is in drie professionele databases gezocht naar informatie, waarbij er gebruik is gemaakt van verschillende zoektermen en combinaties hiervan. Na het selecteren van de informatie aan de hand van de inclusie- en exclusie criteria, zijn zeven artikelen als relevant bevonden voor het beantwoorden van de eerste deelvraag en vijftien voor het beantwoorden van de tweede deelvraag.

#### Betrouwbaarheid en validiteit

Het systematisch doorlopen van de methode van Verhoeven (2014) heeft het mogelijk gemaakt om op transparante wijze naar betrouwbare literatuur te zoeken, deze te analyseren en te verwerken. Deze stappen zijn in het literatuurlogboek bijgehouden door elke stap uit te voeren en de bevindingen hiervan te noteren. Dit maakt het voor andere onderzoekers mogelijk om de onderzoeksmethode te controleren en om gedane zoekacties na te bootsen. Dit verhoogt de betrouwbaarheid (Verhoeven, 2014). De bevindingen van het literatuuronderzoek zijn tot stand gekomen door een grondige zoektocht, vergelijking en selectie van relevante literatuur in professionele databases, zoals HanzeWorldCat, Google Scholar en SpringerLink. Er is geprobeerd om dit zo volledig mogelijk te doen door in de referentielijsten van relevante literatuur verder te zoeken naar overeenkomstige bronnen totdat er geen nieuwe informatie werd gevonden. Op deze manier vormen de verzamelde gegevens een relatief goede afspiegeling van alle voor de onderzoeksvragen relevante literatuur. Dit verhoogt de validiteit van het onderzoek (Brinkman & Oldenhuis, 2016). Voor het waarborgen van de validiteit is er tevens gelet op de relevantie van de geselecteerde artikelen. Om te beoordelen of een bron relevant was, is er gekeken naar de inclusie- en exclusiecriteria. Deze criteria hebben het mogelijk gemaakt om naar specifieke informatie te zoeken, wat de reproduceerbaarheid en de betrouwbaarheid van het literatuuronderzoek heeft vergroot.

### 4.1.3 | Resultaten Literatuuronderzoek

In deze paragraaf worden de resultaten van het literatuuronderzoek gepresteerd. Hierin wordt beschreven wat er nodig is voor een succesvolle implementatie van een technologische innovatie en welke factoren volgens wetenschappelijke theorieën van invloed kunnen zijn op het gebruik.

#### Succesvolle implementatie

Implementatie is volgens Wensing en Grol (2017, p. 9): “een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of verbeteringen met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het beroepsmatig handelen en/of het functioneren van de organisatie”. Een innovatie is succesvol geïmplementeerd als het door gebruikers uitgevoerd wordt zoals dat bedoeld is, als het de beoogde doelen bereikt bij de einddoelgroep (zoals het vergroten van de kwaliteit van leven) en als de interventie duurzaam is. Dit houdt in dat er wordt vastgehouden aan wat werkt en dat de interventie verder wordt ontwikkeld als zaken minder goed werken (Stals, 2012).

In de literatuur worden verschillende fasen beschreven die gebruikers doorlopen voordat het vanzelfsprekend is dat een innovatie door hen gebruikt wordt in de werkroutine. Deze fasen zijn vergelijkbaar en worden veelal gebaseerd op twee bekende theorieën: het Diffusion of Innovations model van Rogers (2003) en de Stages of Change van Prochaska en diClemente (1983). Zij nemen aan dat mensen een aantal vaste fasen doorlopen om een innovatie te accepteren en tot gedragsverandering te komen. In de literatuur (Hoogendam & Linger, 2010; Wensing & Grol, 2017) wordt er onderscheid gemaakt in de volgende fasen van gedragsverandering bij de gebruikers van de innovatie: (1) oriëntatiefase, (2) inzichtfase, (3) acceptatiefase, (4) veranderingsfase en (5) behoud van verandering. In de oriëntatiefase maken de gebruikers kennis met de innovatie en worden zij nieuwsgierig. In de inzichtfase leren zij wat de innovatie precies inhoudt en wat de reden van de inzet ervan is. In de acceptatiefase bepalen de gebruikers hun attitudes ten opzichte van de innovatie en besluiten op basis hiervan of zij de innovatie willen gebruiken. Vervolgens gaan zij in de veranderingsfase de innovatie op kleine schaal uitproberen in de praktijk. Tot slot wordt in de fase ‘behoud van verandering’ de innovatie geïntegreerd en verankerd in bestaande werkroutines.

De organisatie doorloopt tijdens het implementatieproces dezelfde fasen als de gebruikers van de innovatie. Hierbij is het belangrijk dat de organisatie de implementatieactiviteiten laat aansluiten bij de fase waarin de gebruikers zich bevinden, zodat de gebruikers en de organisatie op één lijn zitten (Van der Zwet & de Groot, 2018). In de oriëntatiefase is het de taak van de organisatie om de gebruikers te informeren over de innovatie en interesse op te wekken. De organisatie creëert draagvlak zodat de gebruikers zich betrokken voelen bij de aanstaande verandering. Hierbij is het belangrijk om intensief contact met de gebruikers te hebben, enthousiast te zijn over de innovatie en de voordelen te benoemen voor de gebruikers (Hoogendam & Linger, 2010; Wensing & Grol, 2017).

In de inzichtfase is het belangrijk dat de organisatie kennis en begrip bijbrengt over de innovatie en de verwachtingen van de organisatie en de gebruikers. Door de werkwijze van de organisatie inzichtelijk te maken bij de gebruikers, kan duidelijk worden welke voordelen de innovatie biedt en wat de inzet ervan oplevert voor de gebruikers en de organisatie (Hoogendam & Linger, 2010).

In de acceptatiefase is het aan de organisatie om bij de gebruikers een positieve attitude te ontwikkelen ten opzichte van de innovatie. Dit kan gedaan worden door de gebruikers te overtuigen van de voordelen van de innovatie en van de noodzaak om deze in te zetten in de huidige situatie. In deze fase is het ook belangrijk dat de zelfeffectiviteit van de gebruikers (het vertrouwen in de eigen bekwaamheid) ten opzichte van het gebruiken van de innovatie versterkt wordt. Dit zou bereikt kunnen worden door coaching of een training (Wensing & Grol, 2017).

In de veranderingsfase wordt door de organisatie de mogelijkheid geboden om met de innovatie te experimenteren, zodat gebruikers ervaringen kunnen opdoen. Binnen deze fase leert de organisatie de gebruikers de vereiste vaardigheden voor het inzetten van de innovatie en geven zij feedback over de toepassing hiervan (Hoogendam & Linger, 2010). Dit werkt bevorderend op het leerproces om de innovatie op de juiste manier toe te passen (Shute, 2008).

In de fase ‘behoud van verandering’ is het zaak om een consistente toepassing van de innovatie te bevorderen en om terugval in eerdere werkroutines te voorkomen. Ondersteuning en continue betrokkenheid vanuit het bestuur werken bevorderend bij het implementeren van een innovatie, omdat er duidelijke sturing en richting wordt gegeven aan het implementatieproces (Van der Zwet & de Groot, 2018).

Wanneer de implementatiefasen door de gebruikers of de organisatie onvolledig worden doorlopen, is dit van invloed op de mate waarin gebruikers van de innovatie deze accepteren en tot gedragsverandering komen (Rogers, 2003; Prochaska & diClemente, 1983).

#### Wetenschappelijke theorieën

Vanuit de geselecteerde literatuur zijn er drie wetenschappelijke theorieën gevonden die variabelen beschrijven die een rol kunnen spelen bij de mate waarin zorgmedewerkers van ZuidOostZorg de Qwiek.up inzetten: (1) het Diffusion of Innovations model van Rogers (2003), (2) de Theory of Planned Behavior van Fishbein en Ajzen (1975) en (3) het Technology Acceptance Model  van Davis (1985) en Venkatesh en Bala (2008).

Diffusion of Innovations model

Vanuit het ‘Diffusion of Innovations’ model (DIM) van Rogers (2003) kan worden verklaard hoe samenlevingen omgaan met de introductie en acceptatie of afwijzing van innovaties. Diffusie is het proces van verspreiding van een innovatie binnen een bepaald sociaal systeem, via bepaalde communicatiekanalen. Rogers (2003) beschrijft acceptatie als het besluit van gebruikers om een innovatie volledig te accepteren en te gebruiken, omdat dat de beste werkwijze is. Rogers (2003) beschrijft afwijzing als de beslissing van gebruikers van de innovatie om deze niet toe te passen. Het DIM stelt dat innovaties, om een goede kans van slagen te hebben, aan een aantal kenmerken moeten voldoen, namelijk: relatief voordeel, compatibiliteit, complexiteit, testbaarheid en waarneembaarheid (Rogers, 2003). Of een innovatie door gebruikers wordt geaccepteerd of wordt afgewezen, hangt af van de individuele attitudes ten aanzien van de kenmerken van de innovatie. In tabel 4.1.3.1 volgt een beschrijving van de kenmerken.

**Tabel 4.1.3.1** *Kenmerken Diffusion of Innovations model (Rogers, 2003)*

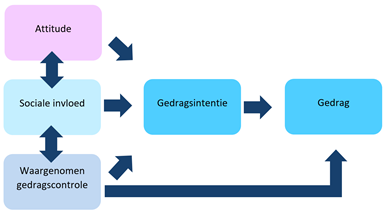
|  |  |
| --- | --- |
| Kenmerken geslaagde innovaties | |
| Kenmerk | **Toelichting** |
| Relatief voordeel | De innovatie dient een relatief voordeel te kunnen bieden en een nieuwe verbetering op te leveren, bijvoorbeeld een sneller, groter of beter effect (Brinkman, 2017). Wanneer gebruikers verwachten dat de inzet van de innovatie voordelen oplevert voor henzelf, voor de cliënt of voor de organisatie, zullen zij de innovatie eerder accepteren. |
| Compatibiliteit | Compatibiliteit houdt in dat de innovatie verenigbaar dient te zijn met producten die reeds bestaan, behoeften van de doelgroep, eerdere ervaringen en bestaande normen en waarden (Brinkman, 2017). Een innovatie die compatibel is wordt eerder geaccepteerd door gebruikers, omdat de gebruikers dan eerder zullen geloven in de werkzaamheid van de innovatie (Stals, 2012; Van der Zwet & de Groot, 2018). |
| Complexiteit | Eenvoudige en gebruiksvriendelijke innovaties zullen eerder worden geaccepteerd dan complexere innovaties. Het is belangrijk dat de innovatie goed omschreven wordt en gericht is op de gebruiker zodat de bedoeling duidelijk is (Brinkman, 2017; Fixsen, Naoom, Blase, Friedman & Wallace, 2005). |
| Testbaarheid | Een innovatie zal eerder worden geaccepteerd wanneer deze door de gebruikers kan worden getest op kleine schaal. Zeker wanneer de innovatie gecompliceerd is of ingrijpende veranderingen teweegbrengt, kan het helpen om ervaringen op te doen met het gebruik van de innovatie (Van der Zwet & de Groot, 2018). |
| Waarneembaarheid | Een innovatie wordt eerder geaccepteerd wanneer de gevolgen hiervan gemakkelijk door anderen zijn waar te nemen. De kans wordt groter dat anderen na een positieve ervaring zullen volgen, waardoor de slagingskans van de innovatie toeneemt (Brinkman, 2017). |

De kenmerken van de Qwiek.up zijn volgens het DIM (Rogers, 2003) variabelen die een rol kunnen spelen in de mate waarin de zorgmedewerkers de Qwiek.up accepteren en inzetten. Het in kaart brengen van de attitudes van de zorgmedewerkers ten aanzien van deze kenmerken, kan hiermee de onvolledige inzet van de Qwiek.up door de zorgmedewerkers verklaren. Wanneer de Qwiek.up volgens zorgmedewerkers onvoldoende aan de kenmerken voldoet, is de kans dat deze wordt geaccepteerd en daarmee wordt ingezet kleiner (Brinkman, 2017).

Volgens Haider en Kreps (2004) is er in de afgelopen decennia onderzoek gedaan binnen verschillende academische disciplines naar de verspreiding van innovaties (meer dan 5000 gepubliceerde studies). Hieruit is gebleken dat het DIM een grote bijdrage heeft geleverd aan het kunnen voorspellen van de mate waarin technologische innovaties door gebruikers worden geaccepteerd, zo ook binnen de gezondheidszorg. Lee (2004) voerde een kwalitatief onderzoek uit met behulp van de theorie van Rogers om de acceptatie van een geautomatiseerd plan voor verpleegkundige zorg door verpleegkundigen in Taiwan te onderzoeken. Door middel van diepte-interviews werd de attitude van de verpleegkundigen ten aanzien van de kenmerken (relatief voordeel, compatibiliteit, complexiteit, testbaarheid en waarneembaarheid) van het geautomatiseerde zorgplan in kaart gebracht. De resultaten geven aan dat het DIM het gedrag van verpleegkundigen tijdens het acceptatieproces op de werkplek nauwkeurig kan beschrijven en daarmee kan voorspellen tot in hoeverre zij het geautomatiseerde plan voor verpleegkundige zorg accepteerden.

Theory of Planned Behavior

De Theory of Planned Behavior (TPB) (Fishbein & Ajzen, 1975) is een theorie over de manier waarop attitudes, de sociale invloed en de waargenomen gedragscontrole weloverwogen gedrag voorspellen. De intentie om bepaald gedrag uit te voeren, gaat vooraf aan het daadwerkelijk uitvoeren hiervan. De beste voorspellers van gepland, weloverwogen gedrag bestaan uit de attitudes over dat specifieke gedrag, de sociale invloed en over de inschatting van de mate van controle die er over het gedrag is. Gezamenlijk vormen deze voorspellers de intentie van gedrag. In figuur 4.1.3.1 is een schematische weergave te zien van de TPB (Fishbein & Ajzen, 1975). In tabel 4.1.3.2 worden de verschillende variabelen toegelicht.



*Figuur 4.1.3.1.* Schematische weergave Theory of Planned Behavior (Fishbein & Ajzen, 1975).

**Tabel 4.1.3.2** *Variabelen Theory of Planned Behavior (Fishbein & Ajzen, 1975)*

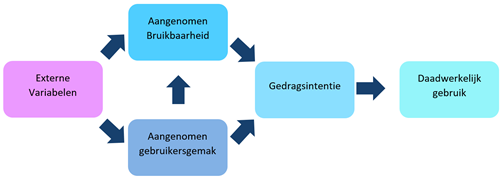
|  |  |
| --- | --- |
| Theory of Planned Behavior (Fishbein & Ajzen, 1975) | |
| Variabele | **Toelichting** |
| Attitude | Attitudes zijn evaluatieve oordelen (gunstig of ongunstig) objecten, personen, gebeurtenissen, situaties en gedrag (Wiekens, 2012). |
| Sociale invloed | Sociale normen beschrijven de gedachte van iemand over wat relevante, heersende normen zijn over de situatie waar diegene zich op dat moment in bevindt. Het zijn opvattingen over hoe belangrijke anderen naar het gedrag kijken. Sociale invloed is een veel bredere term en beschrijft niet alleen de waargenomen sociale norm, maar ook de invloed van personen die op dat moment aanwezig zijn. Zo kan de mening van één persoon de doorslag geven voor bepaald gedrag, terwijl de sociale norm hiervoor anders is (Wiekens, 2012). |
| Waargenomen gedragscontrole | Met de waargenomen gedragscontrole wordt het gemak waarmee de desbetreffende persoon denkt het gedrag in kwestie (succesvol) te kunnen vertonen bedoeld (Aronsen, Wilson & Akert, 2011). |

De attitude, de sociale invloed en de waargenomen gedragscontrole zijn volgens de TPB (Fishbein & Ajzen, 1975) variabelen die van invloed kunnen zijn op de intentie van gedrag en daarmee op de mate waarin de zorgmedewerkers de Qwiek.up inzetten. Het in kaart brengen van deze variabelen, kan de onvolledige inzet van de Qwiek.up verklaren.

In de praktijk blijkt de TPB van Ajzen (1991) een bruikbaar model om gedrag te verklaren. Zo hebben Armitage en Conner (2001) door een meta-analyse onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de theorie. Uit 185 onafhankelijke onderzoeken is gebleken dat de TPB kan worden gebruikt om de intentie van gedrag te voorspellen. De theorie is verantwoordelijk voor 27% van de variantie in gedrag en voor 39% verantwoordelijk voor variantie in de gedragsintentie (Armitage & Conner, 2001). Fishbein, Hennessy en Douglas (2003) hebben in hun onderzoek naar de intentie van gedrag vastgesteld dat attitudes, de sociale norm en de waargenomen gedragscontrole de belangrijkste determinanten zijn voor het in kaart brengen van de gedragsintentie en het voorspellen van het daadwerkelijke gedrag, zoals ook uit het onderzoek van Armitage en Conner (2001) is gebleken.

Technology Acceptance Model

Het Technology Acceptance Model (TAM) is ontwikkeld door Davis (1985) en is gericht op de acceptatie van nieuwe technologie door de gebruikers. Volgens Davis (1985) zijn er een aantal factoren die van invloed zijn op de mate waarin mensen nieuwe technologie gebruiken. In figuur 4.1.3.2 is een schematische weergave te zien van het TAM en van de variabelen die invloed uitoefenen op het gebruik van de technologie. In tabel 4.1.3.3 worden de verschillende variabelen van het TAM toegelicht.



*Figuur 4.1.3.2*. Schematische weergave Technology Acceptance Model (Davis, 1985).

**Tabel 4.1.3.3**  *Variabelen Technology Acceptance Model (Davis, 1985)*

|  |  |
| --- | --- |
| Technology Acceptance Model | |
| Variabele | **Toelichting** |
| Externe factoren | Specifieke kenmerken van de technologie of de manier waarop de technologie is vormgegeven. |
| Aangenomen bruikbaarheid | De mate waarin de gebruikers het idee hebben dat het wel gebruiken van de technologie meer voordelen heeft dan het niet gebruiken daarvan. |
| Aangenomen gebruikersgemak | De mate waarin gebruikers denken de technologie zonder fysieke of mentale inspanning te kunnen toepassen en deze eenvoudig te gebruiken is. |
| Houding tegenover het gebruik | De attitude van de gebruikers ten aanzien van het gebruiken van de technologie. |

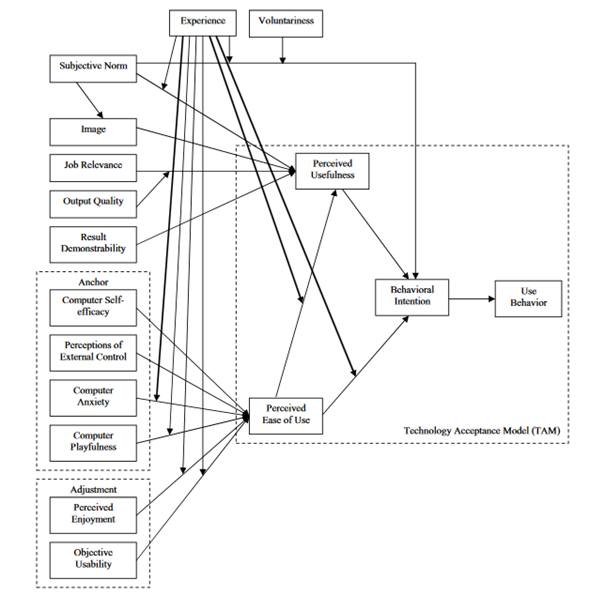
Holden en Karsh (2010) hebben onderzoek uitgevoerd waarbij zij de toepassing van het TAM binnen de gezondheidszorg hebben getoetst. Zij hebben verschillende studies en onderzoeken van clinici die gezondheidstechnologie gebruiken, geanalyseerd en met elkaar vergeleken. Hieruit is gebleken dat het TAM een substantieel deel van het gebruik of de acceptatie van gezondheidstechnologie kan voorspellen en dat voornamelijk de variabele aangenomen bruikbaarheid de grootste voorspeller is voor de gedragsintentie en daarmee het gebruik van de technologie.

In de loop der jaren is het TAM uitgebreid door het specificeren van de externe variabelen. In de versie van het TAM die door Venkatesh en Bala (2008) is ontwikkeld, het TAM 3, wordt onderscheid gemaakt tussen externe variabelen die van invloed zijn op de aangenomen bruikbaarheid en tussen externe variabelen die van invloed zijn op het aangenomen gebruikersgemak. In tabel 4.1.3.4 worden deze externe variabelen toegelicht.

**Tabel 4.1.3.4**  *Toelichting externe variabelen Technology Acceptance Model 3 (Venkatesh & Bala, 2008)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Externe variabelen TAM 3 | | |
|  | **Externe variabele** | **Toelichting**  *De mate waarin …* |
| Aangenomen bruikbaarheid | Image | iemand gelooft dat het gebruiken van de technologie het aanzien in de maatschappij verbetert (Venkatesh & Davis, 2000). |
| Job relevance | iemand gelooft dat de technologie toepasbaar is binnen het werk dat diegene uitvoert (Venkateh & Davis, 2000). |
| Output quality | iemand gelooft dat het gebruiken van de technologie een goed resultaat oplevert (Venkatesh & Davis, 2000). |
| Result demonstrability | resultaten of voordelen van het gebruik van de innovatie duidelijk en tastbaar zijn voor de gebruiker (Venkatesh & Davis, 2000). |
| Aangenomen gebruikersgemak | Computer self-efficacy | iemand gelooft dat hij de vaardigheid heeft om de technologie te gebruiken (Venkatesh & Davis, 2000). |
| Perceptions of external control | iemand  gelooft dat er een organisatorische en technische infrastructuur bestaat om het gebruik van de technologie te ondersteunen (Venkatesh & Davis, 2000). |
| Computer anxiety | iemand angstig wordt wanneer hij/zij geconfronteerd wordt met de mogelijkheid  om de technologie te gebruiken (Venkatesh, 2000). |
| Computer playfulness | iemand spontaan met het gebruik van de technologie omgaat (Venkatesh & Davis, 2000). |
| Perceived enjoyment | Iemand plezier vindt in het gebruik van de  technologie, waarbij dit plezier niet samenhangt met het plezier wat uit het resultaat ontstaat (Venkatesh, 2000). |
| Computer playfulness | de technologie objectief gemakkelijk te gebruiken is (Venkatesh, 2000). |

Naast de externe variabelen is in het TAM 3 ook de subjectieve norm opgenomen. Deze is overgenomen uit de TPB van Fishbein en Ajzen (1975). De subjectieve norm heeft directe invloed op de aangenomen bruikbaarheid en de gedragsintentie. Daarnaast zijn de modererende variabelen ‘voluntariness’ en ‘experience’ in het TAM 3 opgenomen (Venkatesh & Bala, 2008). Modererende variabelen veranderen het effect van de oorzaak-gevolgrelatie tussen twee variabelen. Het begrip ‘voluntariness’ is de mate waarin gebruikers het besluit om de technologie te gebruiken als vrijwillig beschouwen, dus zonder verplichting vanuit de organisatie. Het begrip ‘experience’ heeft betrekking op de praktijkervaring die de gebruikers hebben met de technologie. In figuur 4.1.3.3 is een schematische weergave te zien van het TAM 3, waarin de verschillende relaties tussen de variabelen worden afgebeeld (Venkatesh & Bala, 2008).

**

*Figuur 4.1.3.3*. Schematische weergave van het TAM 3 (Venkatesh & Bala, 2008)

Venkatesh & Bala (2008) hebben aangetoond dat de externe variabelen significante voorspellers zijn voor de aangenomen bruikbaarheid en het aangenomen gebruikersgemak. Het TAM 3 kan volgens Venkatesh en Bala (2008) ondersteuning bieden aan organisaties bij het maken van beslissingen over het inzetten van interventies die kunnen leiden tot een grotere acceptatie van de technologie en het effectief gebruiken daarvan. De externe variabelen, de subjectieve norm, de aangenomen bruikbaarheid en het aangenomen gebruikersgemak zijn volgens het TAM 3  variabelen die van invloed kunnen zijn op de gedragsintentie en daarmee op het daadwerkelijk inzetten van de Qwiek.up door de zorgmedewerkers (Davis, 1985; Venkatesh & Bala, 2008). Het in kaart brengen van deze variabelen, kan de onvolledige inzet van de Qwiek.up verklaren.

### 4.1.4 | Conclusie Literatuuronderzoek

Voor een succesvolle implementatie van een innovatie is het belangrijk dat de gebruikers en de organisatie het implementatieproces doorlopen aan de hand van de volgende implementatiefasen: oriëntatiefase, inzichtfase, acceptatiefase, veranderingsfase en behoud van verandering (Hoogendam en Linger, 2010; Grol en Wensing, 2017). De organisatie dient hierbij de implementatieactiviteiten te laten aansluiten bij de fase waarin de gebruikers zich bevinden, zodat de gebruikers en de organisatie op één lijn zitten (Van der Zwet & de Groot, 2018). Het onvolledig doorlopen van de implementatiefasen door gebruikers en de organisatie beïnvloedt de mate waarin gebruikers van de innovatie deze accepteren en tot gedragsverandering komen (Rogers, 2003; Prochaska & diClemente, 1983). Het onvolledig doorlopen van de implementatiefasen kan daarmee een oorzaak zijn voor de onvolledige inzet van de Qwiek.up door de zorgmedewerkers.

Meerdere variabelen blijken een rol te kunnen spelen bij het daadwerkelijk inzetten van een technologische innovatie: (1) de kenmerken van een innovatie (relatief voordeel, compatibiliteit, complexiteit, testbaarheid en waarneembaarheid, afkomstig van het DIM van Rogers (2003)). (2) De attitude, sociale invloed en de waargenomen gedragscontrole, afkomstig uit de TPB van Fishbein en Ajzen (1975). (3) De externe variabelen, de sociale norm, de aangenomen bruikbaarheid, het aangenomen gebruikersgemak afkomstig van het TAM 3 van Venkatesh en Bala (2008). Uit verschillende onderzoeken die zijn uitgevoerd binnen de zorgcontext, is gebleken dat het DIM, de TPB en het TAM 3, theorieën zijn die de mate waarin een technologische innovatie wordt geaccepteerd door gebruikers, kunnen voorspellen. Wanneer de Qwiek.up volgens de zorgmedewerkers onvoldoende aan de kenmerken van het DIM voldoet en/of de gedragsintentie om de Qwiek.up te gebruiken laag is, is de kans kleiner dat de Qwiek.up geaccepteerd en ingezet wordt door de zorgmedewerkers. Dit kan de onvolledige inzet van de Qwiek.up verklaren.

## 4.2 | Expertinterview

Door middel van een expertinterview is er op kwalitatieve wijze informatie verzameld om antwoord te geven op deelvragen 3 en 4. Hiervoor is er contact opgenomen met een medewerker van Qwiek BV die betrokken is bij de implementatie van de Qwiek.up binnen zorginstellingen in Nederland.

### 4.2.1 | Onderzoeksmethode

Voor het expertinterview is er gebruikgemaakt van een halfgestructureerd interview. Hier is voor gekozen omdat de vragen en antwoorden bij deze interviewmethode niet vastliggen. Dit geeft de geïnterviewde de ruimte om persoonlijke opvattingen en ervaringen te delen. Er is een topiclijst opgesteld met per topic een beginvraag en doorvragen. Deze topiclijst is gebruikt om te controleren of alle onderwerpen aan bod zijn gekomen tijdens het gesprek. Hierbij is de volgorde van afname niet van belang (Baarda, van der Hulst & de Goede, 2012). De topics die aan bod zijn gekomen zijn: (1) het implementatieproces van de Qwiek.up, (2) de rol van Qwiek BV bij de implementatie van de Qwiek.up binnen ZuidOostZorg, (3) vragen over de onvolledige inzet van de Qwiek.up binnen ZuidOostZorg en belemmerende en bevorderende factoren voor een succesvolle implementatie en (4) vragen over het stimuleren van het gebruik van de Qwiek.up door Qwiek BV.

De eerste topic is opgesteld om inzicht te krijgen in de manier waarop de Qwiek.up wordt geïmplementeerd. Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat het implementatieproces en de manier waarop deze door een organisatie en de gebruikers van de innovatie wordt doorlopen, een belangrijke rol speelt bij de implementatie (Wensing & Grol, 2017; Hoogendam & Linger, 2010). De medewerker van Qwiek BV is nauw betrokken bij het implementatieproces van de Qwiek.up waardoor een concreet beeld kan worden geschetst van de manier waarop deze wordt geïmplementeerd. De tweede topic is opgesteld om in kaart te brengen wat de rol van Qwiek BV is bij het implementatieproces van de Qwiek.up binnen ZuidOostZorg. Uit het literatuuronderzoek is namelijk gebleken dat de organisatie en de implementatieactiviteiten die de organisatie onderneemt, van invloed zijn op de mate waarin een innovatie succesvol wordt geïmplementeerd (Van der Zwet & de Groot, 2018). De derde topic is opgesteld om inzicht te krijgen in factoren die volgens de expert een rol kunnen spelen bij het gebruik van de Qwiek.up door zorgmedewerkers en het implementatieproces kunnen bevorderen of belemmeren. De vierde topic is opgesteld om inzicht te krijgen in de acties of interventies die Qwiek BV inzet om het gebruik van de Qwiek.up te stimuleren, wanneer zij merken dat deze niet consequent door zorgmedewerkers wordt ingezet.  Het interviewschema is te vinden in bijlage 2.

### 4.2.2 | Onderzoeksprocedure

Voor het werven van de deskundige is er gebruikgemaakt van het netwerk van de opdrachtgever. Er is via de mail contact opgenomen met een medewerker van Qwiek BV die persoonlijk betrokken is geweest bij het implementatieproces van de Qwiek.up binnen ZuidOostZorg. Via een introductiemail (bijlage 3) is de medewerker vooraf op de hoogte gesteld van het doel van het onderzoek, het kader waarin het onderzoek wordt uitgevoerd en is naar waarheid verteld wie de opdrachtgever is en wat diens belangen zijn. Er is hier geen onjuiste of misleidende informatie over verstrekt. Daarnaast is de medewerker expliciet om toestemming gevraagd voor deelname aan het onderzoek. Hierbij is er aan de medewerker duidelijk gemaakt dat deelname vrijwillig en anoniem is, dat er een audio-opname van het gesprek zal worden gemaakt en dat de medewerker het recht heeft om te allen tijde deelname aan het onderzoek te weigeren of stop te zetten. De audio-opname is na verwerking van de gegevens verwijderd, wat ook teruggekoppeld is aan de medewerker.

Na toestemming (bijlage 4) van de medewerker, kon het interview worden afgenomen. Op het toestemmingsformulier kon de medewerker ook aangeven of hij op de hoogte gesteld wil worden van de resultaten van het onderzoek. Voor de volledige beschrijving van hoe er tijdens het onderzoek is omgegaan met de deelnemer tijdens het expertinterview, zie bijlage 5: Formulier “Zorgvuldig omgaan met respondenten” - Expertinterview.

Het interview is op 27 april 2020 afgenomen via Skype en had een duur van een uur en vijf minuten. Vanwege de maatregelen die door de regering zijn aangesteld in verband met het Coronavirus (Rijksoverheid, 2020), was een face-to-face interview niet mogelijk. Door het interview via Skype af te nemen, was het mogelijk om elkaar te zien waardoor zowel de medewerker als de onderzoekers non-verbaal gestimuleerd konden worden (een actieve zithouding, het maken van oogcontact, knikken en glimlachen). Non-verbale stimulatie kan zorgen voor een ontspannen en vriendelijke sfeer. Dit is een vereiste voor het goed verlopen van een gesprek (Baarda et al., 2012).

### 4.2.3 | Data-analyse Expertinterview

De opname van het expertinterview is teruggeluisterd en getranscribeerd (bijlage 6) zodat de gegevens gestructureerd en gecodeerd konden worden. Er is bij deze kwalitatieve analyse gebruikgemaakt van twee codes die zijn opgesteld aan de hand van de deelvragen. Alle gegevens die antwoord gaven op de derde deelvraag kregen de code ‘rood’ en hebben betrekking op de manier waarop de Qwiek.up binnen zorginstellingen wordt geïmplementeerd. Alle gegevens die antwoord gaven op de vierde deelvraag kregen de code ‘blauw’ en hebben betrekking op factoren die een rol kunnen spelen bij het daadwerkelijk inzetten van de Qwiek.up door de zorgmedewerkers. Beide onderzoekers hebben individueel in een apart bestand alle gegevens op bovenstaande manier gecodeerd. Daarna zijn de beide bestanden naast elkaar gelegd en zijn de uitkomsten vergeleken. Hierbij zijn de verschillen besproken tot er consensus was bereikt over welke codes konden worden gebruikt om antwoord te geven op de deelvragen. Alle gegevens met dezelfde code zijn samengevoegd en er is per code een samenvatting geschreven. Uit deze samenvattingen is een conclusie getrokken.

Het codeerproces dat in dit onderzoek is gebruikt, is vergelijkbaar met het codeerproces dat door Boeije (2005) wordt beschreven. Boeije (2005) beschrijft drie codeer fases: open coderen, axiaal coderen en selectief coderen. Bij open coderen krijgen onderwerpen die over hetzelfde thema gaan dezelfde code. Met betrekking tot dit onderzoek hebben de deelvragen de basis gevormd voor deze onderwerpen en heeft deelvraag drie ‘code rood’ en deelvraag vier ‘code blauw’ gekregen. Bij axiaal coderen worden de verwante onderwerpen per thema samengevoegd. Met betrekking tot dit onderzoek zijn alle rode codes en alle blauwe codes samengevoegd. Op deze manier zijn er clusters ontstaan van de codes die bij elkaar horen. Binnen deze clusters zijn er deelonderwerpen ontstaan. Bij selectief coderen wordt er structuur aangebracht in de codes die onderdeel zijn van een cluster. Dit is met betrekking tot dit onderzoek gedaan door de deelonderwerpen per cluster te structureren en samen te vatten.

#### Betrouwbaarheid en validiteit

Om de betrouwbaarheid van het afgenomen interview te verhogen, is er een video-opname gemaakt van het gesprek via Skype en is er een audio-opname gemaakt met een dictafoon. De opnames konden op deze manier maximaal op kwaliteit worden gecontroleerd (Baarda et al., 2012). Voor het waarborgen van de validiteit van de gegevens uit het interview is het belangrijk dat de verworven gegevens een correcte afspiegeling vormen van de werkelijkheid (Baarda et al., 2012). Door tijdens het interview niet alleen naar succesvolle, maar ook naar minder succesvolle situaties te vragen, kon een realistisch beeld worden geschetst van het implementatieproces van de Qwiek.up en van factoren die een rol kunnen spelen bij het gebruik.

Om de validiteit te waarborgen is er tijdens het expertinterview nauw gelet op het volledig doorlopen van de topiclijst met de daarbij horende beginvragen. Op deze manier kon er worden gecontroleerd of de vragen voldoende waren beantwoord of dat het nodig was om door te vragen op onderbelichte onderwerpen. Door samenvattingen te geven van de antwoorden, kon worden gecontroleerd of de medewerker en de onderzoekers op dezelfde lijn zitten en konden tegenstrijdigheden worden opgespoord. Daarnaast zijn de topics van het interviewschema opgesteld op basis van de gegevens uit het literatuuronderzoek, waardoor de gegevens van het expertinterview konden worden gekoppeld aan de gevonden literatuur. Dit is volgens Baarda et al. (2012) een indicatie voor een hogere validiteit.

### 4.2.4 | Resultaten Expertinterview

In deze paragraaf worden de resultaten van het expertinterview gepresenteerd. Hierin wordt het implementatieproces van de Qwiek.up beschreven en welke factoren volgens de expert belemmerend en bevorderend kunnen zijn op het implementatieproces.

#### Implementatieproces van de Qwiek.up

De implementatie van de Qwiek.up verloopt aan de hand van het volgende proces. Allereerst dient er bij een zorginstelling een behoefte aanwezig te zijn bij de zorgmedewerkers om beter met het probleemgedrag van cliënten met dementie te kunnen omgaan. Deze zorginstellingen nemen contact op met Qwiek BV wanneer zij geïnteresseerd zijn in de Qwiek.up. Er wordt hierbij door zowel de zorginstelling als door Qwiek BV beoordeeld of de Qwiek.up aansluit op de behoefte.

Vervolgens wordt de Qwiek.up door Qwiek BV aan de zorginstelling geïntroduceerd. Dit gebeurt aan de hand van een demonstratie waarbij de zorgmedewerkers via een workshop en een training leren wat de Qwiek.up is, hoe deze werkt en hoe en wanneer de Qwiek.up kan worden toegepast tijdens de verzorging en ondersteuning van cliënten met dementie. De expert zegt hier het volgende over: *“Als wij hem leveren of proberen te verkopen op een locatie, dan doen wij eerst een demonstratie en laten we zien aan de zorgmedewerkers: “Hé, dit is de Qwiek.up en dit is de gedachte erachter en zus en zo zou je hem kunnen inzetten”.* Doordat Qwiek BV de Qwiek.up op deze manier demonstreert, proberen zij draagvlak te creëren voor het implementeren van de Qwiek.up. Het creëren van draagvlak bij de zorgmedewerkers is volgens de expert de belangrijkste voorwaarde voor de aanschaf en daarmee ook voor de implementatie.

Wanneer er voldoende draagvlak is gecreëerd, worden er Qwiek.ups aangeschaft voor de zorgmedewerkers zodat ze deze tijdens de verzorging en ondersteuning van cliënten met dementie kunnen toepassen. De zorgmedewerkers kunnen hierbij gebruikmaken van hulpmiddelen die Qwiek BV aanbiedt, zoals een handleiding van de Qwiek.up, evaluatieformulieren waarbij de zorgmedewerkers de effecten van de Qwiek.up kunnen noteren en van het vijfstappenplan van Vilans dat Qwiek BV heeft opgesteld zodat de zorgmedewerkers de Qwiek.up op een effectieve en waardevolle manier kunnen inzetten. Dit vijfstappenplan bestaat uit de volgende stappen: (1) het signaleren van een behoefte bij een cliënt, (2) het bepalen van de behoefte van de cliënt, (3) het aanzetten van de Qwiek.up met de juiste module, (4) het observeren van het effect en (5) het rapporteren van het effect. Het gebruiken van het vijfstappenplan en het noteren van de effecten van de Qwiek.up in de zorgplannen, maakt het inzichtelijk voor de zorgmedewerkers bij wie, wanneer en hoe ze de Qwiek.up kunnen inzetten.

Voor het monitoren en bevorderen van het implementatieproces, houdt Qwiek BV nauw contact met de zorginstellingen en verzorgen zij extra trainingen en workshops wanneer de zorgmedewerkers hier behoefte aan hebben en wanneer blijkt dat de Qwiek.up niet consequent wordt ingezet. De expert zegt hierover: *“Als ik erachter kom dat locaties de Qwiek.up niet goed gebruiken, dan zit ik ze meestal ook wel achter de broek aan. Dan geef ik soms weer gratis, soms ook ongevraagd, advies of ondersteuning om er wel een succes van te maken”*. Ook doet Qwiek BV jaarlijks onderhoud aan de Qwiek.ups, waarbij ze na drie of zes maanden de Qwiek.ups uitlezen om te zien hoeveel uren deze hebben gedraaid. Daarnaast wordt er bij dit onderhoud een evaluatieonderzoek gehouden onder de zorgmedewerkers die gebruikgemaakt hebben van de Qwiek.up. Op deze manier kunnen oorzaken voor de onvolledige inzet van de Qwiek.up in kaart worden gebracht.

De implementatie binnen ZuidOostZorg is volgens de expert anders verlopen. Op basis van succesverhalen van andere zorginstellingen en vanuit de behoefte om beter met probleemgedrag om te gaan, zijn er testen uitgevoerd met de Qwiek.up. Naar aanleiding hiervan bleek de Qwiek.up effectief te zijn, wat heeft geresulteerd in de aanschaf op een aantal locaties. Deze aanschaf is voornamelijk centraal geregeld en zonder demonstraties door Qwiek BV verlopen. Hierdoor zijn de zorgmedewerkers op deze locaties niet direct betrokken geweest bij de aanschaf, wat afwijkt van het gewoonlijke implementatieproces van de Qwiek.up. Uiteindelijk is de Qwiek.up ook op de overige locaties aangeschaft, waarbij de demonstratie wel is gegeven door Qwiek BV. De expert vertelt dat wanneer er nog meer Qwiek.ups binnen ZuidOostZorg worden aangeschaft, er geen demonstratie meer wordt gegeven op de betreffende locatie, maar dat er een centrale bijeenkomst wordt georganiseerd voor de zorgmedewerkers.

#### Belemmerende en bevorderende factoren

Voor het aanschaffen van de Qwiek.up dient er volgens de expert voldoende draagvlak te zijn gecreëerd bij de zorgmedewerkers: *“Het belangrijkste is altijd dat ik de Qwiek.up eerst laat zien en draagvlak vindt voor de aanschaf, want als het draagvlak er in het begin al niet is dan wordt hij ook niet geaccepteerd”*.

Volgens de expert dient de Qwiek.up gebruiksvriendelijk te zijn: *“De Qwiek.up is echt super simpel om aan en uit te zetten. Het is echt een heel makkelijk apparaat. Als de Qwiek.up niet eenvoudig is, wordt hij niet gebruikt”*.

Als de Qwiek.up niet voorhanden is, wordt deze volgens de expert minder snel gepakt door de zorgmedewerkers en wordt deze ook minder vaak toegepast: *“Als hij niet op een zorgafdeling staat, ja dan is het een heel gedoe om te gaan zoeken en dan gaat ie dus niet gebruikt worden. Dus beschikbaarheid is ook super belangrijk”*.

### 4.2.5 | Conclusie Expertinterview

De Qwiek.up wordt over het algemeen aan de hand van een vast implementatieproces binnen zorginstellingen geïmplementeerd. De activiteiten binnen dit proces komen overeen met de activiteiten uit de implementatiefasen die door Hoogendam en Linger (2010) en Grol en Wensing (2017) zijn beschreven. De Qwiek.up wordt door Qwiek BV aan de zorginstelling geïntroduceerd aan de hand van een demonstratie, waarbij de zorgmedewerkers leren hoe zij de Qwiek.up consequent kunnen toepassen. Door de zorgmedewerkers te betrekken bij de aanschaf, wordt er draagvlak gecreëerd. Deze implementatieactiviteiten komen overeen met de activiteiten in de oriëntatie-, inzicht- en acceptatiefase (Hoogendam en Linger, 2010; Wensing en Grol, 2017). Na de aanschaf van de Qwiek.up krijgen de zorgmedewerkers de mogelijkheid om deze te testen en te gebruiken. Deze implementatieactiviteiten komen overeen met de activiteiten uit de veranderingsfase (Hoogendam & Linger, 2010; Wensing & Grol, 2017). Om  de consequente toepassing van de Qwiek.up te stimuleren, kunnen de zorgmedewerkers gebruikmaken van verschillende hulpmiddelen die door Qwiek BV worden aangeboden. Daarnaast verzorgt Qwiek BV opnieuw workshops en trainingen op het moment dat blijkt dat de Qwiek.up niet consequent door de zorgmedewerkers wordt ingezet. Deze implementatieactiviteiten komen overeen met de fase ‘behoud van verandering’ (Van der Zwet & de Groot, 2018).

De implementatie van de Qwiek.up binnen ZuidOostZorg verschilt van bovengenoemd proces, omdat bij de aanschaf van de eerste Qwiek.ups geen demonstraties zijn gegeven door Qwiek BV. Hierdoor zijn de zorgmedewerkers op deze locaties niet betrokken geweest bij de aanschaf en hebben zij geen kennis kunnen maken met de Qwiek.up. Dit is wel van belang voor het creëren van voldoende draagvlak, zo blijkt uit de resultaten van het literatuuronderzoek en het expertinterview. Op het moment dat er onvoldoende draagvlak wordt gecreëerd, heeft dit een negatief effect op de mate waarin zorgmedewerkers de Qwiek.up accepteren en gebruiken en kan dat een oorzaak zijn voor de onvolledige inzet.

Belemmerende of bevorderende factoren op het implementatieproces zijn volgens de expert:  het creëren van draagvlak, kenmerken van de Qwiek.up (gebruiksvriendelijkheid) en de beschikbaarheid ervan op de zorgafdelingen. Wanneer deze factoren belemmerend werken op het implementatieproces, is dat van negatieve invloed op het gebruik van de Qwiek.up.

## 4.3 | Digitale Enquête

Met een digitale enquête is er informatie verzameld om antwoord te geven op deelvragen 5 en 6.

### 4.3.1 | Onderzoeksmethode

Om te onderzoeken welke variabelen uit het literatuuronderzoek en het expertinterview volgens de zorgmedewerkers een rol spelen bij het inzetten van de Qwiek.up, zijn per variabele verschillende stellingen opgesteld. Daarnaast zijn er open vragen gesteld om te onderzoeken hoe het gebruik van de Qwiek.up volgens de zorgmedewerkers geoptimaliseerd kan worden.

#### Meetinstrument

De enquête is ontwikkeld met het programma Enalyzer. Dit programma staat door de Hanzehogeschool aangeschreven als betrouwbaar voor het ontwikkelen en afnemen van een digitale enquête (Hanzehogeschool Groningen, 2020). De digitale enquête begint met een korte introductie over het doel van het onderzoek, de opdrachtgevers en de onderzoekers. De rest van de enquête bestaat uit verschillende onderdelen. Het eerste onderdeel bestaat uit acht algemene vragen die opgesteld zijn om een beeld te krijgen van de doelgroep en de kenmerken ervan, zoals leeftijd, de zorglocatie waar de zorgmedewerkers werkzaam zijn en het feitelijke gebruik van de Qwiek.up door de zorgmedewerkers. Voorbeeldvragen zijn: *“Wat is uw leeftijd?”*, *“Op welke zorglocatie bent u werkzaam”* en *“Hoe vaak heeft u in de afgelopen week gebruikgemaakt van de Qwiek.up?”*.

Het tweede onderdeel bestaat uit tien stellingen die gebaseerd zijn op de implementatiefasen (oriëntatiefase, inzichtfase, acceptatiefase, veranderingsfase en behoud van veranderingsfase) die doorlopen dienen te worden voor succesvolle implementatie (Wensing & Grol, 2017; Hoogendam & Linger, 2010). De stellingen zijn geformuleerd op basis van de implementatieactiviteiten binnen deze fasen. Elke stelling meet een andere implementatieactiviteit, waardoor er geen Cronbach’s alpha van de stellingen kon worden berekend. De stellingen zijn opgesteld om in kaart te brengen tot in hoeverre de implementatiefasen volgens de zorgmedewerkers zijn doorlopen. Het onvolledig doorlopen van een van de implementatiefasen, beïnvloedt de mate waarin gebruikers een innovatie accepteren en tot gedragsverandering komen (Rogers, 2003; Prochaska & diClemente, 1983). Voorbeelden van stellingen zijn: *“Ik ben geïnformeerd over de Qwiek.up en hoe ik deze moet toepassen’’* en “*Ik heb feedback gekregen over de manier waarop ik de Qwiek.up gebruik*”.

Het derde onderdeel bestaat uit achttien stellingen over de kenmerken van de Qwiek.up volgens het Diffusion of Innovations Model (DIM): relatief voordeel, compatibiliteit, complexiteit, testbaarheid en waarneembaarheid (Rogers, 2003). Deze stellingen zijn opgesteld om in kaart te brengen tot in hoeverre de Qwiek.up volgens de zorgmedewerkers aan de kenmerken van het DIM voldoet. Wanneer de Qwiek.up onvoldoende aan de kenmerken voldoet, is de kans dat deze wordt geaccepteerd en daarmee wordt ingezet kleiner (Brinkman, 2017). De Cronbach’s alpha van de stellingen varieert van 0.66 tot 0.96, waarbij alleen de stellingen van het kenmerk ‘compatibiliteit’ een Cronbach’s alpha lager dan 0.70 hebben. De stellingen zijn geformuleerd op basis van de operationalisatie van de kenmerken van het DIM, zoals die door Brinkman (2017) en Van der Zwet en de Groot (2018) zijn beschreven. Daarnaast is er gebruikgemaakt van een bestaande vragenlijst die alle kenmerken van het DIM meet en waarvan bepaalde formuleringen van stellingen zijn overgenomen (Atkinson, 2007). De Cronbach's alpha van de stellingen over de kenmerken uit deze vragenlijst, varieert van 0.66 tot 0.91. Voorbeelden van stellingen zijn: *“Het gebruiken van de Qwiek.up bij de behandeling en begeleiding van cliënten met dementie heeft voordelen”* en *“De Qwiek.up is gebruiksvriendelijk”*.

Het vierde onderdeel bestaat uit 23 stellingen over de variabelen uit het Technology Acceptance Model 3 (TAM 3) (Davis,1985; Venkatesh & Bala, 2008). Het betreft hier de variabele aangenomen bruikbaarheid met de bijbehorende externe variabelen image, job relevance, output quality en result demonstrability en de variabele aangenomen gebruikersgemak met de externe variabelen computer self-efficacy, perceptions of external control, computer anxiety, computer playfulness en perceived enjoyment. De stellingen zijn opgesteld om de houding van de zorgmedewerkers ten aanzien van bovengenoemde variabelen in kaart te brengen. Des te negatiever de houding ten aanzien van de variabelen, des te lager de gedragsintentie en des te kleiner de kans dat zorgmedewerkers de Qwiek.up inzetten. De Cronbach’s alpha van deze stellingen varieert van 0.67 tot 0.90, waarbij alleen de stellingen van de variabele ‘perceptions of external control’ een Cronbach’s alpha lager dan 0.70 hebben. De stellingen zijn geformuleerd op basis van de operationalisatie van deze variabelen (Davis, 1985; Venkatesh & Bala, 2008). Daarnaast zijn er stellingen gebaseerd op basis van de vragenlijst van Son, Park, Kim en Chou (2012), die stellingen hebben geformuleerd over de externe variabelen, de aangenomen bruikbaarheid en het aangenomen gebruikersgemak. De Cronbach's alpha van deze stellingen varieert van 0.88 tot 0.95. De Nederlandse vertaling van de stellingen van de vragenlijst van Son et al. (2012) is overgenomen uit Van de Wal (2016). Voorbeelden van stellingen zijn: *“Ik kan de Qwiek.up zonder fysieke of mentale inspanning toepassen bij de verzorging en ondersteuning van cliënten met dementie”* en *“In mijn werk is het gebruik van de Qwiek.up relevant”*.

Het vijfde onderdeel bestaat uit dertien stellingen die gebaseerd zijn op de variabelen vanuit de Theory of Planned Behavior (TPB): attitude, sociale invloed en waargenomen gedragscontrole (Fishbein & Ajzen, 1975). De stellingen over de variabelen van de TPB zijn opgesteld om de gedragsintentie van de zorgmedewerkers in kaart te brengen. Des te lager de gedragsintentie, des kleiner de kans dat de zorgmedewerkers de Qwiek.up inzetten. De Cronbach’s alpha van deze stellingen varieert van 0.39 tot 0.88, waarbij alleen de stellingen van de variabele ‘sociale invloed’ een Cronbach’s alpha lager dan 0.70 hebben. De stellingen over de attitude zijn beschreven aan de hand van de operationalisatie van dat begrip door Fishbein en Ajzen (1985) en Wiekens (2012). Op basis van het onderzoek van Reubsaet, Midden en van Zolingen (2009) zijn de stellingen over de sociale invloed en de waargenomen gedragscontrole geformuleerd. De Cronbach's alpha van de stellingen over de sociale invloed is 0.87 en die van de waargenomen gedragscontrole 0.77. Voorbeelden van stellingen zijn: *“Ik voel druk van mijn collega’s om de Qwiek.up in te zetten”* en *“Ik voel me bekwaam genoeg om de Qwiek.up te gebruiken tijdens de behandeling en begeleiding van cliënten met dementie.”*.

Daarnaast zijn er drie stellingen opgesteld om het gedrag van de zorgmedewerkers ten aanzien van het inzetten van de Qwiek.up te meten. Het betreft hier de stellingen: (1) *“Ik vind dat ik de Qwiek.up vaker kan inzetten wanneer er sprake is van probleemgedrag bij cliënten met dementie”,* (2) *“Ik heb het idee dat ik optimaal gebruikmaak van de Qwiek.up”* en (3) *“Ik vind het lastig om te bepalen wanneer ik de Qwiek.up kan inzetten”*.

Het zesde onderdeel bestaat uit twee stellingen over de mate waarin de Qwiek.up volgens de zorgmedewerkers beschikbaar is op de zorgafdeling waar zij werkzaam zijn. De Cronbach’s alpha van deze stellingen is 0.97. Deze stellingen zijn opgesteld naar aanleiding van het expertinterview. De stellingen zijn: *“Ik heb te allen tijde een Qwiek.up tot mijn beschikking”* en *“De Qwiek.up is voorhanden wanneer ik deze wil gebruiken”*.

Het zevende onderdeel bestaat uit twee open vragen. De eerste open vraag is: *“Wat zou er volgens u voor kunnen zorgen dat zorgmedewerkers van ZuidOostZorg de Qwiek.up vaker gaan inzetten?”*. Deze vraag is opgesteld om erachter te komen wat volgens zorgmedewerkers zou kunnen helpen om het gebruik van de Qwiek.up te optimaliseren. De tweede open vraag is: *“Waar heeft u behoefte aan wanneer het gaat over het gebruiken van de Qwiek.up bij de behandeling en begeleiding van cliënten met dementie?”*. Deze vraag is opgesteld om in kaart te brengen waar zorgmedewerkers behoefte aan hebben wanneer het gaat over het gebruiken van de Qwiek.up, zodat de aanbeveling voor de interventie hierop kan worden afgestemd.

Aan het einde van de enquête werden de zorgmedewerkers bedankt voor hun deelname en kregen zij de mogelijkheid om een e-mailadres in te vullen wanneer zij geïnteresseerd waren in een terugkoppeling van de resultaten van het onderzoek.

Bij het ontwikkelen van de enquête is er gekozen voor het hanteren van een 7-likert schaal voor de stellingen. Hierdoor wordt de variatie van de antwoorden vergroot, waardoor de kans dat het antwoord van de responden dichterbij de werkelijkheid ligt, groter is (Joshi, Kale, Chandel & Pal, 2015). De likertschaal loopt van (1) ‘Helemaal mee oneens’ tot (7) ‘Helemaal mee eens’. In totaal zijn er 66 stellingen waarbij gebruik is gemaakt van de likertschaal. Hiervan zijn 55 stellingen positief geformuleerd en elf stellingen negatief geformuleerd. De negatieve stellingen zijn gehercodeerd zodat de antwoordschalen van elke stelling dezelfde betekenis kregen waardoor de resultaten op dezelfde manier geïnterpreteerd konden worden. Voor een overzicht van alle variabelen met de bijbehorende items, zie bijlage 7.

#### Betrouwbaarheid en validiteit

Om de betrouwbaarheid en validiteit van de digitale enquêtes te waarborgen, zijn de stellingen opgesteld aan de hand van operationalisaties van de variabelen vanuit de literatuur en aan de hand van reeds bestaande vragenlijsten die deze variabelen meten. Deze dienden een Cronbach’s Alpha van 0.70 of hoger te hebben, omdat dit bewijs is voor een voldoende hoge consistentie tussen de stellingen die één variabele meten en hiermee een indicatie is voor een betrouwbare en valide vragenlijst (Baarda et al., 2011). Om te garanderen dat de gemeten variabelen voldoende worden vertegenwoordigd in de vragenlijst, zijn er meerdere stellingen geformuleerd die dezelfde variabele meten. Om de betrouwbaarheid van de enquête in kaart te brengen, is de Cronbach’s alpha van de variabelen berekend. Hieruit is gebleken dat drie variabelen een Cronbach’s alpha lager dan 0.70 hadden: compatibiliteit (DIM), perceived external control (TAM 3) en de sociale invloed (TPB). Dit houdt in dat de stellingen over deze variabelen niet meten wat ze zouden moeten meten en daarmee geen betrouwbare en valide resultaten hebben opgeleverd. Deze variabelen zijn niet meegenomen bij het analyseren en interpreteren van de gegevens.

### 2.3.2 | Onderzoeksprocedure

De enquêtes zijn via de opdrachtgever onder de zorgmedewerkers van Ikenhiem, Lijtehiem, Sinnehiem en de Waadwente verspreid. De opdrachtgever heeft via de mail contact opgenomen met collega’s en heeft hen gevraagd of zij de introductiemail met hierin een link naar de enquête onder alle zorgmedewerkers van de desbetreffende locaties wilden verspreiden. Op deze manier kon de anonimiteit van de zorgmedewerkers worden gewaarborgd. In bijlage 8 is te zien hoe er tijdens het onderzoek rekening is gehouden met de ethische aspecten. In de introductiemail werd het onderzoek en de onderzoekers geïntroduceerd en werden de zorgmedewerkers op de hoogte gesteld van de opdrachtgever, wat diens belangen zijn en over de voorwaarden voor deelname aan het onderzoek. Er werd benadrukt dat deelname vrijwillig en anoniem is en dat het invullen van de enquête ongeveer vijftien minuten zou duren. De zorgmedewerkers gingen akkoord met deze voorwaarden door op de link naar de enquête te klikken. Twee weken na het verspreiden van de enquête is er via de opdrachtgever een herinneringsmail verstuurd voor het invullen hiervan. De zorgmedewerkers die een e-mailadres hebben ingevuld voor een terugkoppeling van de resultaten, hebben hier een e-mail over ontvangen. Na het versturen van de terugkoppeling zijn deze e-mailadressen door de onderzoekers verwijderd. De introductiemail en de herinneringsmail zijn te vinden in bijlage 9.

#### Steekproef

Alle zorgmedewerkers die werkzaam zijn op de locaties Ikenhiem (n=4), Lijtehiem (n=50), Sinnehiem (n=41) en de Waadwente (n=53) zijn aan een meting onderworpen (N=148). De feitelijke steekproef (n=21) was afhankelijk van de mate waarin de zorgmedewerkers akkoord gingen met deelname aan het onderzoek en is hierdoor door (zelf)selectie ontstaan (Brinkman & Oldenhuis, 2016). Van de respondenten is 19% werkzaam op locatie Ikenhiem (n=4), 52,4% op locatie Lijtehiem (n=11), 4,8% op locatie Sinnehiem (n=1) en 23,8% op locatie de Waadwente (n=5). De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 45,7 jaar en varieert van 25 tot 57 jaar. De beroepsfuncties van de respondenten zijn Maatschappelijke Verzorgende Individuele Gezondheidszorg (n=11), Helpende (n=4), Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatrie (n=3), Facilitair woonassistent (n=2), Eerst Verantwoordelijke Verzorgende (n=1) en Welzijnswerker (n=1). De gemiddelde werkweek van de respondenten bedraagt 19,7 uur, zij behandelen gemiddeld vijftien cliënten en ze gebruiken de Qwiek.up gemiddeld één tot twee keer per week.

#### Non-respons

Om non-respons te voorkomen zijn er verschillende acties ondernomen. Naast het introduceren van het onderzoek via een introductiemail en het benadrukken van de anonimiteit, is er naar gestreefd om de enquête gebruiksvriendelijk te maken door de respondenten via een link naar de enquête te sturen en deze niet langer dan vijftien minuten te laten duren. Ook is na twee weken een herinneringsmail voor het invullen van de enquête naar alle respondenten gestuurd.

De non-respons bedroeg n=127 (85,8% van de totale populatie). Deze hoge non-respons is mogelijk te wijten aan meerdere oorzaken. Door het Coronavirus is er sprake van hoge werkdruk binnen de zorg, waardoor er door de onderzoekers en de opdrachtgever werd verwacht dat zorgmedewerkers weinig tijd zouden hebben om de enquête in te vullen. Hier is regelmatig mailcontact over geweest, zodat er geen onrealistische verwachtingen zouden ontstaan over de respons. Daarnaast zouden factoren als ‘onderzoeksmoeheid’ of ‘geen zin’ oorzaken kunnen zijn. Een derde oorzaak is wellicht de volgorde waarin de enquête is opgesteld. Aan het begin van de meting stonden de algemene vragen aan het einde van de enquête. Het viel op dat respondenten alleen de eerste paar blokken met stellingen invulden en daarna hun deelname beëindigen. Van deze respondenten konden de wel verkregen resultaten niet worden gekoppeld aan de leeftijd, functie en bijvoorbeeld de locatie waarop zij werkzaam waren. Hierdoor konden zij niet worden meegenomen in de feitelijke steekproef. Er is daarom een week later besloten om de algemene vragen naar het begin van de enquête te verplaatsen. Het veranderen van de volgorde heeft geholpen bij het verhogen van de respons en bij het volledig invullen van de enquête.

### 4.3.3 | Data-analyse digitale enquête

De verzamelde gegevens zijn op kwantitatieve wijze geanalyseerd in het verwerkingsprogramma SPSS. De drie stellingen die zijn opgesteld om het gedrag van de zorgmedewerkers ten aanzien van het inzetten van de Qwiek.up te meten, hebben de basis gevormd voor de analyse. Op deze manier kon er onderscheid kon worden gemaakt tussen: (1) zorgmedewerkers die vinden dat zij de Qwiek.up vaker kunnen inzetten (subgroep 1a) en zorgmedewerkers die dit niet vinden (subgroep 1b), (2) zorgmedewerkers die vinden dat ze de Qwiek.up niet optimaal gebruiken (subgroep 2a) en zorgmedewerkers die dit wel vinden (subgroep 2b) en (3) zorgmedewerkers die het lastig vinden om te bepalen wanneer ze de Qwiek.up kunnen inzetten (subgroep 3a) en zorgmedewerkers die dit niet vinden (subgroep 3b).

Zorgmedewerkers die (1) ‘helemaal mee oneens’, (2) ‘mee oneens’ of (3) ‘een beetje mee oneens’ hebben ingevuld op de eerste gedragsstelling, vallen onder subgroep 1a. Zorgmedewerkers die (5) ‘een beetje mee eens’, (6) ‘mee eens’ of (7) ‘helemaal mee eens’ hebben ingevuld op de eerste gedragsstelling, vallen onder subgroep 1b. Op deze manier zijn ook subgroepen 2a en 2b voor de tweede gedragsstelling en subgroepen 3a en 3b voor de derde gedragsstelling ontstaan. De respondenten die een (4) ‘niet mee oneens/niet mee eens’ hebben ingevuld, vallen buiten de subgroepen en zijn niet meegenomen in de analyse.

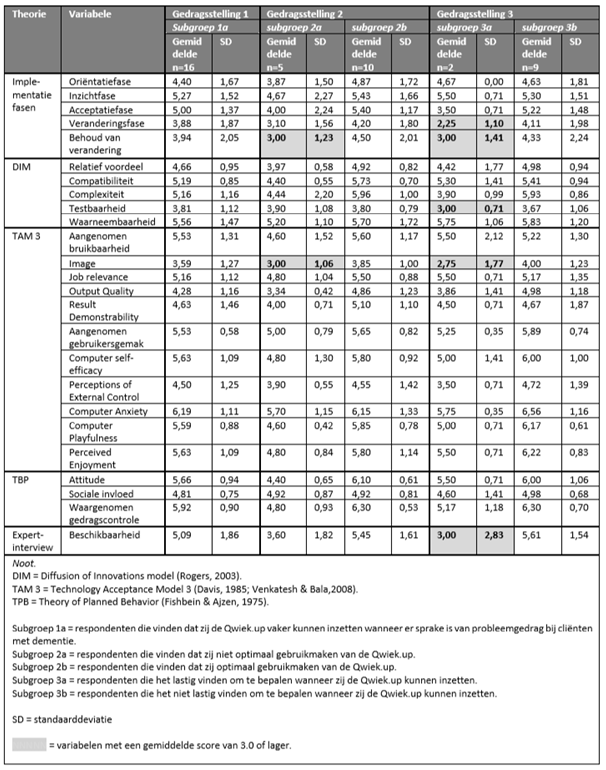
Voor de analyse zijn alle items van één variabele bij elkaar opgeteld en zijn voor alle subgroepen de gemiddelden op de variabelen en de standaarddeviaties berekend. Om te bepalen welke variabelen een rol spelen bij het inzetten van de Qwiek.up, is gekeken naar de variabelen met een gemiddelde van 1.0 tot en met 3.0. Des te lager het gemiddelde, des te meer de variabele een rol speelt bij het inzetten van de Qwiek.up.

De gegevens van de open vragen zijn kwalitatief geanalyseerd. Per open vraag zijn de antwoorden samengevoegd en is er gekeken tot in hoeverre deze met elkaar overeenkwamen. Vervolgens zijn de met elkaar overeenkomende antwoorden gecodeerd aan de hand van een kleur (rood, blauw, geel, groen en paars) waardoor clusters zijn ontstaan. Alle gegevens met dezelfde code zijn samengevoegd en er is per code gekeken naar de frequentie van de gegeven antwoorden.

### 4.3.4 | Resultaten digitale enquête

De resultaten van de enquête zijn samengevoegd in tabel 4.3.4.1. Hierin staan de gemiddelden en standaarddeviaties van de variabelen van de implementatiefases, het DIM, de TPB en het TAM 3, uitgesplitst per gedragsstelling, per subgroep. Subgroep 1b is niet opgenomen in de tabel omdat deze groep uit 0 respondenten bestaat.

**Tabel 4.3.4.1**  *Frequentieverdeling van de variabelen per subgroep*



Tabel 4.3.4.1 toont aan dat respondenten die vinden dat zij de Qwiek.up vaker kunnen inzetten (subgroep 1a, n=16), gemiddeld tussen 3,59 en 6,19 scoren op de variabelen. Er zijn geen respondenten die vinden dat zij de Qwiek.up niet vaker kunnen inzetten (subgroep 1b, n=0).

Respondenten die het idee hebben dat ze niet optimaal gebruikmaken van de Qwiek.up (subgroep 2a, n=5), scoren gemiddeld een 3,00 (*SD*=1,23) op de implementatiefase ‘behoud van verandering’ en een 3,00 (*SD*=1,06) op de externe variabele ‘image’ van de variabele aangenomen bruikbaarheid (TAM 3). De gemiddelden op de overige variabelen liggen tussen 3,10 en 5,70. De respondenten die het idee hebben dat zij hier wel optimaal gebruik van maken (subgroep 2b, n=10), scoren gemiddeld tussen 3,80 en 6,30 op de variabelen.

Respondenten die het lastig vinden om te bepalen wanneer zij de Qwiek.up kunnen inzetten (subgroep 3a, n=2), scoren gemiddeld 2,25 (*SD*=1,10) op de implementatiefase ‘veranderingsfase’ en een 3,00 (*SD*=1,41) op de implementatiefase ‘behoud van verandering’. De gemiddelden op de overige variabelen liggen boven tussen 3,50 en 5,75. Respondenten die dit niet lastig vinden (subgroep 3b, n=9), scoren gemiddeld tussen 3,67 en 6,56 op de variabelen.

De volgende resultaten zijn tot stand gekomen na het analyseren van de twee open vragen. Op de vraag: *“Wat zou er volgens u voor kunnen zorgen dat de Qwiek.up vaker wordt ingezet?”*, is door de meerderheid van de respondenten aangegeven dat een cursus of training over de Qwiek.up, hoe deze werkt en wat de toepasmogelijkheden hiervan zijn, zou kunnen helpen bij het stimuleren van het gebruik. Een respondent beantwoordt het volgende: *“Meer scholingen geven zodat iedereen weet hoe de Qwiek.up werkt. Vele collega’s weten dit niet”*. Een andere respondent antwoordt: *“Een cursus hierover geven. Zodat je precies weet hoe, wat en wanneer het te gebruiken”*. De overige respondenten geven aan dat het delen van ervaringen over werken met de Qwiek.up en de voordelen die het heeft voor de cliënten met collega’s, het enthousiasme over de Qwiek.up zou kunnen stimuleren en dat hiermee het gebruik zou kunnen worden geoptimaliseerd: *“Dat de medewerkers zien dat het een positieve bijdrage levert aan de zorgvrager. Dat collega’s gaan bespreken wat de positieve bijdrage het levert voor de rust”*. Daarnaast komt naar voren dat het wenselijk is om zorgmedewerkers die positieve ervaringen hebben met werken met de Qwiek.up, te betrekken bij de training, zodat zij hun enthousiasme kunnen overbrengen aan de zorgmedewerkers die de training volgen: “*Ik denk dat als je de Qwiek.up wilt promoten bij de medewerkers, je een aantal gemotiveerde medewerkers de cursus moet laten volgen. Zodat zij hun enthousiasme kunnen overbrengen naar de rest van het personeel op de afdeling”*.

Op de vraag: *“Waar heeft u behoefte aan als het gaat om het gebruiken van de Qwiek.up?”*, is door de meerderheid van de respondenten aangegeven dat ze behoefte hebben aan een training over hoe en op welke momenten de Qwiek.up toegepast kan worden. De overige respondenten gaven verschillende antwoorden. Zo gaf een respondent aan behoefte te hebben aan duidelijke rapportage in het zorgplan van cliënten over wat wel en niet werkt met de Qwiek.up. Een andere respondent gaf aan dat er behoefte is aan het vaker inzetten van de Qwiek.up bij cliënten individueel in plaats van op een groep cliënten. Weer een andere respondent gaf aan dit juist andersom te willen. Tot slot was er een respondent die aangaf behoefte te hebben aan het delen van de voordelen van de Qwiek.up en (praktijk)ervaringen met collega’s.

### 4.3.5 | Conclusie digitale enquête

Op basis van de resultaten blijken de volgende factoren een rol te spelen bij het gebruik van de Qwiek.up door de zorgmedewerkers die aangeven deze niet optimaal te gebruiken (subgroep 2a): de implementatiefase ‘behoud van verandering’ en de externe variabele ‘image’. Bij de zorgmedewerkers die het lastig vinden om te bepalen wanneer zij de Qwiek.up kunnen inzetten (subgroep 3a), blijken de implementatiefasen ‘veranderingsfase’ en ‘behoud van verandering’, de externe variabele ‘image’, het kenmerk ‘testbaarheid’ en de beschikbaarheid van de Qwiek.up een rol te spelen bij het gebruik.

Beide subgroepen scoren laag op de fase ‘behoud van verandering’. Dit houdt volgens deze zorgmedewerkers in dat zij onvoldoende ondersteuning van ZuidOostZorg hebben ontvangen om de Qwiek.up consequent in te zetten. Dit kan tot gevolg hebben dat zij de Qwiek.up minder snel accepteren en eerder terugvallen in oude werkroutines en daardoor de Qwiek.up niet consequent inzetten (Rogers, 2003; Van der Zwet & de Groot, 2018). Het onvoldoende krijgen van ondersteuning zou een oorzaak kunnen zijn voor het feit dat de zorgmedewerkers vinden dat ze niet optimaal gebruikmaken van de Qwiek.up en het lastig vinden om te bepalen wanneer zij deze kunnen inzetten.

Beide subgroepen scoren ook laag op de externe variabele ‘image’ van de variabele aangenomen bruikbaarheid (TAM 3). De aangenomen bruikbaarheid beïnvloedt de gedragsintentie en daarmee het daadwerkelijke gebruik van de Qwiek.up (Davis, 1985). Aangezien de andere externe variabelen van aangenomen bruikbaarheid en de aangenomen bruikbaarheid zelf volgens de zorgmedewerkers geen rol spelen bij het gebruik, kan worden geconcludeerd dat de externe variabele image geen grote invloed uitoefent op de aangenomen bruikbaarheid en daarmee geen rol speelt bij het gebruik van de Qwiek.up.

Daarnaast is gebleken dat de zorgmedewerkers die het lastig vinden om te bepalen wanneer zij de Qwiek.up kunnen inzetten (3a), laag scoren op de ‘veranderingsfase’. Dit houdt in dat deze zorgmedewerkers vinden dat zij onvoldoende de mogelijkheid hebben gehad om met de Qwiek.up te kunnen experimenteren, de vereiste vaardigheden voor het inzetten onvoldoende hebben aangeleerd en onvoldoende feedback hebben ontvangen over het toepassen van de Qwiek.up. Dit kan tot gevolg hebben dat de zorgmedewerkers de Qwiek.up niet consequent inzetten. Tevens kunnen dit oorzaken zijn voor het feit dat de zorgmedewerkers het lastig vinden om te bepalen wanneer zij de Qwiek.up kunnen inzetten.

Daarnaast scoort deze subgroep laag op het kenmerk ‘testbaarheid’ (DIM), wat refereert naar de mogelijkheid om met de Qwiek.up te kunnen experimenteren om ervaring op te doen. Zij hebben aangeven deze mogelijkheid belangrijk is voor hun besluitvorming om de Qwiek.up te gebruiken, maar dat zij deze mogelijkheid onvoldoende hebben gehad. Het niet kunnen testen van de Qwiek.up heeft invloed op de acceptatie hiervan door zorgmedewerkers en daarmee op het gebruik (Rogers, 2003).

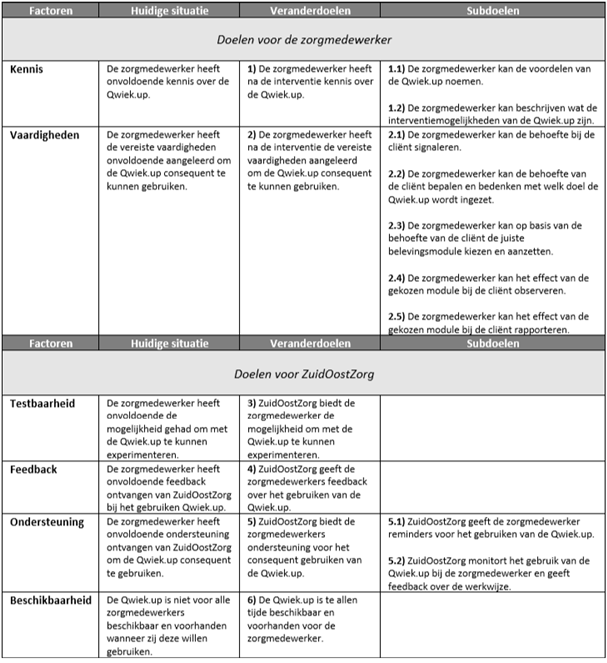
Tot slot blijkt de beschikbaarheid van de Qwiek.up een rol te spelen bij het gebruik door zorgmedewerkers die het lastig vinden om te bepalen wanneer zij de Qwiek.up kunnen inzetten. Als de Qwiek.up niet beschikbaar is, wordt deze volgens de medewerker van Qwiek BV minder snel gepakt en toegepast.

Uit de analyse van de kwalitatieve gegevens is gebleken dat het gebruik van de Qwiek.up volgens de zorgmedewerkers kan worden geoptimaliseerd aan de hand van een cursus of training over hoe de Qwiek.up werkt, wat de voordelen zijn en wat de toepasmogelijkheden zijn. Wat volgens de zorgmedewerkers onderdeel van deze training dient te zijn, is de aanwezigheid van zorgmedewerkers die enthousiast zijn over de Qwiek.up en die hun positieve ervaringen kunnen delen met de zorgmedewerkers die de training volgen. Op deze manier kan enthousiasme over de Qwiek.up  worden overgedragen. Dit vergroot volgens de zorgmedewerkers de kans dat de Qwiek.up wordt ingezet. Uit het literatuuronderzoek (Hoogendam & Linger, 2010; Wensing & Grol, 2017) blijkt dat het overdragen van enthousiasme over een interventie door de organisatie, belangrijk is voor het creëren van draagvlak en van positieve invloed is op de attitude ten opzichte van de innovatie (Fischbein & Ajzen, 1975).

## 4.4 | Veranderdoelen

In hoofdstuk 3 is het gewenste gedrag vastgesteld wat door middel van de interventie dient te worden bereikt. Om het gewenste gedrag te bereiken zijn op basis van de resultaten van de digitale enquête veranderdoelen opgesteld (zie tabel 4.4.1). Hierbij wordt er onderscheid gemaakt tussen veranderdoelen die gericht zijn op de zorgmedewerkers en veranderdoelen die gericht zijn op ZuidOostZorg.

**Tabel 4.4.1** *Veranderdoelen voor de optimalisatie van het gebruik van de Qwiek.up*



Voor het concretiseren van de vereiste vaardigheden bij het tweede veranderdoel, is gebruikgemaakt van informatie uit het expertinterview. Volgens de expert zijn (1) het signaleren van een behoefte bij een cliënt, (2) het bepalen van de behoefte van de cliënt, (3) het aanzetten van de Qwiek.up met de juiste module, (4) het observeren van het effect en (5) het rapporteren van het effect, vaardigheden die nodig zijn om de Qwiek.up consequent te kunnen toepassen tijdens de verzorging en ondersteuning van cliënten met dementie. Op basis van deze vaardigheden zijn de subdoelen voor dit veranderdoel opgesteld. Voor het concretiseren van het vijfde veranderdoel is gebruikgemaakt van de informatie uit het literatuuronderzoek. Bij de implementatiefase ‘behoud van verandering’ kan de organisatie de consistentie toepassing van een innovatie bevorderen en ondersteuning bieden door de gebruikers reminders te geven voor het gebruiken van de innovatie en door het gebruik hiervan te monitoren en de gebruikers te voorzien van feedback (Stals, 2012; Grol & Wensing, 2017). Op basis van deze informatie zijn de subdoelen voor dit veranderdoel opgesteld.

# 5 | Stap 3: Theoretische modellen en praktische toepassingen

Bij de derde stap van IM is er in de literatuur gekeken naar bestaande interventies of interventiemethoden die toegepast zouden kunnen worden om de opgestelde veranderdoelen en daarmee het gewenste gedrag te bereiken. Daarnaast is gekeken of er gebruikgemaakt kon worden van de bestaande interventies van Qwiek BV die het gebruik van de Qwiek.up kunnen stimuleren. In dit hoofdstuk wordt per veranderdoel beschreven welke interventies toegepast kunnen worden en/of welke acties ZuidOostZorg kan ondernemen om dit veranderdoel te behalen. Tot slot volgt de conclusie waarin er antwoord wordt gegeven op de onderzoeksvraag.

De eerste twee veranderdoelen zijn gericht op de zorgmedewerkers en zouden behaald kunnen worden via een training. Binnen deze training dient er aandacht te worden besteed aan het aanleren van kennis over de voordelen en interventiemogelijkheden van de Qwiek.up en aan het aanleren van de vereiste vaardigheden voor het consequent gebruiken.

Het eerste veranderdoel zou kunnen worden bereikt door de zorgmedewerkers in groepen te verdelen en hen te laten brainstormen over de voordelen van de Qwiek.up. Door te brainstormen krijgen alle groepsleden de mogelijkheid om iets in te brengen, waardoor zij kunnen voortbouwen op elkaars inbreng en de opbrengst groter wordt (Van de Westelaken, Peters & Kieft, 2011). Daarnaast vergroot brainstormen de interactie tussen de groepsleden. Tijdens de training zouden de interventiemogelijkheden van de Qwiek.up aangeleerd kunnen worden met behulp van video’s over deze interventiemogelijkheden die op de website van Qwiek BV staan. Als de informatie uit de video’s aansluit op het te behalen doel, kunnen deze bijdragen aan het verhogen van het kennisniveau van de zorgmedewerkers (Wijnker & Bos, 2018).

Voor het behalen van het tweede veranderdoel zou gebruikgemaakt kunnen worden van het vijfstappenplan van Vilans (zie 4.4) dat door Qwiek BV is ontwikkeld. Door de zorgmedewerkers met behulp van dit stappenplan te laten bedenken hoe, waarom en bij wie de Qwiek.up ingezet kan worden, kunnen zij leren om de Qwiek.up consequent in te zetten, zodat het een waardevolle interventie wordt voor de cliënt.

De derde, vierde, vijfde en zesde veranderdoelen zijn gericht op ZuidOostZorg en kunnen elk middels verschillende acties door de organisatie behaald worden. Voor het behalen van het derde veranderdoel is het aan ZuidOostZorg om voor zorgmedewerkers de mogelijkheid te creëren om met de Qwiek.up te kunnen experimenteren, zodat zij ervaring op kunnen doen. Wanneer ZuidOostZorg zou besluiten om een training te ontwikkelen waarin de zorgmedewerkers de vereiste kennis en vaardigheden aangeleerd krijgen, kan deze training de mogelijkheid bieden om met de Qwiek.up te kunnen experimenteren. Hierbij zou ter ondersteuning gebruikgemaakt kunnen worden van de gebruikershandleiding van de Qwiek.up, die door Qwiek BV is ontwikkeld (Qwiek, 2020a).

Het vierde veranderdoel heeft betrekking op het geven van feedback aan zorgmedewerkers over het toepassen van de Qwiek.up. ZuidOostZorg zou hiervoor kunnen gebruikmaken van het feedbackmodel van Hattie en Timperley (2007), waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen feed up (wat is het gewenste gedrag), feedback (wat is de huidige prestatie ten aanzien van het gewenste gedrag) en feed forward (welke stappen kunnen gezet worden om de gewenste situatie te bereiken). Deze manier van feedback geven vergroot de motivatie en betrokkenheid bij de zorgmedewerkers voor het bereiken van het gewenste gedrag (Hattie & Timperley, 2007). Tevens zou het geven van feedback over het gebruik onderdeel kunnen zijn van de bovenbeschreven training.

Het vijfde veranderdoel heeft betrekking op het geven van ondersteuning aan zorgmedewerkers voor het consequent gebruiken van de Qwiek.up. Dit zou ZuidOostZorg kunnen doen door reminders te geven voor het gebruiken van de Qwiek.up aan de hand van posters die binnen de zorglocatie opgehangen kunnen worden (Wensing & Grol, 2017). Daarnaast kan ZuidOostZorg het consequente gebruik bevorderen door het gebruik van de Qwiek.up bij de zorgmedewerkers te monitoren door te observeren, te evalueren door met de zorgmedewerkers in gesprek te gaan en de zorgmedewerkers hierbij te voorzien van feedback.

Voor het behalen van het zesde veranderdoel is het aan ZuidOostZorg om ervoor te zorgen dat de Qwiek.up te allen tijde voor de zorgmedewerkers beschikbaar en voorhanden is op de zorgafdeling waar zij werkzaam zijn. Dit zou ZuidOostZorg kunnen doen door binnen de locaties Ikenhiem, Lijtehiem, Sinnehiem en de Waadwente te kijken hoeveel Qwiek.ups er aanwezig zijn en te kijken waar deze staan opgeborgen.

## 5.1 | Conclusie

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt: *“Hoe kan het gebruik van de Qwiek.up door zorgmedewerkers als belevingsgerichte zorg ondersteunend product bij de verzorging en ondersteuning van cliënten met dementie binnen ZuidOostZorg geoptimaliseerd worden op de locaties Ikenhiem, Lijtehiem, Sinnehiem en de Waadwente, opdat deze consequent door zorgmedewerkers wordt ingezet?”*.

Op basis van alle verzamelde gegevens kan worden geconcludeerd dat ZuidOostZorg het gebruik van de Qwiek.up kan optimaliseren door een training te geven aan de zorgmedewerkers die gericht is op het aanleren van kennis over de Qwiek.up, de voordelen hiervan en de toepasmogelijkheden. Deze training dient ook gericht te zijn op het aanleren van vaardigheden die nodig zijn om de Qwiek.up consequent te kunnen inzetten, zoals (1) het signaleren van een behoefte bij een cliënt, (2) het bepalen van de behoefte van de cliënt, (3) het aanzetten van de Qwiek.up met de juiste module, (4) het observeren van het effect en (5) het rapporteren van het effect. Door ervaren zorgmedewerkers die enthousiast zijn over de Qwiek.up bij de training te betrekken, kan dit enthousiasme worden overgedragen op zorgmedewerkers die de training volgen. Het overdragen van enthousiasme is belangrijk voor het creëren van draagvlak en draagt bij aan het creëren van een positieve attitude over de Qwiek.up, waardoor deze eerder door de zorgmedewerkers zal worden ingezet (Hoogendam & Linger, 2010; Wensing & Grol, 2017; Fischbein & Ajzen, 1975).

Daarnaast kan ZuidOostZorg het gebruik optimaliseren door verschillende activiteiten uit te voeren. Ten eerste door de zorgmedewerkers de mogelijkheid te bieden om met de Qwiek.up te kunnen experimenteren, zodat zij ervaring kunnen opdoen. Wanneer de zorgmedewerkers de Qwiek.up kunnen testen, zullen ze deze eerder accepteren en gebruiken (Van der Zwet & de Groot, 2018). Ten tweede door de zorgmedewerkers te ondersteunen bij het gebruiken van de Qwiek.up. Dit kan door de zorgmedewerkers via reminders te herinneren aan het gebruik, het gebruik te monitoren door te observeren en het gebruik te evalueren door met zorgmedewerkers in gesprek te gaan en hen hierbij te voorzien van feedback. Door de zorgmedewerkers op deze manier te ondersteunen, zullen zij de Qwiek.up eerder accepteren en minder snel terugvallen in oude werkroutines (Van der Zwet & de Groot, 2018). Tot slot kan ZuidOostZorg het gebruik van de Qwiek.up optimaliseren door ervoor te zorgen dat de Qwiek.up te allen tijde beschikbaar en voorhanden is op de zorgafdeling waar de zorgmedewerkers werkzaam zijn. Volgens de geïnterviewde expert zal de Qwiek.up eerder worden gebruikt door de zorgmedewerkers wanneer deze beschikbaar en voorhanden is.

# 6 | Discussie

Binnen dit onderzoek is er vanuit drie verschillende onderzoeksmethoden informatie verzameld om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van factoren die een rol spelen bij het gebruik van de Qwiek.up. In dit hoofdstuk wordt er kritisch teruggekeken op het onderzoeksproces en worden zowel sterke punten als beperkingen van het onderzoek beschreven.

Een sterk punt van dit afstudeeronderzoek is het feit dat het ondanks het Coronavirus en de verwachting dat het niet mogelijk zou zijn, toch gelukt is om de zorgmedewerkers direct bij het onderzoek te betrekken. Dit is een belangrijk onderdeel van IM, zodat er niet alleen op basis van theoretisch bewijs, maar ook op basis van ervaringen en behoeften vanuit de praktijk informatie wordt verzameld. Door de zorgmedewerkers te onderwerpen aan de digitale enquête, konden de factoren die volgens hen een rol spelen bij het gebruik in kaart worden gebracht. Dit heeft geresulteerd in een gerichte aanbeveling aan ZuidOostZorg voor het ontwikkelen van een interventie die deze factoren beïnvloedt, zodat het gebruik van de Qwiek.up kan worden geoptimaliseerd.

Er dient echter te worden opgemerkt dat slechts 21 van de in totaal 148 zorgmedewerkers van de vier locaties hebben deelgenomen aan het onderzoek. Deze hoge non-respons is mogelijk voornamelijk te wijten aan de verhoogde druk in de zorg door het Coronavirus. Daarnaast is de feitelijke steekproef ontstaan door zelfselectie. Hierdoor is de samenstelling van de steekproef wellicht gebaseerd op zorgmedewerkers die meer tijd hadden om de enquête in te vullen, geïnteresseerd waren in dit onderzoek of vaak in hun mail kijken. Hierdoor was er geen controle op het selectieproces en is de kans aanwezig dat zorgmedewerkers over- of ondervertegenwoordigd waren in de steekproef (Brinkman & Oldenhuis, 2016). Door de hoge non-respons en de zelfselectie vormt de steekproef geen goede afspiegeling van de populatie. Daarnaast gelden de resultaten maar voor een klein aantal zorgmedewerkers die hebben deelgenomen, waardoor deze niet gegeneraliseerd kunnen worden naar de populatie. Dit vormt een beperking binnen dit onderzoek.

Een tweede beperking van dit onderzoek is het feit dat de resultaten van alle vier locaties zijn samengenomen, terwijl de factoren die een rol spelen bij het gebruik per locatie kunnen verschillen. De verdeling van de reacties is ongelijkmatig en de respons is zodanig laag, dat de gegevens niet per locatie konden worden geanalyseerd. Er kan daarom worden betwijfeld of de gevonden resultaten representatief zijn. Om betrouwbare en valide uitspraken per locatie te kunnen doen, wordt voor vervolgonderzoek aanbevolen om de enquête opnieuw onder de zorgmedewerkers te verspreiden op het moment dat de druk in de zorg is afgenomen. Er wordt verwacht dat het aantal reacties op de enquête dan zal toenemen, omdat de zorgmedewerkers meer tijd hebben om deze in te vullen.

De digitale enquête heeft echter aanpassingen nodig voordat deze opnieuw kan worden verspreid. De variabelen compatibiliteit (DIM), perceived external control (TAM 3) en de sociale invloed (TPB) bleken een Cronbach’s Alpha van lager dan 0.70 te hebben, wat een indicatie is voor een lage betrouwbaarheid en validiteit. De gegevens over deze variabelen konden hierdoor niet worden meegenomen in de resultaten, terwijl het mogelijk is dat deze variabelen een rol spelen bij het gebruik van de Qwiek.up. Er wordt daarom voor vervolgonderzoek aangeraden om te onderzoeken hoe de stellingen van deze variabelen opnieuw geformuleerd kunnen worden om de betrouwbaarheid en validiteit te kunnen garanderen.

Daarnaast dient er bij de enquête opnieuw te worden gekeken naar de drie gedragsstellingen die zijn opgesteld om het gedrag van de zorgmedewerkers ten aanzien van het gebruiken van de Qwiek.up in kaart te brengen. Deze gedragsstellingen vormen een beperking binnen dit onderzoek. De enquête meet de perceptie van de zorgmedewerkers ten aanzien van de stellingen en meet niet het daadwerkelijke gedrag. Er kan een verschil zitten tussen wat de zorgmedewerkers denken dat zij doen en wat zij daadwerkelijk doen. De gedragsstellingen zijn daarmee niet betrouwbare en valide stellingen om het daadwerkelijke gedrag van de zorgmedewerkers te meten. Om dit gedrag wel te meten, wordt aan ZuidOostZorg aanbevolen om te observeren hoe de zorgmedewerkers in de praktijk met de Qwiek.up werken. Op deze manier kan concreet in kaart worden gebracht welke zorgmedewerkers nog niet optimaal gebruikmaken van de Qwiek.up en wat hier de reden voor kan zijn, zoals bijvoorbeeld het niet kunnen signaleren van probleemgedrag bij de cliënt. Hier is binnen dit onderzoek geen aandacht aan besteed, terwijl dit wel een belangrijke vaardigheid is voor het gebruiken van de Qwiek.up. Voor vervolgonderzoek wordt aanbevolen om te onderzoeken of het niet kunnen signaleren van probleemgedrag een mogelijke oorzaak is voor de onvolledige inzet van de Qwiek.up.

Ondanks de beperkingen, draagt dit onderzoek mogelijk bij aan het optimaliseren van het gebruik van de Qwiek.up door de zorgmedewerkers. Het heeft inzicht geboden in factoren die volgens de zorgmedewerkers een rol spelen bij het gebruiken van de Qwiek.up. Als deze factoren beïnvloedt kunnen worden middels de interventie, zou het gebruik van de Qwiek.up door zorgmedewerkers geoptimaliseerd kunnen worden. Op het moment dat de Qwiek.up op alle locaties consequent wordt ingezet, kan ZuidOostZorg effectonderzoek uitvoeren naar de Qwiek.up en hiermee in kaart brengen tot in hoeverre het toepassen hiervan voordelen biedt voor zowel cliënten, zorgmedewerkers als ZuidOostZorg.

# 7 | Aanbeveling

Er wordt ZuidOostZorg aanbevolen om een interventie te ontwikkelen die het gebruik van de Qwiek.up kan optimaliseren. Deze interventie bestaat allereerst uit een training voor de zorgmedewerkers waarin zij de vereiste kennis en vaardigheden aangeleerd krijgen om de Qwiek.up consequent in te zetten. Er wordt aangeraden om ervaren zorgmedewerkers die enthousiast zijn over de Qwiek.up, te betrekken bij deze training. Daarnaast bestaat de interventie uit activiteiten die ZuidOostZorg kan ondernemen om het gebruik te optimaliseren. Deze activiteiten hebben betrekking op het bieden van de mogelijkheid aan zorgmedewerkers om de Qwiek.up te kunnen testen, op het ondersteunen van de zorgmedewerkers bij het gebruik en op het beschikbaar stellen de Qwiek.up op de zorgafdelingen.

Daarnaast wordt aanbevolen om voor het ontwikkelen van de interventie contact op te nemen met Qwiek BV. Uit het expertinterview is gebleken dat Qwiek BV nauw betrokken is bij het implementatieproces van de Qwiek.up en dat zij verschillende interventies en hulpmiddelen hebben ontwikkeld om het gebruik van de Qwiek.up te stimuleren. Zo verzorgt Qwiek BV zelf trainingen en workshops aan zorgmedewerkers waarin zij de vereiste kennis en vaardigheden aangeleerd krijgen om de Qwiek.up consequent te kunnen toepassen. Daarnaast stellen zij op hun website een handleiding van de Qwiek.up, evaluatieformulieren en het vijfstappenplan van Vilans beschikbaar om een consistente toepassing van de Qwiek.up door zorgmedewerkers te bevorderen. Voor het ontwikkelen van de interventie zou ZuidOostZorg in overleg of in samenwerking met Qwiek BV kunnen gebruikmaken van deze interventies. Er dient wel kritisch te worden onderzocht of deze interventies daadwerkelijk kunnen voorzien in het bereiken van de opgestelde veranderdoelen.

Wanneer de interventies van Qwiek BV niet kunnen voorzien in het behalen van de veranderdoelen, wordt ZuidOostZorg aanbevolen om zelf onderzoek te doen naar het ontwikkelen van de interventie aan de hand van IM. Voor het ontwerpen, implementeren en evalueren hiervan, kan ZuidOostZorg voortborduren op dit onderzoek door stappen vier, vijf en zes te doorlopen.

# Literatuurlijst

* Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*, 179-211.
* Alzheimer Nederland (2020*). Factsheet cijfers en feiten over dementie*. Geraadpleegd op 23-02-2020, van: [https://www.alzheimer-nederland.nl/factsheet-cijfers-en-feiten-over-dementie](https://eur01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.alzheimer-nederland.nl%2Ffactsheet-cijfers-en-feiten-over-dementie&data=02%7C01%7Cmi.toering%40st.hanze.nl%7C165c3de3ae434a470d1508d7d170ac8b%7Ca3b390147adc48faa11437c2434dbd69%7C0%7C0%7C637208154162659104&sdata=21MQepFn90Y4%2Bw%2FkCLQZ6wFRvILIbndUdkS0tzfW4Hk%3D&reserved=0)
* Alzheimer Nederland. (2019). *Factsheet cijfers en feiten over dementie*. Geraadpleegd op 20 februari 2020, van:<https://www.alzheimer-nederland.nl/factsheet-cijfers-en-feiten-over-dementie>
* Armitage, M. & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta‐analytic review. *The British Journal of Social Psychology, 40*(2), 471-99.
* Aronson, E., Wilson, T. D., & Akert, R. M. (2011). Sociale Psychologie. (7e editie). Amsterdam: Pearson Benelux B.V.
* Atkinson, N. L. (2007). Developing a questionnaire to measure perceived attributes of eHealth innovations. *American Journal of Health Behavior*, *31*(6), 612-621.
* Baarda, B., van der Hulst, M., & de Goede, M. (2012). *Basisboek interviewen:* Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews. (3e druk). Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.
* Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., & Kok, G. (1998). Intervention mapping: a process for developing theory and evidence-based health education programs. *Health education & behavior*, *25*(5), 545-563.
* Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H., & Fernández, M. E. (2011). *Planning health promotion programs: An intervention mapping approach* (3e editie). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
* Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care. *Jama*, *289*(15), 1969-1975.
* Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Denken en doen.
* Brinkman, J. (2017). *Voor de verandering*. (6e druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
* Brinkman, J. H. M., & Oldenhuis, H. K. E. (2016). *Cijfers spreken: overtuigen met onderzoek en statistiek*. Noordhoff Uitgevers.
* Davis, F. D. (1985)A technology acceptance model for empirically testing new end-user information systems: theory and results. *Doctoral dissertation, MIT Sloan School of management*, Massachusetts institute of technology.
* De Veer, A. J. E., & Francke, A. L. (2009). *Ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden met nieuwe technologieën in de zorg: resultaten van de peiling onder de leden van het panel Verpleging en Verzorging.* Utrecht: NIVEL.
* Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude intention and behavior: An introduction tot theory and research*. Reading: Addison-Wesley.
* Fishbein, M., Hennessy, M. & Douglas, J. (2003). Can we explain why some people do and some people do not act on their intentions? *Psychology, Health and Medicine, 8*, 3-18.
* Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature.* Tampa: University of South Florida, The National Implementation Research Network.
* Gitlin, L. N., Kales, H. C., & Lyketsos, C. G. (2012). Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia*.* *JAMA, 308*(19), 2020–2029.
* Haider, M., & Kreps, G. L. (2004). Forty Years of Diffusion of Innovations: Utility and Value in Public Health. *Journal of Health Communication, 2014*(9), 3-11.
* Hanzehogeschool Groningen. (2020). *Enquêtes maken met Enalyzer*. Geraadpleegd op 2 juni 2020, van, <https://www.hanze.nl/nld/onderzoek/kennisontwikkeling/research-support/tools/enquetes/enalyzer>
* Hattie, J., & Timperley, H. (2007). The power of feedback. *Review of educational research, 77*(1), 81-112.
* Holden, R., & Karsh, B-T. (2010). The Technology Acceptance Model: Its past and its future in health care. *Journal of Biomedical Informatics, 43*(1), 159-172
* Hoogendam, A., & Linger, R. J. (2010). *Succesvolle implementatie van sport- en beweegstimuleringsinitiatieven:* literatuuronderzoek en casestudy resulterend in de ontwikkeling van een instrument, de implementatiematrix. School of Human Movement and Sport, Christelijke Hogeschool Windesheim.
* Joshi, A., Kale, S., Chandel, S., & Pal, D. K. (2015). Likert scale: Explored and explained. *British Journal of Applied Science & Technology*, *7*(4), 398.
* Kok, G., Gottlieb, N. H., Peters, G. J. Y., Mullen, P. D., Parcel, G. S., Ruiter, R. A. C., . . . Bartholomew, L. K. (2016). A taxonomy of behaviour change methods: an Intervention Mapping approach, *Health Psychology Review, 10*(3), 297-312
* Kok, G., Peters, G. J., Ruiter, R., Kessels, L., ten Hoor, G., & Mevissen, F. (2013). Zijn er alternatieven voor angstaanjagende voorlichting? Gebruik Intervention Mapping!. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 91*(3), 145-149.
* Lee, T-T. (2004). Nurses’ Adoption of Technology: Application of Rogers’ Innovation-Diffusion Model. *Applied Nursing Reasearch, 4*(17), 231-23.
* Prince, M., & Jackson, J. (2009). *World alzheimer report 2009*. London: Alzheimer’s Disease International, 1-96.
* Prins, M., Heijkants, C., & Willemse, B. (2017). *Trends in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie.* (Monitor Woonvormen Dementie). Geraadpleegd op 10 maart 2020, van: [https://www.trimbos.nl/docs/cf7c0126-5c37-464d-b59a-bf4ebc5a0ca8.pdf](https://eur01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.trimbos.nl%2Fdocs%2Fcf7c0126-5c37-464d-b59a-bf4ebc5a0ca8.pdf&data=02%7C01%7Cmi.toering%40st.hanze.nl%7C165c3de3ae434a470d1508d7d170ac8b%7Ca3b390147adc48faa11437c2434dbd69%7C0%7C0%7C637208154162659104&sdata=aXhPW40AUuIO%2BDZu7wxNTDJhJQkBU%2FmmhKjwFMgOGEQ%3D&reserved=0)
* Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting Clinical Psychology,* *51*, 390-395.
* Qwiek BV (2020a). *De Qwiek.up als interventie*. Geraadpleegd op 22 januari 2020, van:<https://www.qwiek.eu/up>
* Qwiek BV (2020b). *Zorgondersteunende producten voor senioren*. Geraadpleegd op 22 januari 2020, van:<https://qwiek.eu/ouderenzorg>
* Qwiek. (2020a). Handleiding voor de Qwiek.up. Geraadpleegd op 9 juni 2020, van <https://files.qwiek.eu/Stappenplan-v1.3.pdf>
* Qwiek. (2020b). Qwiek.up stappenplan. Geraadpleegd op 9 juni 2020, van <https://files.qwiek.eu/Stappenplan-v1.3.pdf>
* Rammeloo, K. C., Tamminga, S. J., Anema, J. R., & Schellart, A. J. M. (2009). De implementatie van een verzekeringsgeneeskundig protocol. *TBV-Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, 17*(3), 95-102.
* Rauner, M., Kok, G., & Taris, T. (2006). De waarde van Intervention Mapping en de Theory of Planned Behavior voor de effectiviteit van een communicatietraining. *Gedrag & Organisatie 19*(1), 3-21.
* Reubsaet, M. R. E., Midden, C. J. H., & van Zolingen (RJ Ch). (2009). *De theorie van gepland gedrag als model voor het aanschaffen van zonnepanelen door woningbezitters*. Technische Universiteit Eindhoven.
* Rijksoverheid (2020). *Aangescherpte maatregelen om het coronavirus onder controle te krijgen.* Geraadpleegd op 26 maart 2020, van<https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2020/03/23/aangescherpte-maatregelen-om-het-coronavirus-onder-controle-te-krijgen>
* Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of innovations.* New York: The Free Press.
* Shute, V.J. (2008). Focus on Formative Feedback. *Review of Educational Research, 78*(1), 153-189.
* Son, H., Park, Y., Kim, C., & Chou, J.-S. (2012). Toward an understanding of construction professionals' acceptance of mobile computing devices in South Korea. *Automation in Construction, 28*, 82- 90.
* Stals, K. (2012). *De Cirkel is Rond. Onderzoek naar succesvolle implementatie van interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
* Van de Wal, F. (2016). *Onderzoek naar de acceptatie van een technologische innovatie*. (Afstudeerscriptie). Master of Science in Management, Open Universiteit, Leeuwarden
* Van de Westelaken, M., Peters, V., & Kieft, M. (2011). Handout Brainstorm Technieken. Geraadpleegd op 9 juni 2020, van <https://www.researchgate.net/profile/Vincent_Peters/publication/284283603_Handout_Brainstorming_Technieken/links/5650a86f08ae1ef92971fcde.pdf>
* Van der Zwet, R., & De Groot, N. (2018). *Wat werkt bij implementatie van sociale interventies.* Geraadpleegd op 6 april 2020, van: <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Dossier-Wat-werkt-bij-implementatie-sociale-interventies%20%5BMOV-13727541-1.0%5D.pdf>
* Venkatesh, V. (2000). Determinants of perceived ease of use: Integrating perceived behavioral control, computer anxiety and enjoyment into the technology acceptance model. *Information Systems Research, 11*, 342–365.
* Venkatesh, V., & Bala, H. (2008). Technology acceptance model 3 and a research agenda on interventions. *Decision sciences, 39*(2), 273-315.
* Venkatesh, V., & Davis, F. D. (2000). A theoretical extension of the technology acceptance model: Four longitudinal field studies. *Management Science, 46,* 186– 204.
* Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken* (6e druk). Amsterdam: Boom Uitgevers.
* Wensing, M. J. P., & Grol, R. P. T. M. (2017). *Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
* Wiekens, C. J. (2012). *Beïnvloeden en veranderen van gedrag*. (2e druk). Amsterdam: Pearson Benelux B.V.
* Wijnker, W., Bos, R. (2018). Een goede onderwijsvideo dient een helder doel. *NVOX*, 212-213. Geraadpleegd op 23 juni 2020, van <https://www.uu.nl/sites/default/files/publicatie.pdf>
* ZorgInnovatie. (2020). *Qwiek.up.* Geraadpleegd op 9 maart 2020, van: [https://www.zorginnovatie.nl/innovaties/qwiekup](https://eur01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.zorginnovatie.nl%2Finnovaties%2Fqwiekup&data=02%7C01%7Cmi.toering%40st.hanze.nl%7C165c3de3ae434a470d1508d7d170ac8b%7Ca3b390147adc48faa11437c2434dbd69%7C0%7C0%7C637208154162679093&sdata=CWbHMrOUEJbWN%2Fd%2F0WvgsbJ6smahIg2T4M80%2FnXdWUU%3D&reserved=0)
* Zuidema, S. U., Smalbrugge, M., Bil, W. M. E., Geelen, R., Kok, R. M., Luijendijk, H. J., … Vreeken, H. L. (2018). *Multidisciplinaire Richtlijn probleemgedrag bij dementie*. Utrecht: Verenso, NIP.
* ZuidOostZorg. (2019). *Dementie en belevingsgerichte zorg* (Informatiebrochure zorgmedewerkers). Drachten: Auteur.
* ZuidOostZorg. (2020). *Visie en ambitie van ZuidOostZorg.* Geraadpleegd op 22 januari 2020, van<https://www.zuidoostzorg.nl/missie-en-visie>

# Bijlagen

## Bijlage 1 | Literatuurlogboek

In dit literatuurlogboek wordt er aan de hand van de stappen van Verhoeven (2014) voor het zoeken van betrouwbare en relevante literatuur, beschreven hoe er naar bruikbare literatuur is gezocht voor het beantwoorden van twee deelvragen die voor dit onderzoek zijn opgesteld. In dit literatuurlogboek volgt een uitwerking van de stappen één tot en met vier van de methode van Verhoeven (2014).

## Stap 1: Zoekvragen specificeren

|  |  |
| --- | --- |
| Zoekvragen Specificeren | |
| Onderzoeksvragen (zoekvragen) | 1) Wat is er nodig voor het succesvol implementeren van een technologische innovatie binnen een zorginstelling?  2) Welke (gedrags)determinanten kunnen volgens de wetenschappelijke literatuur van invloed zijn op het daadwerkelijke gebruik van een nieuwe technologische innovatie door gebruikers daarvan? |

## Stap 2: Zoekstrategie

|  |  |
| --- | --- |
| Zoekstrategie |  |
| Zoekmachines en Databanken | **Locatie/Webadres** |
| HanzeWorldCat  *Databanken van de Hanzemediatheek* | <https://hanze.on.worldcat.org/search?queryString=> |
| Google Scholar | <https://scholar.google.com/> |
| Psychology and Behavioral Sciences Collection | <http://web.a.ebscohost.com.nlhhg.idm.oclc.org/ehost/search/advanced?vid=0&sid=f1976bb6-e71a-4999-b929-197e39c0f588%40sdc-v-sessmgr01> |
| PsycINFO 1997-current | <http://web.b.ebscohost.com.nlhhg.idm.oclc.org/ehost/search/advanced?vid=0&sid=fed1bb2b-32d1-4185-b580-d9095dc08550%40pdc-v-sessmgr04> |
| SpringerLink platform | <https://link-springer-com.nlhhg.idm.oclc.org/search?facet-language=%22Nl%22&showAll=false&query=&facet-content-type=%22Book%22> |

## Stap 3: Zoektermen en zoekacties

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zoektermen |  |  |
| Deelvragen | **Onderwerpen** | **Mogelijke zoektermen** |
| Deelvraag 1: | Succesvol | Nederlands:  “succesvol” OR “succesvolle” OR “geslaagd” OR “geslaagde”  Engels:  “successful” OR “successfully” |
| Implementeren | Nederlands:  “implementeren” OR “geïmplementeerd” OR “implementatie” OR “implementaties” OR “implementatieonderzoek” OR “implementatieonderzoeken” OR “implementatiekracht”  Engels:  “implement” OR “implemented” OR “implementation” OR “implementations” OR “implementation Research” OR “implementation researches” |
| Implementatieproces | Nederlands:  “implementatiemanagement” OR “implementatieproces” OR “implementatieprocessen”  Engels:  “implementation Power” OR “implementation management” OR “implementation process” OR “implementation processes” |
| Technologische Innovatie | Nederlands:  “technologische innovatie” OR “technologische innovaties” OR “technologische interventie” OR “technologische interventies” OR “innovaties” OR “interventies”  Engels:  “technological innovation” OR “technological innovations” OR “technological intervention” OR “technological interventions” OR “innovations” OR “interventions” |
| Zorginstelling | Nederlands:  “zorginstelling” OR “zorginstellingen” OR “instelling” OR “instellingen” OR “organisatie” OR “organisaties”  Engels:  “institute” OR “institutes” OR “health care institute” OR “health care institutes” OR “organisation” OR “organisations” OR “organization” OR “organizations” |
| Deelvraag 2: | Gedrag | Nederlands:  “gedrag” OR “gedragingen”  Engels:  “behavior” OR “actions” |
| Determinanten | Nederlands:  “determinant” OR “determinanten” OR “kenmerk” OR “kenmerken” OR “factor” OR “factoren” OR “eigenschap” OR “eigenschappen”  Engels:  “determinant” OR “determinants” OR “feature” OR “features” OR “characteristic” OR “characteristics” |
| Beïnvloeden | Nederlands:  “beïnvloeden” OR “beïnvloedt” OR “beïnvloed” OR “beïnvloeding” OR “invloed” OR “influenceren” OR “influenceert”  Engels:  “Influence” OR “affect” |
| Gebruik | Nederlands:  “gebruik” OR “gebruiken” OR “inzet” OR “inzetten” OR “inzetbaarheid” OR “uitvoer” OR “uitvoeren” OR “uitvoering” OR “toepassen” OR “toepassing”  Engels:  “use” OR “using” OR “usage” OR “practice” OR “apply” OR “applying” |
| Technologische innovatie | Nederlands:  “technologische innovatie” OR “technologische innovaties” OR “technologische interventie” OR “technologische interventies” OR “innovaties” OR “interventies”  Engels:  “technological innovation” OR “technological innovations” OR “technological intervention” OR “technological interventions” OR “innovations” OR “interventions” |
| Gebruikers | Nederlands:  “gebruiker” OR “gebruikers”  Engels:  “user” OR “users” |

|  |  |
| --- | --- |
| Zoekfilters, criteria |  |
| Het dient gepubliceerd te zijn in de Engelse of Nederlandse taal. | |
| Het dient recent, oftewel origineel te zijn. | |
| Het dient beschikbaar te zijn in een full-text versie. | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zoekacties |  |  |
| HanzeWorldCat  *Databanken van de Hanzemediatheek*  Deelvraag 1 | | |
| Zoektermen: | Filters (trefwoord, auteur, onderwerp, titel): | Gevonden titels (APA): |
| Effectieve verbetering van de patiëntenzorg | n.v.t. | Wensing, M. J. P., & Grol, R. P. T. M. (2017). *Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum. |
| Diffusion of innovations | n.v.t. | Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of innovations.* New York: The Free Press. |
| Deelvraag 2 | | |
| Zoektermen: | Filters (trefwoord, auteur, onderwerp, titel): | Gevonden titels (APA): |
| voor de verandering Brinkman | boek | Brinkman, J. (2017). *Voor de verandering*. (6e druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers. |
| Efficacy of the theory of planned behavior |  | Armitage, M. & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta‐analytic review. *The British Journal of Social Psychology, 40*(2), 471-99 |
| Uit Rauner, Kok & Taris (2006) komt de zoekterm:  Fishbein, M., Hennessy, M. & Douglas, J. (2003). Can we explain why some people do and  some people do not act on their intentions? Psychology, Health and Medicine, 8, 3-18. |  | Fishbein, M., Hennessy, M. & Douglas, J. (2003). Can we explain why some people do and some people do not act on their intentions? *Psychology, Health and Medicine, 8*, 3-18. |
| technology acceptance model in health | 53.500 resultaten, 1e titel | Holden, R., & Karsh, B-T. (2010). The Technology Acceptance Model: Its past and its future in health care. *Journal of Biomedical Informatics, 43*(1), 159-172 |
| Google Scholar  Deelvraag 1 | | |
| Zoektermen: | Filters (trefwoord, auteur, onderwerp, titel): | Gevonden titels (APA): |
| Successful implementation care | 3.500.000 resultaten, 2e titel | De Veer, A. J., Fleuren, M. A., Bekkema, N., & Francke, A. L. (2011). Successful implementation of new technologies in nursing care: a questionnaire survey of nurse-users. *BMC Medical Informatics and Decision Making, 11*(1), 67. |
| Uit de literatuurlijst van De Veer, Fleuren, Bekkema en Francke (2011) komt de zoekterm:  De Veer, A. J. E., & Francke, A. L. (2009). *Ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden met nieuwe technologieën in de zorg:* resultaten van de peiling onder de leden van het panel Verpleging en Verzorging. Utrecht: NIVEL. | 2 resultaten, 1e titel | De Veer, A. J. E., & Francke, A. L. (2009). *Ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden met nieuwe technologieën in de zorg:* resultaten van de peiling onder de leden van het panel Verpleging en Verzorging. Utrecht: NIVEL. |
| Wat werkt bij implementeren | 27.400, 4e titel | van Loghum, B. S. (2018). Wat werkt bij implementatie van sociale interventies. *Zorg+ Welzijn*, *24*(5), 23-23. |
| van Loghum, B. S. (2018). Wat werkt bij implementatie van sociale interventies. *Zorg+ Welzijn*, *24*(5), 23-23. | 1 resultaat | Klik op de link in de poster: [www.movisie.nl/watwerktbij](http://www.movisie.nl/watwerktbij) 🡪 klik op: “Download dossier van sociale interventies” 🡪 scrol tot onder de poster en klik op de volledige publicatie. De bronvermelding van het dossier is: Van der Zwet, R., & De Groot, N. (2018). *Wat werkt bij implementatie van sociale interventies.* Geraadpleegd op 6 april 2020, van: <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Dossier-Wat-werkt-bij-implementatie-sociale-interventies%20%5BMOV-13727541-1.0%5D.pdf> |
| Succesvolle implementatie Hoogendam en Linger | 1 resultaat | Hoogendam, A., & Linger, R.J. (2010). *Succesvolle implementatie van sport- en beweegstimuleringsinitiatieven:* literatuuronderzoek en casestudy resulterend in de ontwikkeling van een instrument, de implementatiematrix. School of Human Movement and Sport, Christelijke Hogeschool Windesheim. |
| Stages of change Prochaska | 62.600, 6e titel | Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 51*, 390-395. |
| Succesvolle implementatie | 21.500, 1e titel | Stals, K. (2012). *De Cirkel is Rond. Onderzoek naar succesvolle implementatie van interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: Universiteit Utrecht. |
| Uit de literatuurlijst van Stals (2012) komt de zoekterm:  Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care. *Jama*, *289*(15), 1969-1975. | 1 resultaat | Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care. *Jama*, *289*(15), 1969-1975. |
| Uit de literatuurlijst van Stals (2012) komt de zoekterm:  Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature.* Tampa: University of South Florida, The National Implementation Research Network. | 1 resultaat | Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature.* Tampa: University of South Florida, The National Implementation Research Network. |
| Uit de literatuurlijst van Van der Zwet en de Groot (2018) komt de zoekterm:  Stals, K., Yperen, T. van, Reith, W. & Stams, G. (2008). *Effectieve en duurzame implementatie in de jeugdzorg. Een literatuurrapportage over belemmerende en bevorderende factoren op implementatie van interventies in de jeugdzorg.* Utrecht: Universiteit Utrecht. | 2 resultaten, 2e titel | Stals, K., Yperen, T. van, Reith, W. & Stams, G. (2008). *Effectieve en duurzame implementatie in de jeugdzorg. Een literatuurrapportage over belemmerende en bevorderende factoren op implementatie van interventies in de jeugdzorg.* Utrecht: Universiteit Utrecht. |
| Uit de literatuurlijst van Stals (2012) komt de zoekterm:  Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI). Leiden: TNO Innovation for life. | 2 resultaten, 1e titel | Fleuren, M. A. H., Paulussen, T. G. W. M., Dommelen, P. van & Buuren, S. van (2012). *Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI).* Leiden: TNO Innovation for life. |
| Uit de literatuurlijst van Van der Zwet en de Groot (2018) komt de zoekterm:  Aarons, G.A., Hurlburt, M. & Horwitz, S.M. (2011) Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health,* 38, pp. 4- 23. | 1 resultaat | Aarons, G.A., Hurlburt, M. & Horwitz, S.M. (2011) Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health,* 38, pp. 4- 23. |
| Uit de literatuurlijst van Van der Zwet en de Groot (2018) komt de zoekterm:  Overstreet, R.E., Cegielski, C. & Hall, D. (2013). Predictors of the intent to adopt preventive innovations: a meta-analysis. *Journal of Applied Social Psychology,* 43, pp. 936-946. | 1 resultaat | Overstreet, R.E., Cegielski, C. & Hall, D. (2013). Predictors of the intent to adopt preventive innovations: a meta-analysis. *Journal of Applied Social Psychology,* 43, pp. 936-946. |
| Deelvraag 2 | | |
| Zoektermen: | Filters (trefwoord, auteur, onderwerp, titel): | Gevonden titels (APA): |
| "determinanten" AND "beïnvloeden" AND "gebruik" AND "technologische innovatie" | 208 resultaten, 5e titel | Van de Wal, F. (2016). *Onderzoek naar de acceptatie van een technologische innovatie*. (Afstudeerscriptie). Master of Science in Management, Open Universiteit, Leeuwarden |
| Uit van de Wal (2016) komt het de zoekterm:  Technology Acceptance Model Davis 1985 | Geavanceerd zoeken:  Artikelen weergeven die geschreven zijn door Davis, artikelen weergeven die gepubliceerd zijn in 1985  1 resultaat | Davis, F. D. (1985)A technology acceptance model for empirically testing new end-user information systems: theory and results. *Doctoral dissertation, MIT Sloan School of management*, Massachusetts institute of technology. |
| implementatie technologische innovatie | 11.700 resultaten, 5e titel | De Pauw, E., & Neckebroeck, C. (2016). Interventie 2.0. Factoren van invloed op de  implementatie van technologie bij politie en  brandweer*.* *Orde van de Dag, 2016*(75), 49-60 |
| Uit de literatuurlijst van De Pauw en Neckebroeck (2016) komt de zoekterm:  Peterson 2015 Sustainability transitions: an investigation of the conditions under which corporations are likely to reshape their practices to reverse environmental degradation | 1 resultaat | Petersen, S., Shearing, C & Nel, D. (2015). Sustainability Transitions: An Investigation of the Conditions under Which Corporations are Likely To Reshape Their Practices to Reverse Environmental Degradation. *Environmental Management and Sustainable Development, 4*(1), 85-105. |
| Uit de literatuurlijst van Aronson, Wilson en Akert (2011) komt de zoekterm:  Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50, 179-211. | 1 resultaat | Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*, 179-211. |
| intervention mapping theorie van gepland gedrag | 769 resultaten, 1e titel | Rauner, M., Kok, G., & Taris, T. (2006). De waarde van Intervention Mapping en de Theory of Planned Behavior voor de effectiviteit van een communicatietraining. *Gedrag & Organisatie 19*(1), 3-21. |
| "efficacy" AND "diffusion of innovations" AND "rogers" | 23.600 resultaten, 1e titel | Haider, M., & Kreps, G. L. (2004). Forty Years of Diffusion of Innovations: Utility and Value in Public Health. *Journal of Health Communication, 9*(14), 3-11. |
| Uit de literatuurlijst van Zang, Yu, Yan & Spil, (2015) komt de zoekterm:  Helitzer, D., Heath, D., Maltrud, K., Sullivan, E., & Alverson, D. (2003). Assessing or predicting adoption of telehealth using the diffusion of innovations theory: a practical example from a rural program in New Mexico. *Telemedicine Journal and e-Health,* (9), 179–87. |  | Helitzer, D., Heath, D., Maltrud, K., Sullivan, E., & Alverson, D. (2003). Assessing or predicting adoption of telehealth using the diffusion of innovations theory: a practical example from a rural program in New Mexico. *Telemedicine Journal and e-Health,* (9), 179–87. |
| Uit de literatuurlijst van Zang, Yu, Yan & Spil, (2015) komt de zoekterm:  Lee, T-T. (2004). Nurses’ Adoption of Technology: Application of Rogers’ Innovation-Diffusion Model. Applied Nursing Reasearch, 4(17), 231-238 |  | Lee, T-T. (2004). Nurses’ Adoption of Technology: Application of Rogers’ Innovation-Diffusion Model. *Applied Nursing Reasearch, 4*(17), 231-238 |
| Testing tam 3 | 4210 resultaten, 1e titel | Jeffrey, D. A. (2015). *Testing the Technology Acceptance Model 3 (TAM 3) with the Inclusion of Change Fatigue and Overload, in the Context of Faculty from Seventh-day Adventist Universities: A Revised Model.* |
| Uit de literatuurlijst van Jeffrey (2015) komt de zoekterm:  Venkatesh, V. (2000). Determinants of perceived ease of use: Integrating control, intrinsic motivation, and emotion into the Technology Acceptance Model. *Information Systems Research, 11*(4), 342-365. doi:10.1287/isre.11.4.342.11872 | 1 resultaat | Venkatesh, V. (2000). Determinants of perceived ease of use: Integrating control, intrinsic motivation, and emotion into the Technology Acceptance Model. *Information Systems Research, 11*(4), 342-365. doi:10.1287/isre.11.4.342.11872 |
| In de literatuurlijst van Jeffrey (2015) komt de zoekterm:  Venkatesh, V., & Bala, H. (2008). Technology acceptance model 3 and a research agenda on interventions. *Decision sciences, 39*(2), 273-315. | 1 resultaat | Venkatesh, V., & Bala, H. (2008). Technology acceptance model 3 and a research agenda on interventions. *Decision sciences, 39*(2), 273-315. |
| Uit de literatuurlijst van Holden en Karsh (2010) komt de zoekterm:  Venkatesh, V., & Davis, F. D. (2000). A theoretical extension of the technology acceptance model: Four longitudinal field studies. *Management science*, *46*(2), 186-204. | 1 resultaat | Venkatesh, V., & Davis, F. D. (2000). A theoretical extension of the technology acceptance model: Four longitudinal field studies. *Management science*, *46*(2), 186-204. |
| Uit de literatuurlijst van Venkatesh (2000) komt de zoekterm:  Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. S*cience*, *185*(4157), 1124-1131. | 1 resultaat | Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. S*cience*, *185*(4157), 1124-1131. |
| SpringerLink platform  Deelvraag 2 | | |
| Zoektermen: | Filters (trefwoord, auteur, onderwerp, titel): | Gevonden titels (APA): |
| "efficacy" AND "diffusion of innovation" AND "Rogers" | 666 resultaten, 3e titel | Zang, X., Yu, P., Yan, J., & Spil, I. T. A. M. (2015). Using diffusion of innovation theory to understand the factors impacting patient acceptance and use of consumer e-health innovations: a case study in a primary care clinic. *BMC Health Services Research, 15*(71), 1 -15. |

## Stap 4: Selectie relevante literatuur:

Lijst van gevonden relevante literatuur voor deelvraag 1:

* De Veer, A. J. E., & Francke, A. L. (2009). *Ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden met nieuwe technologieën in de zorg: resultaten van de peiling onder de leden van het panel Verpleging en Verzorging.* Utrecht: NIVEL.
* Hoogendam, A., & Linger, R. J. (2010). *Succesvolle implementatie van sport- en beweegstimuleringsinitiatieven:* literatuuronderzoek en casestudy resulterend in de ontwikkeling van een instrument, de implementatiematrix. School of Human Movement and Sport, Christelijke Hogeschool Windesheim.
* Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting Clinical Psychology,* 51, 390-395.
* Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of innovations.* New York: The Free Press.
* Stals, K. (2012). *De Cirkel is Rond. Onderzoek naar succesvolle implementatie van interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
* Van der Zwet, R., & De Groot, N. (2018). *Wat werkt bij implementatie van sociale interventies.* Geraadpleegd op 6 april 2020, van: <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Dossier-Wat-werkt-bij-implementatie-sociale-interventies%20%5BMOV-13727541-1.0%5D.pdf>
* Wensing, M. J. P., & Grol, R. P. T. M. (2017). *Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Lijst van gevonden relevante literatuur voor deelvraag 2:

* Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*, 179-211.
* Armitage, M. & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta‐analytic review. *The British Journal of Social Psychology, 40*(2), 471-99
* Berwick, D. M. (2003). *Disseminating innovations in health care*. Jama, 289(15), 1969-1975.
* Brinkman, J. (2017). *Voor de verandering*. (6e druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
* Davis, F. D. (1985)A technology acceptance model for empirically testing new end-user information systems: theory and results. *Doctoral dissertation, MIT Sloan School of management*, Massachusetts institute of technology.
* Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude intention and behavior: An introduction tot theory and research*. Reading: Addison-Wesley.
* Fishbein, M., Hennessy, M. & Douglas, J. (2003). Can we explain why some people do and some people do not act on their intentions? *Psychology, Health and Medicine, 8*, 3-18.
* Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa: University of South Florida, The National Implementation Research Network.
* Haider, M., & Kreps, G. L. (2004). Forty Years of Diffusion of Innovations: Utility and Value in Public Health. *Journal of Health Communication, 2014*(9), 3-11.
* Holden, R., & Karsh, B-T. (2010). *The Technology Acceptance Model: Its past and its future in health care*. Journal of Biomedical Informatics, 43(1), 159-172
* Lee, T-T. (2004). Nurses’ Adoption of Technology: Application of Rogers’ Innovation-Diffusion Model. *Applied Nursing Reasearch, 4*(17), 231-238
* Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations*. New York: The Free Press
* Venkatesh, V. (2000). Determinants of perceived ease of use: Integrating perceived behavioral control, computer anxiety and enjoyment into the technology acceptance model. *Information Systems Research, 11*, 342–365.
* Venkatesh, V., & Bala, H. (2008). Technology acceptance model 3 and a research agenda on interventions. *Decision sciences, 39*(2), 273-315.
* Venkatesh, V., & Davis, F. D. (2000). A theoretical extension of the technology acceptance model: Four longitudinal field studies. *Management Science, 46,* 186– 204.

## Bijlage 2 | Interviewschema Expertinterview

Introductie

Goedendag, wij zijn Jessica Geerdink en Mirjam Toering, studenten Toegepaste Psychologie aan de Hanzehogeschool in Groningen. Allereerst willen wij u bedanken voor uw medewerking aan dit interview. U heeft van ons de introductiebrief ontvangen en het toestemmingsformulier ondertekend. Zoals hierin ook al stond aangegeven zal dit interview gaan over de implementatie van de Qwiek.up. De Qwiek.up wordt door de zorgmedewerkers van ZuidOostZorg niet consequent ingezet en wij willen erachter komen wat de oorzaken hiervan zijn. Daarvoor zouden wij graag meer informatie willen hebben over hoe de Qwiek.up geïmplementeerd is bij zorginstellingen in Nederland en bij ZuidOostZorg en welke rol Qwiek BV daarin speelt.

Uw medewerking aan dit interview kan ons helpen bij het in kaart brengen van factoren die van invloed zijn op de onvolledige inzet van de Qwiek.up door de zorgmedewerkers van ZuidOostZorg. Wij willen deze factoren beïnvloeden door middel van een interventie die wij ook op basis van de informatie uit dit interview zullen ontwikkelen. Wellicht dat de resultaten die uit ons onderzoek naar voren komen ook nuttig voor Qwiek BV zijn.

De dingen die u ons tijdens dit interview vertelt zullen vertrouwelijk worden behandeld en de audio opname die we tijdens het interview zullen maken zal alleen gebruikt worden om het interview uit te werken. Na het afluisteren van de opname en het uitwerken van de gegevens, zal de audio opname worden verwijderd. We zullen een verslag maken van de gegevens die uit het interview naar voren zijn gekomen. In dit verslag kunnen ook uitspraken van u naar voren komen, alleen zullen deze niet terug te herleiden zijn naar u als persoon. Dit wordt anoniem verwerkt. Daarnaast zullen we, naast de audio opname, aantekeningen maken zodat we het verloop van het gesprek kunnen bijhouden.

Het interview zal maximaal een uur gaan duren. Heeft u op dit moment nog vragen? Heeft u liever dat we u aanspreken met ‘u’ of ‘jij’?

Topics en vragen

We willen eerst wat vragen stellen over de implementatie van de Qwiek.up en welke rol Qwiek BV hierin speelt.

### De implementatie van de Qwiek.up

Hoe wordt de Qwiek.up door Qwiek BV geïmplementeerd bij zorginstellingen in Nederland?

Hoe ziet het implementatieproces van de Qwiek.up eruit (implementatieplan)?

* Hoe lang duurt het?
* Uit welke stappen bestaat het/welke stappen worden doorlopen?

Wie zijn er bij het implementatieproces betrokken?

### De rol van Qwiek BV bij de implementatie binnen ZuidOostZorg

Wat kunt u ons vertellen over de rol van Qwiek BV bij de implementatie van de Qwiek.up binnen ZuidOostZorg?

Tot in hoeverre is Qwiek BV betrokken?

* Hoe lang duurt die betrokkenheid?

Wat zijn jullie bevindingen en ervaringen met betrekking tot de implementatie van de Qwiek.up binnen ZuidOostZorg?

* Tot in hoeverre zien jullie de implementatie als ‘succesvol’?
* Waar komt dat door? Waar blijkt dat uit?

### Onvolledige inzet Qwiek.up

We hebben van onze opdrachtgevers begrepen dat de Qwiek.up niet volledig wordt ingezet binnen ZuidOostZorg. De volgende vragen willen we graag stellen om hier meer duidelijkheid over te krijgen:

* Wij zijn wel benieuwd of dit vaker voorkomt/of jullie hier vaker ervaring mee hebben?
  + Waar merken jullie dit dan aan? Waar blijkt dat uit? Hoe komen jullie daar achter?
* Wat zou volgens u invloed kunnen hebben op het inzetten van de Qwiek.up door zorgmedewerkers?
  + Wat zouden oorzaken (belemmerende en bevorderende factoren) kunnen zijn van de onvolledige inzet?
* Wat denkt u dat de oorzaak kan zijn van onvolledige implementatie van de Qwiek.up bij ZuidOostZorg?

### Stimuleren gebruik Qwiek.up

We hebben op de website van Qwiek BV gelezen dat jullie ook hulp bieden aan zorginstellingen wanneer de Qwiek.up niet genoeg of helemaal niet wordt ingezet. *De volgende vragen gaan hierover:*

Wat doet Qwiek BV in zijn algemeenheid om het gebruik van de Qwiek.up binnen zorginstellingen te stimuleren?

* Wat doet Qwiek BV om het gebruik van de Qwiek.up te stimuleren wanneer jullie merken dat dit niet volledig door zorgmedewerkers wordt gedaan?
  + Welke interventies worden door Qwiek BV ingezet om het gebruik te stimuleren?
  + Kunnen wij hier inzicht in krijgen hand-outs/etc. ontvangen?
* Zijn deze interventies eerder ingezet? Wat is de effectiviteit hiervan (de interventies)? Waar blijkt dat uit?

### Overige vragen

Is er een ervaringsonderzoek gedaan naar de ervaring van zorgmedewerkers die de Qwiek.up toepassen en wat zijn de belangrijkste bevindingen uit het onderzoek?

* Kunnen wij inzage in deze gegevens krijgen?

Kunt u ook een voorbeeld geven van een organisatie waarbij het niet gelukt is om de Qwiek.up te implementeren (hoeft geen naam te noemen).

* Waar kwam dat door? Wat waren hier de oorzaken van? Wat hebben jullie gedaan?

Dit waren de vragen over de implementatie van de Qwiek.up en de inzet hiervan door zorgmedewerkers.

Afsluiting

We zijn aan het eind gekomen van het interview. Heeft u nog iets gemist of heeft u wat toe te voegen? Heeft u zelf nog vragen aan ons, over het onderzoek? Hoe heeft u het interview ervaren, wat vond u van de manier van interviewen? U heeft aangegeven dat u op de hoogte wilt worden gesteld van de resultaten die uit ons onderzoek naar voren komen. Wij zullen u deze resultaten per mail toesturen. U kunt dit verwachten rond eind juni. We willen u ontzettend bedanken voor uw medewerking.

## Bijlage 3 | Introductiemail Expertinterview

ZuidOostZorg

Implementatie van de Qwiek.up

Geachte heer van der Ham,

Wij zijn Mirjam Toering en Jessica Geerdink en momenteel zijn wij aan het afstuderen voor de opleiding Toegepaste Psychologie aan de Hanzehogeschool in Groningen en doen wij voor ZuidOostZorg onderzoek naar het gebruik van de Qwiek.up door zorgmedewerkers die cliënten met dementie behandelen. Van onze opdrachtgevers Hans Drenth (lector aan de Hanzehogeschool)  en Ingrid Meijer-Venema (verpleegkundige bij ZuidOostZorg) hebben wij begrepen dat zorgmedewerkers van ZuidOostZorg tegenwoordig de mogelijkheid hebben om de Qwiek.up in te zetten tijdens de behandeling en begeleiding van cliënten met dementie. Het is voor ZuidOostZorg wenselijk dat de Qwiek.up op alle zorglocaties optimaal wordt ingezet om het leef plezier en de kwaliteit van leven van cliënten met dementie zo veel mogelijk te behouden en om de ADL begeleiding voor zowel de zorgmedewerkers als cliënten met dementie prettiger te laten verlopen. Het inzetten van de Qwiek.up door de zorgmedewerkers gebeurt echter nog niet overal.

Door middel van dit onderzoek willen wij factoren in kaart brengen die van invloed zijn op de niet-volledige inzet van de Qwiek.up door zorgmedewerkers. Via Hans Drenth zijn wij aan uw e-mailadres gekomen. Wij hebben van Hans begrepen dat u betrokken bent geweest bij de implementatie van de Qwiek.up binnen ZuidOostZorg. Wij zouden graag een telefonisch interview of een interview via Skype met u willen hebben omdat wij benieuwd zijn naar uw kennis, ervaringen en meningen rondom de implementatie van de Qwiek.up bij zorginstellingen in Nederland. Ook zijn wij benieuwd naar de rol die Qwiek BV heeft in het implementatieproces van de Qwiek.up binnen ZuidOostZorg. Aan de hand van literatuuronderzoek verwachten wij namelijk dat het implementatieproces een belangrijke rol kan spelen in de onvolledige inzet van de Qwiek.up door zorgmedewerkers binnen ZuidOostZorg.

Het interview zal ongeveer vijfenveertig tot zestig minuten in beslag nemen. Uw deelname aan dit onderzoek kan een bijdrage leveren aan de optimalisatie van de zorg rondom de behandeling en begeleiding van cliënten met dementie. Bij deze willen wij u graag informeren over de volgende voorwaarden voor deelname aan het onderzoek:

1. Uw deelname aan dit onderzoek is **vrijwillig** en **anoniem**. Op het moment dat u besluit mee te willen werken aan het onderzoek, zullen wij u een toestemmingsformulier sturen. Door middel van dit toestemmingsformulier geeft u officieel toestemming voor het afnemen van het interview en gaat u akkoord met de voorwaarden. Vanaf dat moment kunnen we samen een afspraak maken voor het afnemen van het interview.
2. U hebt de mogelijkheid om uw toestemming voor deelname van het onderzoek op ieder moment in te trekken. Wees u zich er van bewust dat de gegevens die tot dat moment verzameld zijn, wel gebruikt kunnen worden, tenzij u aangeeft dat alle gegevens dienen te worden verwijderd.
3. Er is voor u de mogelijkheid om op de hoogte te worden gesteld van de resultaten die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen. Wij zullen hier via de mail een terugkoppeling over geven.

Bent u geïnteresseerd in deelname aan het onderzoek naar de Qwiek.up, dan kunt u ons mailen of bellen. Ook voor verdere vragen over het onderzoek, de opdrachtgever of het interview zijn wij via de mail en telefonisch te bereiken. We zien uw reactie graag tegemoet.

Met vriendelijke groet,

Mirjam Toering & Jessica Geerdink

Studentes Toegepaste Psychologie, Hanzehogeschool Groningen.

Telefoonnummer: 06 12 52 65 69

E-mailadres: [mi.toering@st.hanze.nl](mailto:mi.toering@st.hanze.nl)

## Bijlage 4 | Toestemmingsformulier Expertinterview

ZuidOostZorg

Implementatie van de Qwiek.up

# Toestemmingsformulier

Dit toestemmingsformulier (NVMO, 2018) is bestemd voor een medewerker van Qwiek BV met kennis en ervaring over het implementatieproces van de Qwiek.up binnen zorginstellingen in Nederland en deel wilt nemen aan het onderzoek naar de implementatie van de Qwiek.up.

*U dient de volgende stellingen zorgvuldig door te lezen. Kruis aan indien u het eens bent met de stelling en geef aan of u wel of geen toestemming geeft.*

 Ik heb via de mail een informatiebrief ontvangen en ik heb deze gelezen.

 Ik ben door de onderzoekers op de hoogte gebracht van het doel van het onderzoek.

 Ik ben door de onderzoekers ingelicht over de opdrachtgever en wat diens belangen zijn met betrekking tot het onderzoek.

 Ik heb de mogelijkheid gehad om vragen te stellen. Deze vragen zijn naar mijn mening voldoende door de onderzoekers beantwoord.

 Ik heb voldoende tijd gehad om over mijn deelname aan het onderzoek te beslissen.

 Mijn deelname aan dit onderzoek is vrijwillig. Ik kan mijn toestemming voor deelname aan dit onderzoek op ieder moment intrekken zonder opgave van een reden.

 Ik weet dat wanneer ik besluit niet meer aan het onderzoek deel te nemen, mijn gegevens tot dat moment nog wel gebruikt kunnen worden, tenzij ik vraag om ook reeds verzamelde gegevens te wissen.

 Ik weet dat er een audio opname zal worden gemaakt van het interview en dat deze opname na de verwerking van de gegevens zal worden verwijderd door de onderzoekers.

Ik geef  **wel** / □ **geen** toestemming voor het maken van een audio opname van het interview.

 Ik begrijp dat de gegevens anoniem zullen worden verwerkt in de verslaglegging en niet terug ter herleiden zijn naar een persoon.

Ik geef  **wel** / □ **geen** toestemming voor het benoemen van de bedrijfsnaam, namelijk Qwiek BV, in de verslaglegging.

Ik geef  **wel** / □ **geen** toestemming voor het verzamelen, bewaren en gebruiken van mijn gegevens voor de beantwoording van de onderzoeksvragen in dit onderzoek.

Ik geef  **wel** / □ **geen** toestemming voor eventueel hergebruik van mijn gegevens na dit onderzoek voor ander onderzoek dat door de organisatie ZuidOostZorg wordt uitgevoerd.

Ik wil wel  **wel** / □ **niet** op de hoogte worden gebracht van de uitkomsten/resultaten die uit dit onderzoek naar voren komen.

## Deelnemer

 Ik ga akkoord met deelname aan dit onderzoek

Naam deelnemer: Thomas van der Ham

Datum: 07-04-2020

## Onderzoeker

□ Wij, de onderzoekers, hebben de deelnemer volledig geïnformeerd over de aard, de methode en het doel van het onderzoek.

□ Wij zullen de deelnemer tijdig op de hoogte brengen als er tijdens het onderzoek informatie naar de oppervlakte komt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden.

□ Eventuele opkomende vragen van de deelnemer over het onderzoek zullen wij naar vermogen proberen te beantwoorden.

Naam onderzoekers:

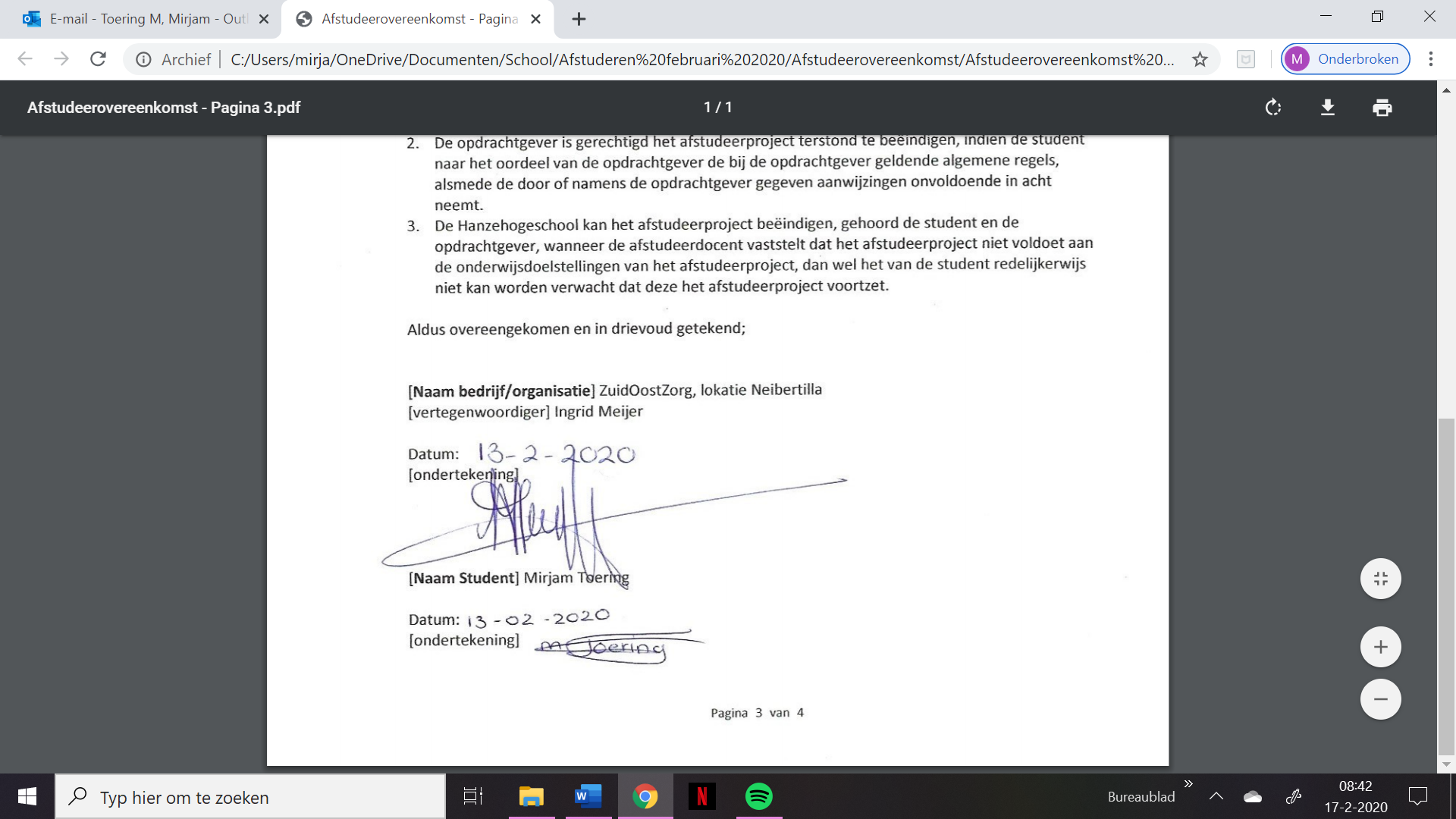
Datum: 07-04-2020

Afbeelding met helikopter

Automatisch gegenereerde beschrijvingHandtekening Jessica Geerdink:

………………………………………………………

Handtekening Mirjam Toering:



………………………………………………………

## Bijlage 5 | Formulier “Zorgvuldig omgaan met Respondenten” - Expertinterview

|  |  |
| --- | --- |
| Project / vak / studieonderdeel: |  |
| Afstudeerbegeleider: | Marieke Kingma |
| Onderwerp: | De implementatie van de Qwiek.up binnen ZuidOostZorg |
| Begin- en eindtijd van het onderzoek: | Startdatum: 12-02-2020  Einddatum: 30-06-2020 |
| Beschrijving van het onderzoek  (kort maar volledig): | Dit onderzoek zal zich richten op het in kaart brengen van factoren die een rol spelen bij het gebruik van de Qwiek,up door zorgmedewerkers op de locaties Ikenheim, Lijtehiem, Sinnehiem en de Waadwente. Uit de probleembeschrijving is gebleken dat de Qwiek.up wel op alle locaties van ZuidOostZorg aanwezig is, maar dat deze nog niet volledig door de zorgmedewerkers wordt ingezet. Het in kaart brengen van deze factoren leidt tot inzichten in de oorzaken voor de onvolledige implementatie van de Qwiek.up binnen ZuidOostZorg. Dit wordt gedaan door een medewerker van Qwiek BV te interviewen die betrokken is bij het implementatieproces van de Qwiek.up en door een digitale enquête af te nemen bij zorgmedewerkers van ZuidOostZorg die werkzaam zijn op één van de bovengenoemde locaties en die tijdens de behandeling en begeleiding van cliënten met dementie de mogelijkheid hebben om de Qwiek.up in te zetten als belevingsgerichte ondersteunend product. |

Ondergetekende(n) verklaart (verklaren) zonder voorbehoud en naar waarheid bijgaand formulier te hebben ingevuld in verband met in het kader van de opleiding Toegepaste Psychologie uit te voeren onderzoek.

|  |  |
| --- | --- |
| Naam van de student(en): | Handtekening: |
| Mirjam Toering  Jessica Geerdink | Afbeelding met helikopter  Automatisch gegenereerde beschrijving |

Datum: 30-03-2020

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Aankruisen indien van toepassing  **A** | | | Beantwoord onderstaande vragen als in de vorige kolom het vakje met 🡺 is aangekruist.  **B** | Kan hier redelijkerwijs toch nog schade uit ontstaan? (kruis het juiste vakje aan)  **C** | |
| **1**  **Privacy / anonimiteit** |  | | |  | Nee | Ja |
| 1.1  Ken je de naam van proefpersonen? Heb je adresgegevens? | Nee  🡿 | Ja X  🡺 | | Hoe is de anonimiteit gegarandeerd? *(Denk aan het niet opnemen van persoonlijke gegevens in een verslag, het veranderen van namen en gegevens enzovoort.)*  🡪 *“De medewerker die meewerkt aan het expertinterview zal volledig worden geanonimiseerd in de verslaglegging van de gegevens.”*  Wanneer worden de gegevens vernietigd en wie is daar verantwoordelijk voor?  🡪 *“De gegevens zullen na het analyseren en verwerken van de verkregen informatie worden vernietigd. De onderzoeker is hier verantwoordelijk voor.”*  Als naam van proefpersoon of een bedrijf of dergelijke tóch wordt gepubliceerd, geven de betrokkenen daar dan expliciet toestemming voor?  🡪 *“De naam van het bedrijf, namelijk Qwiek BV, zal wel in de rapportage worden weergegeven. Hier wordt voorafgaand aan het interview toestemming voor gevraagd aan de medewerker van Qwiek BV. ”* | X |  |
| 1.2  Ken je het e-mailadres van de proefpersonen? | Nee  🡿 | Ja X  🡺 | | Hoe zorg je ervoor dat het adres uit je adressenlijst verdwijnt (sent items, contactpersonen, inbox, andere mappen enzovoort), o.a. met het oog op spam / verspreiding van virussen?  🡪 *“De eventuele e-mailadressen en verstuurde e-mails van medewerkers van Qwiek BV zullen na het analyseren en verwerken van de gegevens worden verwijderd. De onderzoeker is hier verantwoordelijk voor.”*  (Verder als bij 1.1) | X |  |
| 1.3  Beschik je over (andere) persoonlijke gegevens? | Nee  🡿 | Ja X  🡺 | | Zijn deze gegevens nodig? Waarom?  (Verder als bij 1.1) 🡪 “*Het e-mailadres van de medewerker (expert) is bekend bij de onderzoekers omdat het interview via Skype zal plaatsvinden. Het e-mailadressen en verstuurde e-mails van medewerkers van Qwiek BV zullen na het analyseren en verwerken van de gegevens worden verwijderd. De onderzoeker is hier verantwoordelijk voor.”* | X |  |
| 1.4  Komen proefpersonen op foto of op beeld- of geluidband te staan? | Nee  🡿 | Ja X  🡺 | | Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte?  *🡪 “De medewerker wordt voorafgaand aan de afname van het interview op de hoogte gesteld van het feit dat er een audio opname van het interview wordt gemaakt. Hij/zij dient hiermee akkoord te gaan voordat het interview daadwerkelijk wordt afgenomen.”*  Wie krijgen dit materiaal te zien / horen?  *🡪 “Alleen de onderzoekers krijgen het materiaal te horen.”*  Geven proefpersonen hier nadrukkelijk toestemming voor?  🡪 *“De medewerker dient toestemming te geven voor het opnemen van het interview voordat deze kan worden afgenomen.”*  (Verder als bij 1.1) | X |  |
| 1.5  Wordt er gewerkt met bekenden van de onderzoekers? | Nee  X  🡿 | Ja  🡺 | | Bestaat de mogelijkheid van rolverwarring?  Zijn er problemen denkbaar op het gebied van privacy of bijvoorbeeld strijdigheid van belangen en de verhouding die kan ontstaan door een lastige testuitslag?  Wat wordt er gedaan om deze problemen te voorkomen? Welke alternatieve oplossingen zijn overwogen en waarom zijn die niet toegepast? | X |  |
|  | | | | | | |
| **2**  **Informatie en toestemming** |  | | |  |  |  |
| 2.1  Wordt proefpersonen expliciet om toestemming gevraagd? | Ja X  🡿 | | Nee  🡺 | Waarom niet? | X |  |
| 2.2  Worden proefpersonen vooraf op de hoogte gebracht van het doel van het onderzoek / de interventie? | Ja X  🡿 | | Nee  🡺 | Waarom niet?  Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht? | X |  |
| 2.3  Wordt proefpersonen naar waarheid duidelijk gemaakt wie de opdrachtgever is / welke belangen de opdrachtgever heeft? | Ja X  🡿 | | Nee  🡺 | Waarom niet?  Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht? | X |  |
| 2.4  Kunnen proefpersonen deelname weigeren? | Ja X  🡿 | | Nee  🡺 | Waarom niet? | X |  |
| 2.5  Kunnen proefpersonen op elk moment stoppen / van verdere medewerking afzien? | Ja X  🡿 | | Nee  🡺 | Waarom niet? | X |  |
| 2.6  Wordt het proefpersonen duidelijk gemaakt in welke rol je met ze werkt? (Bijvoorbeeld om van te leren, als medewerker voor een opdrachtgever) | Ja X  🡿 | | Nee  🡺 | Waarom niet?  Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht? | X |  |
| 2.7  Wordt proefpersonen de mogelijkheid geboden op de hoogte te worden gebracht van uitkomsten / resultaten? | Ja X  🡿 | | Nee  🡺 | Waarom niet? | X |  |
| 2.8  Wordt aan proefpersonen onjuiste informatie verstrekt over de opdrachtgever, het doel van het onderzoek of dergelijke.? | Nee X  🡿 | | Ja  🡺 | Waarom?  Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht? | X |  |
| 2.9  Zijn (sommige) proefpersonen minderjarig? | Nee X  🡿 | | Ja  🡺 | Is toestemming geregeld met ouders/verzorgers? Zo nee, waarom niet? | X |  |
| 2.10  Zijn (sommige) proefpersonen wilsonbekwaam? | Nee X  🡿 | | Ja  🡺 | Is toestemming geregeld met eventuele andere verantwoordelijken? Zo nee, waarom niet? | X |  |
| 2.11  Is er een protocol gemaakt waarin staat hoe en in welke bewoordingen proefpersonen over de punten 2.1 tot en met 2.8 op de hoogte worden gebracht? | Ja X  🡺 | |  | Het protocol is te vinden onder het formulier zorgvuldig omgaan met respondenten |  | |
|  | | Nee  🡺 | Waarom niet? |
|  | | | | | | |
| **3**  **Mogelijke schadelijke effecten** |  |  | |  |  |  |
| 3.1  Is er tijdens het onderzoek sprake van misleiding van proefpersonen? | Nee  X  🡿 | Ja  🡺 | | Waarom is dit nodig?  Wat is de aard van de misleiding?  Wanneer en hoe worden proefpersonen op de hoogte gebracht (debriefing)? | X |  |
| 3.2  Kan de proefpersoon door deelname geestelijk, sociaal, fysiek of andere nadeel ondervinden? Denk hierbij *onder andere* aan bewustwording van iets onaangenaams, in verlegenheid, frustratie of stress worden gebracht, het ongewenst bekend worden van uitkomsten enzovoort. | Nee  X  🡿 | Ja  🡺 | | Welke nadelen zijn denkbaar?  Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken?  Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte? | X |  |
| 3.3  Kunnen er groeperingen (denk ook aan kwetsbare groepen / minderheden) door deelname aan of bijvoorbeeld uitkomsten van onderzoek of publiciteit erover ervan nadeel ondervinden? | Nee X  🡿 | | Ja  🡺 | Welke nadelen zijn denkbaar?  Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken?  Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte? | X |  |
| 3.4  Kunnen organisaties en dergelijke (bijvoorbeeld school of woningbouwcorporatie die er ‘slecht’ van afkomt) nadelen ondervinden van de uitkomsten van of publiciteit rond het onderzoek? | Nee  X  🡿 | | Ja  🡺 | Welke nadelen zijn denkbaar?  Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken?  Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte?  Zijn betreffende organisaties hiervan op de hoogte? | X |  |
| 3.5  Kunnen er op basis van het onderzoek beslissingen worden genomen (door bijvoorbeeld opdrachtgever) die nadelig kunnen zijn voor bepaalde (groepen) mensen? | Nee  X  🡿 | | Ja  🡺 | Welke beslissingen kunnen voor wie nadelig zijn?  Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken?  Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte?  Zijn andere betrokkenen hiervan op de hoogte? | X |  |
| 3.6  Kunnen uitkomsten / testuitslagen schokkend / naar zijn voor de betrokkene? | Nee  X  🡿 | | Ja  🡺 | Worden er vooraf afspraken gemaakt over de bespreking van de uitkomsten / uitslagen?  Is er de mogelijkheid van opvang, nazorg of doorverwijzing geregeld? | X |  |
|  | | | | | | |
| **4.**  **Afweging voor- en nadelen** |  | | |  |  |  |
| Als er in het voorgaande zaken zijn waarmee proefpersonen of anderen te kort kan worden gedaan, staan daar wellicht voordelen van het onderzoek tegenover (verbetering van de situatie van mensen, onderwijs-/leerdoeleinden, verdiensten e.d.). Zijn er zulke voordelen? | Ja | | Nee X  🡺 | Welke voordelen zijn dat?  In hoeverre wegen de nadelen op tegen deze voordelen? |  |  |

### Protocol informeren en toestemming respondenten - Expertinterview

In dit protocol volgt een uitgebreide toelichting op de manier waarop de medewerker van Qwiek BV voor het onderzoek zal worden geïnformeerd en om toestemming wordt gevraagd (punten 2.1 tot en met 2.8 van het formulier ‘Zorgvuldig omgaan met Respondenten”).

**2.1:** *Wordt proefpersonen expliciet om toestemming gevraagd?*

De proefpersoon wordt expliciet om toestemming gevraagd aan de hand van het ‘Toestemmingsformulier’ dat te vinden is in bijlage 4: Toestemmingsformulier Expertinterview.

**2.2:** *Worden proefpersonen vooraf op de hoogte gebracht van het doel van het onderzoek/de interventie?*

De proefpersoon wordt vooraf op de hoogte gesteld van het doel van het onderzoek door middel van een introductiemail. De introductiemail is te vinden in bijlage 3: Introductiemail Expertinterview.

**2.3:** *Wordt proefpersonen naar waarheid duidelijk gemaakt wie de opdrachtgever is/welke belangen de opdrachtgever heeft?*

Er wordt in de introductiemail aan de deelnemer toegelicht dat ZuidOostZorg de opdrachtgever is voor dit onderzoek. Het belang van dit onderzoek voor de opdrachtgever is het optimaliseren van de zorg voor cliënten met dementie door de Qwiek.up als belevingsgerichte zorgondersteunend product in te laten zetten door zorgmedewerkers tijdens de behandeling en begeleiding van cliënten met dementie.

**2.4:** *Kunnen proefpersonen deelname weigeren?*

De deelnemer van het onderzoek kan te allen tijde de deelname weigeren. Hier hoeft geen reden voor opgeven te worden.

**2.5:** *Kunnen proefpersonen op elk moment stoppen/van verdere medewerking afzien?*

De deelnemer van het onderzoek kan te allen tijde van deelname aan het onderzoek afzien. Hier hoeft geen reden voor opgeven te worden.

**2.6:** *Wordt het proefpersonen duidelijk gemaakt in welke rol je met ze werkt?*

In de introductiemail wordt aan de deelnemer duidelijk gemaakt dat de onderzoekers deze opdracht uitvoeren vanuit de rol als student voor de opleiding Toegepaste Psychologie van de Hanzehogeschool voor het afstudeeronderzoek. De onderzoekers voeren dit onderzoek uit in opdracht van ZuidOostZorg.

**2.7:** *Wordt proefpersonen de mogelijkheid geboden op de hoogte te worden gebracht van uitkomsten/resultaten?*

Er is voor de deelnemer de mogelijkheid om op de hoogte te worden gebracht van de resultaten van het onderzoek. Wanneer het voor de deelnemer wenselijk is om op de hoogte te worden gebracht van de uitkomsten/resultaten van het onderzoek, dient hij/zij dit aan te geven op het ‘Toestemmingsformulier’ (bijlage 4: Toestemmingsformulier Expertinterview). Indien dit van toepassing is, wordt de desbetreffende deelnemer via de mail een overzicht gestuurd van de gevonden resultaten.

**2.8:** *Wordt aan proefpersonen onjuiste informatie verstrekt over de opdrachtgever, het doel van het onderzoek of dergelijke?*

Er wordt aan de deelnemer van het onderzoek geen onjuiste informatie verstrekt over de opdrachtgever en het doel van het onderzoek. Er wordt naar waarheid aan de deelnemer duidelijk gemaakt dat het onderzoek als doel heeft om factoren in kaart te brengen die een rol spelen bij het gebruik van de Qwiek.up door zorgmedewerkers van ZuidOostZorg die cliënten met dementie behandelen en begeleiden. Dit met uiteindelijk als doel om de zorg rondom de behandeling en begeleiding van cliënten met dementie te kunnen optimaliseren.

## Bijlage 6 | Transcriptie Expertinterview

T = Thomas  
M = Mirjam  
J = Jessica

T: Ik ben zelf van huis uit fysiotherapeut en ik verkoop Qwiek.ups. Dat klinkt heel commercieel, maar dat probeer ik zo min mogelijk commercieel te doen, omdat het mijn drijfveer is om echt iets te betekenen voor mensen en met een product, de Qwiek.up, echt een verschil te maken. Verkopen is één ding, maar daarmee red je het totaal niet. Als ik alles zou verkopen en zo op de drempel zou zetten, dan houdt het daarmee vervolgens op. Dan zou die alleen een verschil maken op onze bankrekening, maar niet in het welzijn van de bewoners. Dat is altijd mijn grootste zorg. Mijn drijfveer om daarin te investeren. Als ik er achter kom dat locaties de Qwiek.up niet goed gebruiken, dan zit ik ze meestal ook wel achter de broek aan. Dan geef ik soms weer gratis, soms ook ongevraagd, advies of ondersteuning om er wel een succes van te maken. Ik weet wat de potentie is en hoe goed de Qwiek.up kan zijn voor zowel zorgmedewerkers, wanneer ze denken: ‘wat moet ik met deze bewoner doen?’. Maar ook voor bewoners die gewoon niet lekker in hun vel zitten. Wat dat betreft is dat zeg maar mijn sport.

ZuidOostZorg is daar ook best heel erg kritisch op. Zij eisen dus ook veel. Er zijn best wel veel zorginstellingen die zomaar iets aanschaffen. Voor jullie idee, volgens mij heeft ZuidOostZorg uit mijn hoofd 45 Qwiek.ups in totaal. Dat is de zorginstelling met de meeste Qwiek.ups in Nederland. Zij hebben ze aangeschaft in verschillende jaren, dus elke keer weer meer. En zij zijn van alle organisaties de enige organisatie die heel erg hangt op de implementatie van de Qwiek.up. Roelfien (van ZuidOostZorg) denkt persoonlijk ook echt: “ik wil ook echt dat ze een verschil maken”. Zij zet zich daarvoor in. Daardoor heeft zij ons ook weer gestimuleerd om dingen te ontwikkelen om daar verder in te komen. Wat weer een effect heeft landelijk.

M: Wat leuk dat dat een wisselwerking is.

T: Zij was op een gegeven moment degene die zei: “Goh, kun je geen e-learning voor ons maken?”. Ik heb toen een e-learning gemaakt en die gebruiken wij nu in het hele land. Heel veel mensen gebruiken dat. Workshops net zo. Roelfien vroeg: “Kun je niet een workshop van een paar uur extra geven?”. Die heb ik ontwikkeld en aan ZuidOostZorg gegeven en vervolgens geven wij die nu ook in het hele land.

M: En dat is bijvoorbeeld een workshop over hoe ze de Qwiek.up moeten toepassen en op welke manier, of hoe moeten we dat zien?

T: De Qwiek.up is echt super simpel om aan en uit te zetten. Het is echt een heel makkelijk apparaat. Misschien hebben jullie al enigszins ervaring met de technische skills van zorgmedewerkers, maar die zijn heel laag, dus het moet echt heel eenvoudig zijn. Als de Qwiek.up niet eenvoudig is, wordt hij niet gebruikt. Dus het gaat vooral over hoe je hem inzet en hoe je hem op het juiste moment inzet als goede interventie. Om meerwaarde te genereren. Niet om maar, voor het gevoel, de kinderen voor de tv te zetten en van ze af te zijn. Of je denkt nou, er gebeurt wat, dus heb ik het goed gedaan, klaar. Dat is niet de bedoeling.

M: Ik vind het heel fijn dat je al zo veel verteld. Er is nog wel even één dingetje. We hadden het ook al in het mailtje gezet, maar vind je het goed als we een opname maken van het interview?

T: Ja hoor.

M: Dat is voor ons, dan kunnen we straks alles even uitwerken. Top, dan zet ik die even aan.

T: Allright, nou vuur maar af. Wat jullie willen vragen of hoe jullie het willen aanpakken.

M: Even kijken. Ik heb nu al dingen te horen gekregen die tenminste ik niet wist, dat ZuidOostZorg de zorginstelling is met de meeste Qwiek.ups in Nederland. Dat wisten wij niet precies, met hoeveel Qwiek.ups ZuidOostZorg werkt.

T: Het eerste jaar hadden ze er achttien volgens mij, het tweede jaar weer iets van tien, en het derde jaar ook weer iets van vijftien of achttien. Dus elk jaar weer meer, omdat de behoefte groter werd.

Zal ik jullie anders eerst heel kort iets vertellen over de Qwiek.up, want dan hebben jullie hem even goed in de peiling. De Qwiek.up is dus een apparaat en die hebben we niet zelf bedacht, maar die heeft een zorgmedewerker bedacht. De zorgmedewerker werkte in de ouderenzorg en dacht: “Wat moet ik af en toe met bewoners die onbegrepen gedrag vertonen?”. Dus mensen zijn soms overprikkeld, onderprikkeld, van de leg, die hebben onrust, of zitten de hele tijd te slapen. Het is hartstikke moeilijk om bij kleinschalig wonen iemand af te leiden. Die zitten soms vast in een hoekje met hun gedragingen of met een gevoel of wat dan ook. Dat is soms heel moeilijk als zorgmedewerker. Vooral als je in je eentje op een groep staat. Om één iemand op die manier af te leiden en om hem weer in het gareel te krijgen of weer blij te krijgen. Dus zij zei: “Het ontbreekt soms een beetje aan afleiding in de woongroep of persoonlijke afleiding.”. Een snoezelkamer, zegt jullie dat wat? De gehandicaptenzorg moet dat veel gebruiken, spelletjes, toeters en bellen, van alles nog wat. Dat zou hartstikke mooi zijn, maar dat is praktisch niet inzetbaar, want we hebben allemaal kleinschalig wonen en je kan een bewoner niet naar zo’n ruimte brengen en dan maar hopen dat hij daar blijft. Dan moet je zelf vaak ook van de afdeling af. Dus zij zei: “Maak voor ons een apparaat wat mobiel is, wat we dus overal gemakkelijk kunnen neerzetten bij mensen in hun eigen kamer of in een woonkamer of in een badkamer of in een algemene ruimte.”.  En ze zei: “Hij moet super makkelijk in gebruik zijn, want anders dan gebruiken we hem niet, dan werkt het gewoon niet.”. Ze zei: “Dan willen we graag beelden projecteren op muren en op plafonds, dus ook voor bedlegerige mensen.”. Want er zijn gewoon mensen die op een moment op bed liggen of bedlegerig zijn en die dus echt de hele dag alleen maar op bed liggen. Of in de laatste fase van hun leven op bed komen te liggen of ’s ochtends moeten wachten op de zorg of moeten rusten of die in slaap moeten vallen. En die mensen die liggen maar naar een plafond te kijken. En ze zei: “Die beelden moeten ook nog eens persoonlijk te maken zijn.”. Iedereen heeft een andere achtergrond en een andere interesse. Daarom moet je ook iemand persoonlijk weten te prikkelen of af te leiden. Dat is zeg maar ongeveer zeven jaar geleden dat die vraag bij ons kwam. Toen hebben we de Qwiek.up dus ontwikkeld. En ondertussen staat hij bij meer dan 1.500 huizen in Nederland en wordt hij dus echt door zorgmedewerkers ingezet.

Wat wij hopen, aan de ene kant als interventie individueel. Dus stel dat iemand ’s ochtends wakker wordt in verwarring en denkt: “Waar ben ik, wie ben ik en wat moet je van me, ik wil niet gewassen worden en jij al helemaal niet en niet nu.”. Dan kan het helpen als je iemand afleidt en hem op een andere voet wakker weet te krijgen. Dus als je die wakker krijgt met een mooie Keukenhof projectie op het plafond, waardoor diegene denkt: “Oh, dat is mooi! En ik ben afgeleid en er komt een bepaald gevoel naar boven.”. Dan kan het ook zijn dat iemand is afgeleid tijdens de ADL, waardoor de ADL makkelijk verloopt. Maar ook als iemand onrustig wordt in de groep. Al die bewoners zijn ongevraagd veroordeeld tot een all-inclusive groepsvakantie naar een locatie die je niet zelf bedacht hebt. Soms is het zo dat iemand in een groep het even niet trekt en die moet je dan eigenlijk even uit de groep halen om tot zichzelf te laten komen. Zo wordt hij dan ook ingezet door van te voren al iets op de slaapkamer te projecteren zodat diegene eventjes tot zichzelf kan komen. Op die manier wordt de Qwiek.up individueel heel erg ingezet op behoefte hopen we. Dat is in veel gevallen ook zo. En aan de andere kant kun je hem dus ook als activiteit gebruiken. Dus als je denkt: “Goh, er gebeurt nu niks in de huiskamer, iedereen zit te tukken of te slapen. Ik ga nu iets aanzetten met beelden uit Friesland, of van oude beelden van vroeger of een activiteit die we laatst hebben gehad, of een quizje of gewoon een boswandeling. En mensen vinden dat mooi, het is groot. Je kunt natuurlijk ook gewoon de tv aanzetten, maar dat is eigenlijk te klein voor mensen, vooral wanneer ze een wat lager cognitief niveau hebben. En op die manier kun je dus een groepsactiviteit aanbieden. En op die manier wordt hij eigenlijk ingezet. En voor ons is het altijd het belangrijkste dat de Qwiek.up met een doel wordt ingezet. En niet alleen maar dat je denkt: oh, nu zet ik leuke tv aan en dan heb ik het goed gedaan bij wijze van spreken. Want dat is zeg maar de oude zorg en dat zie je nog steeds best wel veel. Dat in de woningen waar de dementerende ouderen wonen, gewoon maar de hele dag de tv aan staat. Dus de zorgmedewerker die denkt: “Ja anders is het hier zo stil.”, of: “Dan gebeurt er wat.”. Maar het zijn allemaal prikkels die niemand snapt en die niks toevoegen en misschien alleen maar het averechtse effect krijgt. Dus dat is de Qwiek.up. Je hebt heel veel apparaten tegenwoordig op de markt. Heel veel zijn gericht op activiteiten of spelletjes. En de Qwiek.up is één van de weinige apparaten die echt een interventie is. Iets wat je gewoon ad hock, midden in de nacht, overdag, ’s ochtends vroeg, op elk moment in kan zetten. Dat is hoe de Qwiek.up ingezet wordt en het valt of staat eigenlijk bij de visie van de zorgmedewerkers. Zorgmedewerkers moeten sensitief zijn naar hun bewoners.

M: Dat is dus ook wat wij proberen in kaart te brengen. We weten, er zijn vier locaties van ZuidOostZorg waarbij zorgmedewerkers dus hebben aangegeven dat ze de Qwiek.up wel vaker in zouden willen zetten. En wat daar precies de oorzaak van is dat weten we dus niet. Wij gaan door middel van die enquête proberen er achter te komen waar dat aan ligt. Het stuk van het interview wat we vandaag met jou gaan doen, dat gaat meer over hoe de Qwiek.up is geïmplementeerd. Wij zijn daar wel benieuwd naar, is daar een bepaald implementatieplan voor?

T: Ik zal jullie straks even een linkje sturen, want we hebben een hele implementatiepagina op onze site. Dat is qwiek.eu/implementatie en daarin staat eigenlijk alles wat we maar hebben bedacht. Van e-learning tot het implementatieprotocol, tot observatie en evaluatieformulieren. Het valt of staat eigenlijk met de eerste twee maanden. Als de eerste twee maanden geïnvesteerd wordt in de Qwiek.up en iedereen raakt ermee bekend, dan gaat hij zijn plek vinden en dan komt het helemaal goed. Hoe wij het zeg maar nu doen is allereerst dat als wij hem leveren of proberen te verkopen op een locatie, dan doen wij eerst een demonstratie en laten we zien aan de zorgmedewerkers: “Hé, dit is de Qwiek.up en dit is de gedachte erachter en zus en zo zou je hem kunnen inzetten.”. en dat doen wij om de zorgmedewerkers zelf een afweging te laten maken of zij denk dat hij van meerwaarde is. Als een zorgmedewerker denkt: “Oh, hier heb ik niks aan.”, dan moeten ze hem niet aanschaffen, want dan gaan ze hem ook niet implementeren als ze hem niet gebruiken. Voor jullie  idee, de Qwiek.up kost €6.000.,- dus dat is een hoop geld. Het belangrijkste is altijd dat ik de Qwiek.up eerst laat zien en draagvlak vindt voor de aanschaf, want als het draagvlak er in het begin al niet is dan wordt hij ook niet geaccepteerd. Als een manager zegt van: “We gaan dit nu aanschaffen en dit is goed voor jullie.”, dan zijn er heel veel zorgmedewerkers die denken: “Oh ja, maar wij willen heel wat anders.”.

M: Dus als ik het goed begrijp dat betrekken jullie de zorgmedewerkers dus echt in het proces.

T: Ja. Kijk bij ZuidOostZorg is dat nog net iets anders. Bij ZuidOostZorg is het vooral heel centraal geregeld. Bij ZuidOostZorg heeft Roelfien een aantal proeven gedaan met de Qwiek.up op een aantal locaties. Daaruit bleek gewoon wat het succes ervan is en de potentie. En daaruit is eigenlijk gezegd van we gaan eerst een x- aantal aanschaffen en dan gaan we kijken van hoe werkt hij en hoe wordt hij gebruikt. En daarna zijn er meerdere aangeschaft. Omdat zij zegt dat er veel potentie in het apparaat zit, en dat moeten jullie er gewoon uit gaan halen.

M: Dus ze zijn begonnen met een paar locaties en daarbij is gebleken de cliënten hebben er baat bij, de zorgmedewerkers hebben er baat bij. En vanuit daar zijn ze het dus gaan testen op meerdere locaties.

T: Dus het is niet met een demonstratie gegaan, maar wel vanuit de behoefte vaak vanuit de locaties. Dat ze zeggen: “Ik heb er goede dingen over gehoord en we willen hem graag ook hebben.”.

J: Dat is wel goed dat jullie de zorgmedewerkers er echt bij betrekken.

T: Ja als ik een demonstratie op een andere locatie dan ZuidOostZorg heb, en ik zie alleen maar managers, dan zeg ik: “Lopen er niet wat zorgmedewerkers rond zodat die kunnen zeggen wat zij ervan vinden, want het is leuk, interessant en er is een budget, maar uiteindelijk moet de zorgmedewerker enthousiast worden.”. Want als dat niet gebeurd, dan loop ik straks rond met zorgmedewerkers die denken: “Waarom ben je hier, waarom heb je dit ding hier?”, dus ik probeer altijd de zorgmedewerkers erbij te betrekken.

M: Wat jij net ook vertelde, de zorgmedewerkers moeten er zelf de meerwaarde van inzien, de Qwiek.up moet worden ingezet met een doel. En op het moment dat de zorgmedewerkers dat inzien, dan weten ze ook beter op welke momenten die kan worden ingezet en dan kunnen die doelen denk ik ook beter worden bereikt.

T: Ja, ja. Ik denk dat wat bij mij altijd de basis is, is dat ik het het belangrijkste vind, dat voordat je de keuze maakt of je hem gaat aanschaffen, is vooral niet te veel voelen op: “Hé, dit is leuk.”, maar: “Voldoet dit aan een behoefte.”. Dus hoe ik het in mijn verhaal meestal ook heb is van: “Hé waar lopen jullie tegenaan, wat voor dynamieken zijn er, hebben jullie onbegrepen gedrag, hebben jullie wel eens uitdagingen en hebben jullie behoefte aan iets dan je kan inzetten om af te leiden. Als je zegt: “Ik heb zin in een spel in de huiskamer en ik wil met zijn allen rond de tafel een spel doen, als dat je behoefte is, moet je iets anders aanschaffen dan de Qwiek.up. Maar als de behoefte is van we hebben soms mensen die overprikkeld zijn, die onderprikkeld zijn en we weten niet wat we daarmee moeten, ja dan heb je een behoefte te pakken. Want het leuke gaat er altijd vanaf, als je iets leuks, een gimmick koopt en denkt: “Oh, dat is hartstikke leuk.”, maar het doet maar heel weinig en je hebt het tien keer gedaan dan gaat het leuke er vanaf en dan komt het in een kast te staan. Maar alle apparaten die aan een behoefte voldoen, zullen beter en langer worden gebruikt. Dus dat is het belangrijkste voor de besluitvorming: is er wel een behoefte?

M: Ja precies. Je vertelde net, we kunnen die stappen van de implementatie, die kunnen wij dus op de website van jullie vinden. En de eerste twee maanden zeg jij, zijn dus eigenlijk wel cruciaal.

T: Ja, want wat we dus eigenlijk doen is dat als mensen de Qwiek.up hebben aangeschaft dan gaan we naar een locatie toe en dan gaan we hem aan het team uitleggen. En ook bij ZuidOostZorg is dat wel wat anders gegaan. Daar heb ik in eerste instantie wel op alle locaties demo’s gegeven, maar nu er meer worden aangeschaft gaat het centraal. Als er één extra wordt aangeschaft dan komen de medewerkers naar een centrale plek. Maar wat we normaal gesproken bij een levering doen, dan wil ik altijd zo veel mogelijk zorgmedewerkers aanwezig hebben, om ze kort uit te leggen, kort is een half uurtje/drie kwartier, van hoe hij werkt en hoe kun je hem inzetten. Want als een zorgmedewerker geen idee heeft wat het is en wat hij zou kunnen doen, dan denk ze van: “Oh daar staat een heel duur apparaat met een stekker, dat zal wel heel veel gedoe zijn, want ik ben geen techneut, en leuk dat is een beamer op wieltjes en het zal wel.”. Negen van de tien keer als ik het mensen heb verteld, dan denken ze:” Oh, ja, want mevrouw Jansen en mevrouw Pietersen en meneer die en die en die, die hebben allemaal die gedragingen wel eens, daar ga ik hem voor inzetten. Die training is heel erg belangrijk om mensen te inspireren om hem te gebruiken. En als ze dan daarmee aan de slag gaan, en in het begin is dat gedoe, want je weet nooit hoe het werkt. Je weet niet dat als je hem aan zet, dat je dan automatisch de juiste gedraging ziet van een bewoner. Dus dat is echt heel erg moeilijk om daar achter te komen. Het is niet zo dat als je hem aanzet dat het dan meteen een succes zal zijn. Dat kost moeite.

M: en hoe begeleiden jullie de zorgmedewerkers daarin? Of doet de zorginstelling dat zelf zeg maar.

T: Nou, wat we hebben gedaan is dat we een soort van protocolletje hebben gemaakt, Vilans, dat zegt jullie vast wel wat. En dat is eigenlijk een vijf-stappenplan en dat is eigenlijk het belangrijkste van die training. Stap één is dat je sensitief moet zijn naar je bewoners en dat je behoeftes moet zien. Als je als een dolle hardwerkende zorgmedewerker keihard over je afdeling rent, en denkt ik moet er nog tien uit bed halen en dan moet ik dit en dat en zus en zo, dan zul je waarschijnlijk geen oog hebben voor hoe iemand in zijn vel zit en waar de bewoner eventueel behoefte aan heeft. Dus wees sensitief naar je omgeving, let op hoe mensen uit hun ogen kijken, hoe ze zich gedragen en wat er misschien voor behoeftes zijn. Stap één is altijd het signaleren van de behoefte. En een behoefte kan zijn dat iemand verward wakker wordt, of moeilijk wakker wordt, of dat iemand de hele tijd in slaap valt, dat soort dingen. Dus als iemand uit balans is zeg ik altijd of uit de pas loopt, dan moet je iets doen. Dus als jij signaleert: “Hé, er is iemand, dat is niet helemaal lekker.”, dan ga je naar stap twee.

En stap twee is bedenken, wat zou de behoefte van deze bewoner zijn. Dus waar heeft hij behoefte aan. Als er een mevrouw is die om de vijf minuten zegt: “Ik moet mijn kinderen van school halen, ik moet mijn kinderen van school halen, of mijn man komt me halen of ik moet naar huis.”, nou dan wil je die mevrouw dus afleiden van die gedachte. Je kan niet zeggen: “Je kinderen hoeven niet van school afgehaald te worden.”, of “Je hoeft niet naar huis.”, want daar snapt ze niks van. Je moet er iets tegenover zetten wat haar afleid van die gedachten. Want je kunt het niet wegnemen, je kunt niet tegen haar zeggen van: “Hé, dat is niet zo.”, want vijf minuten daarna weet ze het niet meer. Dus je moet er iets tegenover zetten wat diegene afleid. Als je ziet dat iemand onrustig is of last heeft van dwaalgedrag of naar huis wil, dan wil je diegene afleiden, dat is dan je doel.

De derde stap is wat moet je de aanzetten en hoe moet je het aanzetten. Dus als je een mevrouw hebt waarbij je denkt de kans is groot dat ze gek is op baby’s, ik ga de babymodule aanzetten. Want zij raakt vertedert door die baby’s en denkt: “Oh, wat lief en leuk en geweldig.”. Dus dan ga je baby’s uitproberen, want dat leidt haar vast af. Dan zet je hem vaak al op de kamer aan. Dat doe individueel. Als iemand onrustig is dan ga je niet proberen dat te fixen in de huiskamer, want dat is veel te onrustig. Dus je zet hem van te voren aan, dan haal je die mevrouw op en dan zeg je: “Ja, u moet de kinderen van school halen, maar loop even met mij mee, want ik heb iets leuks voor u, ik heb iets wat ik u wil laten zien.”. En dan aan de arm of met de rolstoel ga je naar de slaapkamer en dan zeg je: “Moet u eens kijken wat mooi.”. En wat ik dan vaak zeg is: “Geniet er lekker van, ik kom straks terug.”. En dan probeer je zo snel mogelijk weg te gaan, zodat diegene zich kan verliezen in die beelden van die baby of die beelden van die koe, of die beelden van die boot of foto’s van vroeger. En dan moet zo interessant zijn dat ze eigenlijk vergeet dat ze haar kinderen van school moet halen. En soms is het zo dat het gevoel van die baby en dat vertederde blijft hangen, waardoor je iemand een poosje hebt afgeleid en dat het een na effect heeft.

Stap vier is observeren. En het liefst niet in het beeld van de bewoner, maar dat ze je net niet zien. Dan kijk je wat de dynamiek is: blijft zitten, ontspant  ze, heeft ze aandacht. Maar misschien werkt het ook wel averechts. Boeren en koeien bijvoorbeeld dat is vaak geen goede combinatie. Want boeren die associëren koeien met werk of gedoe en die denken van: “Verrekt, ik moet mijn koeien nog melken of ik moet naar huis.”. Dus je weet nooit hoe iemand er op reageert, maar dat moet je dus observeren. Dat is Stap vier.

Stap vijf is: schrijf het op wat het succes was. Dus als iets heel goed werkte, dan zeg ik: “Oh, ja weet je, als die mevrouw dit doet, dus als mevrouw de eerste keer naar de deur loopt, zet dan alvast de Qwiek.up aan en met die en die module, want dat vindt ze geweldig.”. En dan is dat de formule waarmee je weet dat als ze de eerste symptomen vertoond waarmee het fout gaat, want het is niet altijd in één keer, zet dan alvast de Qwiek.up aan met die en die module want dat vindt ze geweldig, zeg dat en dat en doe het zo lang en schrijf dat op. En als je dat doet, dan maak je het voor je collega’s een stuk gemakkelijker. Als iets niet werkt, moet je dat ook opschrijven. En dat is dus best wel een beetje ingewikkeld om dat te doen, maar uiteindelijk moet je zo met bewoners omgaan. Want je kunt ze niet in jouw stramien drukken. Je kunt niet zeggen van: “Hé, je moet nu dit, je moet nu dat.”. Dat is ook het moeilijke. Sommige huizen hebben deze visie niet. Daar werken vooral mensen die nog bezig zijn met om tien uur iedereen uit bed getrokken te hebben en de bedden opgemaakt te hebben, zodat ze aan de koffie kunnen. En hoe dat gebeurt dat boeit dan niet, want als iemand wat moeilijk is dan ga ik gewoon wat harder mijn best doen, dan ga ik gewoon harder werken. En dat is best wel eens moeilijk, omdat sommige huizen nog heel erg gericht zijn op die ouderwetse zorg en niet zo goed zijn in het omgaan met zulke ingewikkelde gedragingen.

M: Daar ben ik dan wel benieuwd naar. Als jullie dan bijvoorbeeld inderdaad bij een zorginstelling komen waarbij dat het geval is. Wat doen jullie die visie te veranderen, of dwingen jullie dat niet af zeg maar.

T: Nou, dat is wel eens gebeurt en dat gebeurt bij ZuidOostZorg ook wel, want we hebben er al heel veel workshops gegeven en er al heel veel in geïnvesteerd. Zowel ZuidOostZorg als wij. Dat mensen door die Qwiek.up nu denken van: “Ja die mevrouw kan ik nu niet normaal uit bed krijgen, maar nu met de Qwiek.up lukt het me wel.”. De Qwiek.up is dan een middel waarmee ze het gemakkelijker voor elkaar krijgen. Er zijn genoeg locaties, en dat zou je gewoon eens moeten vragen, bijvoorbeeld in Appelscha zit een locatie en in Beetsterzwaag ook, daar zijn ervaringen met cliënten die eerst gewoon knokkend uit bed gehaald moesten worden, met fysiek geweld. En nu met de Qwiek.up zetten ze vijf minuten voordat ze die mevrouw wakker maken de Qwiek.up aan. En na vijf minuten maken ze die mevrouw wakker en zeggen ze: “Mevrouw, wordt lekker wakker, moet u eens kijken.”, en laten ze de bewoner rustig wakker worden. En na tien minuten is die mevrouw helemaal ontspannen en afgeleid dan beginnen ze heel voorzichtig met de ADL. En die mevrouw is afgeleid en kijkt alleen maar naar het plafond en vergeet dat de zorgmedewerkers haar komen verzorgen. Als mensen dat voor elkaar krijgen, dan inspireert dat anderen weer. Maar het is echt die eerste twee maanden dat je daar moeite voor moet hebben en er in moet investeren om het voor elkaar te krijgen.

J: En het vijf-stappenplan wat je noemde van Vilans, is dat ook iets wat je tijdens die introductie aan de groep doorloopt?

T: Ja, want dat is eigenlijk, als het nou over de Qwiek.up gaat of wat dan ook, die vijf stappen doe je eigenlijk met alles. Je moet altijd als je over een afdeling loopt, mensen om je heen scannen en hoe moet ik ze bejegenen. Die vijf stappen zijn op alles van toepassing. De Qwiek.up is daarin een tool die je kunt inzetten. Sommige locaties zijn daar super goed in en die hebben dat al helemaal in de vingers, die visie en daarmee omgaan. En andere dus niet en dat is naar mijn idee vaak de basis of de Qwiek.up goed werkt of niet. Of er een basisvisie is in hoe om te gaan in het welzijn van bewoners.

M: wat zouden factoren kunnen zijn die dat kunnen beïnvloeden, die visie. Is dat leeftijd, of is dat echt hoe een zorginstelling van oorsprong werkt?

T: Ik denk dat, je hebt natuurlijk een hele oude garde met zorgmedewerkers die gewoon nog heel erg zitten in ‘zo doen we dat al tig jaar’ en ‘even doorpakken’. “Ik moet per se die bedden opgemaakt hebben, want anders ben ik een slechte zorgmedewerker.”. En terwijl die zorgmedewerker de bedden staat op te maken, breekt de pleuris uit de in de woonkamer waar ze dan niet is. Terwijl, de nieuwe zorgmedewerker die denkt dan: “Hé, laat die bedden maar even zitten, ik ga nu naar die huiskamer.”. Maar ook dat sommige mensen denken van: “Oh, ik heb er geen tijd voor of ik ben er te druk voor.”. Maar dat hoor je wel steeds minder.

J: En dat dat een reden is voor het niet inzetten van de Qwiek.up?

T: Ja want dan denken ze: “Ik heb al zo veel te doen, moet ik dat ding ook nog inzetten.”.

M: Het is op zich wel leuk dat je dat benoemd, want dat zijn ook dingen die we dus in de enquête wel gaan uitvragen.

T: Ja, perceptie van tijd is een hele belangrijke. Want in sommige huizen waar ik kom zeggen ze: “Oh, maar we zijn zo druk.”. En in andere huizen zeggen ze: “Druk? Nee je kunt alleen maar druk doen, druk zijn is onzin.”. Want je dienst eindigt hoe dan ook. En als het meezit dan leeft iedereen nog, daar heb je heel weinig invloed op. Het is vooral keuzes maken in wat belangrijk is. Er zijn heel veel heilige huisjes in de zorg waar aan vastgehouden wordt en dat maakt het soms wel eens moeilijk.

T: Dus ik denk één gewoon dat je echt meegaat met de behoeftes van de bewoners en er zijn mensen die onbekend maakt onbemind, van ja dat ding dat zal wel gedoe zijn. Maar iedereen die ik zeg maar een training mag geven denkt oh wat een kansen zitten hierin en wat leuk, hier moet ik wat mee gaan doen. Maar onbekend maakt onbemind. Sommigen: ‘ja dat ding heb ik weleens gezien maar nooit gebruikt, ja zal wel gedoe zijn’.

M: Ja precies.

T: Dus ik denk per team heb je maar een of twee toppers nodig aan zorgmedewerkers en dat zijn vaak de wat jongere, gedreven mensen die die heilige huisjes niet kennen, die dat voortraject doen. Dat ze zeggen eh maar ik haal mevrouw Jansen met de Qwiek.up er zus en zo eruit, als jij dat ook nou ook doet, gaat dat jou ook makkelijk af.

M: Oké. Is dat ook iets wat jullie in de praktijk merken? Dat als andere zorgmedewerkers succes ervaren met de Qwiek.up dat anderen eerder geneigd zijn om hem ook toe te passen?

T: Ja en dan is het belangrijkste dat dat geborgd wordt in het zorgleefplan. Dus als iemand goed uit bed gehaald kan worden, dan kan dat niet alleen maar zijn als Truus aan het werk is. Dat is natuurlijk zonde, dus dan moet Truus of die topper is, moet je het opschrijven van hé wil je haar goed uit bed krijgen? Dat kost je twee minuten tijd om de Qwiek.up op te halen en aan te zetten en that’s it. Maar dan kan het zijn dat je haar alleen uit bed krijgt of ontspannen uit bed krijgt waar je misschien wel de hele dag profijt van hebt.

J & M: Ja, precies.

T: Dus ja waar heb je het over tijd. Dikke onzin.

M: Ja, ja oké

T: Maar je hoort dat wel steeds minder, dat tijd een ding is. Dat is wel een slecht excuus tegenwoordig. Het is bijna het verboden woord. Daar heb ik soms wel discussies over met medewerkers. ‘ja daar heb ik toch geen tijd voor’. Maar daar heeft de bewoner toch niks aan als jij druk loopt te doen? Die heeft een behoefte. Dat jij zegt daar heb je geen tijd voor, maar als jij niet voldoet aan die behoefte dan slaat ie de boel kort en klein. En dan heb je echt een tijd. Dus dat is nog weleens moeilijk zeg maar, in dat opzicht. Ja, weetje. Uiteindelijk.. Het kan ook zijn, er gebeurt ook weleens dat zorgmedewerkers alleen maar brandjes blussen. Dus dat ze denken nou als niemand tegen het plafond gaat, dan heb ik het goed gedaan deze dienst.

M: Precies, ja.

T: Snap je, een zesje is goed. Maar eigenlijk wil je, misschien, als de bewoner helemaal niet onrustig is maar heel blij wordt van een koningshuismodule met tweehonderd foto’s van vier generaties koningshuis, diegene is niet onrustig, die heeft geen absolute behoefte maar je ziet haar wel intens genieten van zo’n moment.

J: Ja, precies.

T: Nou waarom doe je dat dan niet, dat is toch mooi? En dat is zeg maar soms, heel veel huizen doen dat dus, want er zijn ook heel veel huizen van ZOZ die ze echt super goed gebruiken en die echt belachelijk veel uren hebben. Maar sommige huizen zitten toch nog een beetje in de ouderwetse vorm vast: ‘ja ja ja, daar hebben we niet zo veel tijd voor of dat is gedoe’ of wat dan ook.

M: Wij hebben dan vier locaties doorgekregen, dat zijn Ikenhiem, Sinnehiem, de Waadwente en Lijtehiem. Dat zijn de vier locaties waarvan bij ons bekend is dat hij dus niet consequent wordt ingezet.

T: Ja. Als je wil, zet dat even die locaties op de mail want we doen elk jaar onderhoud en dan kunnen we zien hoeveel Qwiek.ups er staan en hoeveel uren ze gebruikt zijn. Dus dan heb je ook statistisch een beetje informatie.

J & M: Oh, mooi. Dat is heel fijn.

T: En dan kan ik ook wel, dat is misschien voor jullie een interessante vraag dat ik even aan een collega of ie dat van alle Qwiek.ups kan uitdraaien. Dan kan je het even in vergelijking zien tot anderen.

J & M: Super! Ja, dat is echt ideaal.

T: En wat je dan alleen maar hebt, en dat is wel weer de kanttekening, is het aantal branduren. En wat je daar niks over zegt is de kwaliteit van inzet. Dus een Qwiek.up kan heel veel uren gebrand hebben, maar als ie elke ochtend aangezet wordt in de huiskamer als aquarium en ’s avonds uitgezet wordt dan kan je denken wow die wordt heel veel gebruikt, maar hij bewerkstelligt helemaal niks, snap je. Dus uren zijn niet alles, maar ze geven wel een beetje een indicatie aan.

J & M: Oh ja, oké.

M: Wij proberen dat ook in de vragenlijst uit te vragen hè, van hoe vaak zetten ze de Qwiek.up dan in en dan hebben we een vraag van de afgelopen week. Maar ook heel erg gericht op dat ze door hebben wat de effecten ervan zijn, dat ze weten op welke momenten ze hem moeten inzetten hè, dat ze niet alleen de voordelen voor zichzelf zien maar ook de voordelen voor de cliënten dat zijn allemaal dingen die we wel hebben meegenomen in de vragenlijst dus we zijn wel benieuwd wat daar uit komt.

T: Ja leuk. Ik kan je onze evaluatie ook wel even doorsturen want wij hebben ook zo’n vragenlijst. Dus misschien heb je daar wat aan of denk je hé dat is ook nog een goeie vraag. Wij doen heel veel op de schaal van 0 tot 10 zeg maar.

M: Ja wij hebben een schaal dan van helemaal mee eens tot helemaal mee oneens, dat zijn dan stellingen.

T: Ja, ja. Dus dat kan ik je ook doorsturen.

J & M: Oh mooi. Dankjewel.

T: Ja. En ik denk dat het ook goed is voor jullie om te vragen van goh waarin hebben jullie nog ondersteuning nodig, hoe zouden jullie er een groter succes van kunnen maken.

M: Ja, dat hebben we ook bedacht als enige open vraag.

T: Ja, dat is goed. Want als ze dan vervolgens zeggen van ja weet je we hebben niet, we krijgen niet ondersteuning in die training of wat dan ook, nou prima. Maar het is ook altijd wel moeilijk want de zorg doet ook weleens, dat zeggen ze dan maar, ik heb ook mensen in workshops gehad van ZOZ, maar dat is gewoon overal, waar je echt dan ook tijd in investeert en dan heb je ene training van drie uur en dan nog een keer drie uur twee maanden later, en dan vraag je dus na die tweede sessie ‘goh heb je hem gebruikt de laatste maanden? Nee ben er eigenlijk niet aan toe gekomen, was veel te druk’. Nou weet je, dan breekt mijn klomp.

J: Ja…

T: Snap je. Dus het is soms ook gewoon zoals het is. En misschien een andere tijd wat beter gaat. Ik denk dat deze coronatijd wel helpt bij de implementatie van de Qwiek.up. Want wat er nu gebeurt is heel veel familieleden willen allemaal foto’s of filmpjes toesturen en die kan je dan met de Qwiek.up afspelen.

J: Oh, ja.

T: Dus dan wordt de zorg wel gedwongen om ermee aan de slag te gaan.

M: Om hem wel te gebruiken.

T: Ja. Dus ik merk dat ze d’r ook een hoop locaties nu ineens wel goed gebruiken omdat ze denken oh ze zijn allemaal binnen en ik heb allemaal leuke dingen op ene USB-stickje gezet om ze af te leiden om buiten naar binnen te halen.

M: Ja. Ik zit even te kijken naar onze vragen hoor Jessica.

J: Ja klopt.

M: Heel vele vragen hebben we al beantwoord gekregen die we hadden staan.

J: Ja, even kijken wat nog gedetailleerd moet. Wat we willen weten.

M: Ja want we hebben het al over ZOZ gehad, op heel veel locaties wordt ie dus wel goed gebruikt. Nou ja, we zijn al tot de conclusie gekomen dat er een paar locaties zijn waar dit nog meer zou kunnen.

T: Ja en ik zou dat vooral ook noemen hè, dus niet slecht maar beter. Hij kan nog beter ingezet worden. Want elke inzet als dat een effect heeft, is positief, maar het kan altijd beter.

M: Ja, ja precies.

T: Dan denken mensen van oh we staan op een lijst van slecht presteren en … is dat.

M: Nee, nee klopt. Even kijken hoor. Nou we hebben het er ook over gehad wat jullie doen op momenten als hij dus niet wordt ingezet. Je had het erover dat jullie dan ook weer iets van een training aanbieden?

T: Ja. Nou wat wij doen is, we leveren hem dus. En dan ongeveer drie of zes maanden doen we een evaluatie, die stuur ik jullie door, en dan vragen we dus eigenlijk van hoe gaat het, hoe gebruiken jullie hem? En na een jaar komen we altijd de Qwiek.up onderhouden. En dan lezen we dus ook het aantal uren uit. En de servicemonteur stuurt een rapportje met het gesprekje wat ie heeft met de contactpersonen naar mij toe en daar haal ik uit van hé wordt deze goed gebruikt of niet. Als ik merk van hé hij heeft weinig uren gedraaid dan neem ik contact op. Laatst had ik een zorgorganisatie in het westen van het land en die hadden acht Qwiek.ups aangeschaft en er waren een aantal Qwiek.ups bij die hadden in een jaar tijd maar vijf uur gedraaid. Nou, dat is echt gewoon niks dat is nul. En vervolgens neem ik dan weer contact op met mijn contactpersoon centraal en zeg goh, jullie hebben hier een smak geld uitgegeven maar het heeft helemaal niks, tot niks geleid. Hoe kan ik ondesteunen. En daar heb ik dan zou ik een workshop hebben gegeven, maar ja dat kan nu niet dus nu heb ik een virtuele soort van training gegeven.

M: Ja, ja. Oké.

T: Videobellen. En dat is vaak ook gratis dus als het een korte training is, ik moet een keertje langskomen om het nog een keer onder aandacht te brengen dan is dat gratis. En als mensen echt zeggen hé we willen training van vier uur, die is ook geaccrediteerd. Ja, dan kost het geld.

M: Ja want het is eigenlijk zo, het doel van ons onderzoek is dat wij ook richting een soort interventie gaan, hè die het gebruik van de Qwiek.up door zorgmedewerkers kan stimuleren. Dus wij waren benieuwd wat doen jullie dan om dat gebruik te kunnen stimuleren. Want ja want wij komen uiteindelijk ook met een soort van plan. Dus om het gebruik op die vier locaties te stimuleren. Maar we dachten hè als jullie al bepaalde dingen al hebben of interventies inzetten die gewoon werken. Misschien kunnen wij daar ook iets mee doen. Omdat jullie hier natuurlijk de meeste ervaring mee hebben.

T: Ja absoluut. En dat is ook interessant. Dus zeker houd me op de hoogte want dat is voor ons ook belangrijk. Het is denk ik goed om uit te vragen of goed in je vragenlijst te kijken van hé kan je erachter komen waar het dus aan ontbreekt. Dat mensen kunnen zeggen nou we hebben verkeerde zorgbewoners, we hebben helemaal niet dat ze problemen, of we hebben geen tijd of we hebben geen leuke beelden of het werkt niet of we snappen hem niet of weetje allemaal dat soort dingen. En daar kan je wel uit opmaken van hé weet je wat speelt er nu echt. Wat ook vaak gebeurt is ja maar hij staat al ergens anders. Dus als de Qwiek.up niet beschikbaar is als een zorgmedewerkers uit eht kantoor van welzijn moet halen, volgens mij is dat op de Waadwente zo. Daar stond ie altijd bij Welzijn in het kantoor. Want Welzijn gaat dat doen. Dus als iemand in de zorg dacht oh die meneer moet ik afleiden, dan moesten ze naar beneden om naar kantoor te gaan om daar de Qwiek.up te halen. Nou dat gaat niet gebeuren. Dus beschikbaarheid is super belangrijk. En daarom zijn de laatste ja... de laatste tijd, want ook het beleidteam heeft ook weer extra Qwiek.ups gekregen. Je gebruikt hem niet veel, maar dat kwam omdat ie niet beschikbaar was. Dus als hij niet voorhanden is kan het ook zorgen dat je hem niet gebruikt.

J & M : Oh, ja, ja.

T: Dus en hij moet altijd op zorgafdelingen staan. Als hij niet op een zorgafdeling staat, ja dan is het een heel gedoe om te gaan zoeken en dan gaat ie dus niet gebruikt worden. Dus beschikbaarheid is ook super belangrijk. En dat klinkt heel commercieel, maar vaak de locaties, bijvoorbeeld Neibertilla staan er meer dan tien, bijna afdelingen hebben er wel een. Dat maakt dat ie ook laagdrempelig ingezet kan worden. Want een zorgmedewerker gaat niet als ie druk is ’s ochtend in de ADL even naar een andere afdeling om hem daar op te halen.

M: Nee, hij moet gewoon direct voorhanden zijn.

T: Dus, en ja inderdaad, ik ben verder benieuwd ook wat de rede daarvoor is want we hebben echt heel veel aangeboden binnen ZOZ.

J: Ja, zo klinkt het inderdaad.

T: We hebben heel veel workshops ook gegeven waar dan best weinig of bij ingeschreven wordt eigenlijk

M: Oh echt?

T: Ja. Dus wel wat, maar dan ook niet heel enthousiast dus soms, en daar moeten jullie ook rekeningen mee houden, soms zijn bepaalde teams lopen gewoon niet goed. Snap je? Het zijn mensen die komen gewoon naar hun werk en die doen hun ding. Dat doe je weinig aan.

M: Nee, ja daar heb je misschien niet heel veel invloed op nee, inderdaad.

T: Dus het is ook leuk om dit met teamleiders jouw uitkomsten hé.. je team en het is de vraag wat speelt er nu eigenlijk echt? Hè om te kijken van hé wat is van buitenaf de visie.

M: nou, wat wij wel ook in onze enquête hebben meegenomen, is bijvoorbeeld dat noemen ze dan de sociale invloed. Dus dat bijvoorbeeld jouw leidinggevende of collega’s ook van invloed kunnen zijn op de keuze of je de Qwiek.up wel of niet inzet. Hè dat misschien de leidinggevende van bovenaf dat er niet genoeg ondersteuning is om hem in te zetten op de momenten waarop dat kan zeg maar. Dat is wel iets wat we hebben meegenomen, ook.

T: Ja het is vooral om te polsen wat de dynamiek is. Kijk sommige teams zijn super productief en daar kan dan alles, en dan zeggen ze oh daar hebben we geen onbegip straks, want weet je we zitten bovenop nze bewoners en het gaat als een speer. En anderen ja daar is het gewoon chaos weet je die vinden echt alles te veel. En het is gewoon één grote jungle, dat gebeurt. Ik zeg niet dat dat nu bij ZOZO, maar dat gebeurt soms. Hè, soms heb je een goed team en soms heb je een slecht team. En ja als een team niet loopt, ja dan gaat zo’n extra ding, de Qwiek.up, ook niet werken. Dus dat is ook altijd wel een beetje spannend.

M: Ja. Ik heb het opgeschreven.

T: En het rare is, we hebben ook weleens, om mij en onze enquêtevragen we ook altijd van goh, hoe graag, nou, even denken hoor. Er zijn twee vragen.. Hoe teleurgesteld zou u zijn als u hem zou moeten inleveren. En zou u hem iemand anders aanbevelen en nou ja zoiets. En dat ook mensen die hem dus heel weinig gebruiken, daar heel enthousiast over zijn. Maar dat niet doen haha. Snap je, ‘we willen hem echt niet missen’ maar vervolgens gebruiken ze hem heel weinig.

M: Ja.

T: ik maak altijd de vergelijking met een hele dure sportauto. Die zijn ontwikkeld om de meest briljante dingen te doen hè, om heel hard oer het circuit te kunnen gaan. En dan koopt een of ander oud boertje zo’n auto en die gaat gewoon lekker mee door het dorp rijden. En dan kan je natuurlijk als ontwikkelaar denken ja jemig zeg, dat is zonde moet je zien wat je er allemaal mee kan en wat je er niet mee doet of wat dan ook. Maar als die klant of als die afdeling heel blij is met datgene wat ie hè, hoe ie hem gebruikt, dat is ook iets.

J: Ja, ja.

T: Als zei zeggen we zijn er blij mee. Maar aan de ander kant als je dan zegt vervolgens hè, maar bewoners hebben er meer behoefte aan maar daar wordt niet aan beantwoord, dan is het wel weer zonde. Hè en we zijn ook met een onderzoek volgens bezig met mensen uit ZOZ over medicatiegebruik. Er zijn gewoon klanten van ons die substantieel minder medicatie gebruiken door de Qwiek.up. Want medicatie is natuurlijk altijd symptoombestrijding. Iemand is onrustig, we geven hem medicatie en dan gaan de scherpe randjes ervan af. Maar als je die onrust kan voorkomen of kan afleiden door de Qwiek.up, ja dan heb je vaak helemaal geen medicatie nodig.

M: Nee, nee klopt.

T: En op heel veel plekken is dat gewoon echt het geval. Dat mensen met de Qwiek.up in slaap vallen en geen slaapmedicatie meer nodig hebben omdat ze echt tot rust komen en daardoor in slaap vallen.

J: Dat is wel echt heel mooi he.

T: Je kan natuurlijk ook pillen gewoon erin stoppen, dan gaan ze ook slapen dan is het probleem ook opgelost.

M: Ja.

T: Ja, dus dat is, beide is een oplossing, pillen is heel weinig gedoe. Maar het effect daarvan is weer dat iemand naar wakker kan worden of hè, ik zie weleens mensen die voor en na een medicatie wisseling. Nou dat is echt dag en nacht, dat je eerst een levendig iemand ziet en daarna een gedrogeerd iemand waar bijna geen sprankje energie meer uitkomt. Maar ze zijn wel lekker rustig.

M: Ja. Dat is een beetje mijn persoonlijke mening. Maar als je kan kiezen, dan kies je toch voor, als je met een Qwiek.up kan, dan zou ik daarvoor kiezen. Want ik bedoel het gaat ook om de welzijn van je cliënten denk ik dan.

T: Ja, maar het is niet de makkelijkste weg he de Qwiek.up inzetten, want toch gedoe, in het begin is het een gedoe. En daarom zeg ik als je die eerste twee maanden je eigen gêne overstapt en denk hé hoe werkt het nou eigenlijk en inderdaad het is niet moeilijk en moet je zien hoe blij die mensen zijn. Negen van de tien mensen kicken wel op blije mensen hè, of op rustige f alerte mensen of mensen die genieten. Maar ja, je moet er wel, ja het is gedoe je moet er echt energie insteken, het ding doet het niet zelf. En de medicatie werkt dan wel vaak heel makkelijk en snel, snap je. Dus dat is weleens moeilijk.

M: Ja. Even kijken. Heb jij nog vragen Jessica?

J: Even kijken hoor. Wij krijgen dus een linkje of een evaluatie van welke interventies of workshops er zijn ingezet door jullie, of?

T: Ja.

J: Ja hè? Oké.

T: Ja, ik heb, ik zal je twee mailtjes sturen die we altijd …… en ik stuur de evaluatie, dat zijn gewoon term plates, dat stuur ik gewoon naar een van jullie op. En ik moet even kijken of een collega al die gebruikersdata uit het systeem kan halen. Die is van de week vrij, hij heeft nu vakantie. Dus dat ga ik eventjes voor volgende week op zijn agenda zetten of hij dat kan doen of hij een overzichtje kan maken. Er is ook een andere die dat kan doen. Die zou ik even vragen om dat allemaal op een rijtje te zetten. En wat ook wel leuk is, wat we met onze nieuwe Qwiek.ups kunnen, is ook precies zien hoe ze gebruikt worden. Dus de oude, de meeste Qwiek.ups van ZOZ, konden we alleen maar zien hoeveel uren er gebrand werden. Maar onze nieuwe Qwiek.ups kunnen we zien hoe vaak is die gebruikt, op welke momenten van de dag en hoe lang. Dus welke modules, welke knoppen is er gedrukt. Zodat we veel meer inhoud inzicht hebben in het goede gebruik, en dus ook meer kunnen sturen ‘ik zie dat je hem nooit gebruikt tijdens de ADL, hoe komt dat? Oh kan dat ook dan? Ja dat kan ook. Oh, goed idee dat gaan we eens proberen’.

M: Ja dus dan kan je specifieke mensen zeg maar weer stimuleren.

T: Ja precies, precies. Dat je zegt van hé waarom staat dat ding vijf uur achter elkaar aan, weet je. Beetje zonde. En dan zeggen ze ja maar dat is toch leuk. Nou dan zeggen we van ja dat denk ik niet want mensen hebben maar een hele korte aandachtspan en ze kunnen niet vijf uur lang naar iets kijken, dat houdt bij een half uurtje wel op.

M: Even kijken hoor. Ik zit even te zien wat voor vragen we nog meer hadden gesteld, maar heel veel vragen hebben we niet gesteld maar hebben we wel al antwoord op gekregen.

J: Dat is alleen maar mooi.

T: Mooi.

M: We hadden inderdaad dus ook nog ervaringsonderzoek nou daar heb je al over verteld dat je ons dat gaat sturen dus dat is heel fijn. Nou je hebt het ook met ons over gehad dat het ook wel voorkomt dat de Qwiek.up niet overal goed wordt ingezet. Even kijken hoor, nou ja op het moment dat hij niet volledig wordt ingezet, dat jullie dan gaan kijken van waar ligt dat aan, jullie doen dan die jaarlijkse check en dan kunnen jullie dus kijken hoeveel uren die heeft gemaakt. En dan of er ook weer een extra training of extra workshop die worden gegeven. Dus ik...

T: Soms reageren mensen daar helemaal niet op hè, dus dat ik zeg van hé hij wordt helemaal niet goed gebruikt, wat vervelend, wat kan ik voor jullie betekenen? En daar wordt gewoon niet op geantwoord en dan bel ik nog een keer of dan mail ik. Het zijn gewoon mensen die schaffen zoiets duurs aan en dan doen ze er vervolgens niks mee. Ja dat is gewoon dikke zonde.

M: Dat kun je je bijna niet voorstellen denk ik dan.

T: Nee, nee. En op en gegeven moment dan laten wij het ook gewoon los en dan denken we nu dan, dan is het zo.

M: Ja precies. Nou volgens mij zijn we er dan wel of niet.

J: Dat denk ik wel ja.

.  
.  
.

T: Het rare is natuurlijk dat je, iedereen krijgt hetzelfde, iedereen heft ongeveer dezelfde bewoners. Iedereen heeft ongeveer hetzelfde team en hetzelfde apparaat. En waarom werkt het bij de ene wel briljant en bij de andere niet? Hè, dus dat ligt ook wel zit ook wel heel veel bij de mensen zelf, van hé hoe staan ze er zelf in. Er wordt genoeg aangeboden. Bij de Qwiek.up zit ook .. modules met e-learning, dus ze kunnen op elk moment kunnen ze dat ding in de Qwiek.up steken en de e-learning op de Qwiek.up afspelen om onderling het weer eens onder de aandacht te brengen. Ja de vraag of ze dat doen, ja dat is dat weten we niet. Dus dat is dan ook een beetje spannend. All right. Ik heb jullie nu net al twee mailtjes, drie mailtjes gestuurd met de evaluatie en met de leverinformatie naar levering. En dan kan je er gewoon even op doorklikken. En op de website staat al informatie ook het allemaal documenten met observatie- en evaluatieformulieren, dat stappenplan van Vilans, de e-learning die we hebben gemaakt, ja alles. En ja dat is het, ik zal mijn collega nog even vragen of hij een overzicht kan maken voor jullie van al het gebruik van de Qwiek.ups binnen ZOZ. En daar houd ik je even op de hoogte over.

M: Trouwens, ik heb nog wel even een vraagje. Misschien weet je dat ook wel niet hoor. Zeg maar de, Ingrid is dan verpleegkundige bij ZOZ ik weet niet precies meer op welke locatie Ingrid werkt. Maar zij is een beetje het bruggetje voor ons met de zorgmedewerkers. Wij hebben Ingrid al een paar keer gevraagd hoeveel zorgmedewerkers er op de verschillende locaties gebruikmaken van de Qwiek.up, maar zij heeft voor ons daar niet echt een concreet antwoord op gegeven. Dus ik dacht misschien weet jij dat toevallig wel.

T: Is dat Ingrid van Breda?

M: Nee, zij heet Ingrid Meijer-Venema.

T: Meijer-Venema… Dat is heel moeilijk want dat is dus gewoon.. eigenlijk staat hij sinds dit jaar op alle locaties. Dus theoretisch gezien kunnen gewoon alle medewerkers, en dat kan je gewoon op de ZOZ site vinden hoeveel medewerkers er werken bij ZOZ, eigenlijk iedereen kan ermee werken.

M: Oké.

T: Het tehuis beschikt gewoon voor alle medewerkers, of ze het gebruiken is een tweede. Kijk als ze op een somatische afdeling werken, zullen ze hem minder gebruiken. Maar hij is gewoon voor iedereen beschikbaar.

J & M: Oké, helder.

T: Ja. En als je nog verhalen wil hebben, want ik weet niet of jullie ook zelf contacten mogen opnemen met mensen die hem goed gebruiken. Dat mag niet denk ik of niet?

M: Nee, dat is een beetje lastig inderdaad. We hebben nu echt vanwege Corona afgesproken dat het contact wat er is richting de zorgmedewerkers, dat dat dus via Ingrid verloopt. Jessica en ik mogen zelf geen contact opnemen met..

T: Nee dat is wel jammer, want er zijn wel echt een paar toppers die hem echt super goed gebruiken die bij ons ook wel bekend zijn. Maar gebruik ook mijn informatie dan hè, als je denkt hé ik moet iets weten dan kunnen we dat gewoon doen.

M: Dankjewel.

T: Yes. Nou succes met het verwerken van alles. Als ik jullie ergens mee kan helpen, schroom niet om het te vragen of meedenken.

M: Is goed. Misschien, we sturen je zo nu en dan wel even een update hoe het gaat en hoe het ervoor staat.

T: Ja, mooi. Nou succes, fijne dag nog.

## Bijlage 7 | Digitale Enquête - Variabelen en bijbehorende items

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Theorie | Variabelen | Item | Stellingen | Bron |
| Implementatieproces | Oriëntatiefase | IPO1 | ‘Ik heb het idee dat ik een rol heb gespeeld in het vormen van een besluit over het wel of niet gaan gebruiken van de Qwiek.up binnen ZuidOostZorg.’ | Gebaseerd op basis van operationalisatie van de verschillende implementatiefasen zoals die zijn beschreven door Grol en Wensing  (2017) en Hoogendam en Linger (2010). |
| IPO2 | ‘Ik ben geïnformeerd over de reden waarom er nu binnen ZuidOostZorg met de Qwiek.up wordt gewekt.’ |
| IPO3 | ‘Ik ben geïnformeerd over de Qwiek.up en hoe ik deze moet toepassen.’ |
| Inzichtfase | IPI1 | ‘Ik ben geïnformeerd over voordelen die de Qwiek.up heeft bij de behandeling en begeleiding van cliënten met dementie’ |
| IPI2 | ‘Ik ben geïnformeerd over op welke momenten ik de Qwiek.up kan gebruiken.’ |
| IPI3 | ‘Het is voor mij duidelijk op welke momenten er van mij wordt verwacht dat ik de Qwiek.up gebruik.’ |
| Acceptatiefase | IPA1 | ‘De organisatie heeft mij, voordat ik de Qwiek.up ging gebruiken, het vertrouwen gegeven dat ik in staat ben om dit succesvol te doen.’ |
| Veranderingsfase | IPV1 | ‘Er is mij aangeleerd welke vaardigheden er nodig zijn om de Qwiek.up in te zetten.’ |
| IPV2 | ‘Ik heb feedback gekregen over de manier waarop ik de Qwiek.up gebruik.’ |
| Behoud van verandering | IPB1 | ‘Ik heb ondersteuning ontvangen vanuit ZuidOostZorg om de Qwiek.up consequent in te zetten tijdens de behandeling en begeleiding van cliënten met dementie.’ |
| Innovatietheorie | Relatief voordeel | ITR1 | ‘Het gebruiken van de Qwiek.up bij de behandeling en begeleiding van cliënten met dementie heeft voordelen.’ | Gebaseerd op basis van de operationalisatie van de kenmerken van de Innovatietheorie (Rogers, 2003), zoals die in Brinkman (2017) en Van der Zwet en de Groot (2018) staan beschreven.  Gebaseerd  op de stellingen die Atkinson (2007) voor zijn onderzoek heeft geformuleerd aan de hand van de kenmerken van de Innovatietheorie (Rogers, 2003). |
| ITR2 | ‘Het gebruiken van de Qwiek.up zorgt voor minder tijdsdruk binnen mijn werk.’ |
| ITR3 | ‘Het gebruik van de Qwiek.up vergroot de kwaliteit van leven van de cliënten met dementie.’ |
| ITR4 | ‘Doordat ZuidoostZorg gebruikmaakt van de Qwiek.up kunnen meer cliënten van zorg worden voorzien.’ |
| ITR5 | ‘Door het gebruiken van de Qwiek.up is mijn werkervaring positiever dan voordat ik hier gebruik van maakte.’ |
| ITR6 | ‘Mijn werkzaamheden zijn leuker geworden sinds ik gebruikmaak van de Qwiek.up.’ |
| Compatibiliteit | ITC1 | ‘De Qwiek.up sluit aan bij de manier waarop ik graag zorg verleen aan cliënten met dementie.’ |
| ITC2 | ‘Andere zorgmedewerkers moeten de Qwiek.up vaker inzetten wanneer er sprake is van probleemgedrag bij cliënten met dementie.’ |
| ITC3 | ‘Andere zorginstellingen die zorg verlenen aan cliënten met dementie zouden ook gebruik moeten maken van de Qwiek.up.’ |
| Complexiteit | ITS1 | ‘Ik weet hoe de Qwiek.up werkt.’ |
| ITS2 | ‘Ik weet welke functies de beamer (Qwiek.up) allemaal heeft.’ |
| ITS3 | ‘Ik weet hoe ik elke functie op de Qwiek.up kan bedienen.’ |
| ITS4 | ‘Ik weet hoe ik moet werken met de verschillende belevingsmodules.’ |
| ITS5 | ‘De Qwiek.up is gebruiksvriendelijk.’ |
| Testbaarheid | ITT1 | ‘Ik heb de mogelijkheid gehad om met de Qwiek.up te experimenteren zodat ik ervaring kon opdoen.’ |
| ITT2 | ‘De mogelijkheid om de Qwiek.up te testen is belangrijk voor mijn besluit om deze daadwerkelijk te gaan gebruiken.’ |
| Waarneembaarheid | ITW1 | ‘Ik heb gezien dat collega’s de effecten van het gebruik van de Qwiek.up als positief ervaren.’ |
| ITW2 | ‘Ik heb gezien dat collega’s de effecten van het gebruik van de Qwiek.up als negatief ervaren’. |
| Technology Acceptance Model 3 | Aangenomen Bruikbaarheid | TAB | ‘Het wel gebruiken van de Qwiek.up levert meer voordelen op dan het niet gebruiken van de Qwiek.up.’ | Gebaseerd op basis van de operationalisatie van de begrippen van de TAM 3 zoals die door Venkatesh en Bala (2008) zijn beschreven.  Gebaseerd op de stellingen voor het uitvragen van de externe variabelen uit het onderzoek van Son et al (2012). |
| Image | TAB-I1 | ‘Het gebruiken van de Qwiek.up verbetert mijn aanzien in de maatschappij.’ |
| TAB-I2 | ‘Ik geloof dat het gebruiken van de Qwiek.up mijn imago verbetert’. |
| Job Relevance | TAB-JR1 | ‘De Qwiek.up is een innovatie die aansluit bij mijn werkzaamheden als zorgmedewerker.’ |
| TAB-JR2 | ‘In mijn werk is het gebruik van de Qwiek.up relevant.’ |
| Output Quality | TAB-OQ1 | ‘Het gebruiken van de Qwiek.up stelt mij in staat om mijn taken sneller uit te voeren.’ |
| TAB-OQ2 | ‘Het inzetten van de Qwiek.up is tijdrovend’. |
| TAB-OQ3 | ‘Het gebruiken van de Qwiek.up verbetert de kwaliteit van de zorg die ik lever.’ |
| TAB-OQ4 | ‘Het gebruiken van de Qwiek.up stelt mij in staat om meer werk uit te voeren dan voorheen mogelijk was.’ |
| TAB-OQ5 | ‘Het gebruiken van de Qwiek.up maakt het eenvoudiger om mijn werk uit te voeren.’ |
| TAB-OQ6 | De Qwiek.up helpt mij in het uitvoeren van Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) bij cliënten met dementie.’ |
| TAB-OQ7 | ‘Het gebruiken van de Qwiek.up verbetert mijn effectiviteit op het werk.’ |
| Result Demonstrability | TAV-RD | ‘Ik zou geen moeite hebben om toe te lichten waarom het gebruiken van de Qwiek.up wel of geen voordelen biedt.’ |
| Aangenomen gebruikersgemak | TAG1 | ‘Ik kan de Qwiek.up zonder fysieke of mentale inspanning toepassen bij de behandeling en begeleiding van cliënten met dementie.’ |
| TAG2 | ‘Het is voor mij eenvoudig om vaardig te worden in het inzetten van de Qwiek.up op momenten die daarvoor geschikt zijn.’ |
| Computer Self-efficacy | TAG-CS1 | ‘Ik vertrouw erop dat ik de Qwiek.up op de juiste manier kan gebruiken tijdens behandel- en begeleidingsmomenten van cliënten met dementie.’ |
| Perceptions of external control | TAG-PEC1 | ‘Als ik technische problemen ervaar met het inzetten van de Qwiek.up, dan zijn de mensen die mij hierbij kunnen helpen op elk tijdstip eenvoudig te bereiken.’ |
| TAG-PEC2 | ‘Als ik technische problemen ervaar met inzetten van de Qwiek.up, dan geven de mensen die mij hierbij helpen goede tips en oplossingen.’ |
| Computer anxiety | TAG-CA1 | ‘Ik zie er tegenop om de Qwiek.up te gebruiken bij de behandeling en begeleiding van cliënten met dementie.’ |
| TAG-CA2 | ‘De gedachte dat ik de Qwiek.up moet inzetten maakt mij angstig.’ |
| Computer Playfulness | TAG-CP1 | ‘De keuze om de Qwiek.up in te zetten gebeurt bij mij uit eigen beweging.’ |
| TAG-CP2 | ‘Ik ga op een spontane manier om met het gebruiken van de Qwiek.up.’ |
| Perceived Enjoyment | TAG-PE1 | ‘Ik beleef plezier aan het gebruiken van de Qwiek.up als innovatie.’ |
| Theory of planned behaviour | Attitude | TPBA1 | ‘Mijn houding ten aanzien van het inzetten van de Qwiek.up bij de behandeling en begeleiding van cliënten met dementie is positief.’ | Stellingen van de attitude zijn gebaseerd op basis van de operationalisatie van het begrip zoals Ajzen (1991) deze heeft beschreven.  Stellingen van de sociale invloed en de waargenomen gedragscontrole zijn gebaseerd op de geformuleerde stellingen uit het onderzoek van Reubsaet, Midden en van ZOlingen (2009). Daarnaast is ook de operationalisatie van de begrippen gebruikt van Ajzen (1991). |
| TPBA2 | ‘Mijn houding ten aanzien van de Qwiek.up als technologische innovatie is positief.’ |
| Sociale invloed | TPBS1 | ‘Mijn collega’s vinden het belangrijk dat de Qwiek.up wordt ingezet tijdens de behandeling en begeleiding van cliënten met dementie.’ |
| TPBS2 | ‘Ik voel druk van mijn collega’s om de Qwiek.up in te zetten.’ |
| TPBS3 | ‘Ik ben eerder geneigd om de Qwiek.up te gebruiken wanneer mijn collega’s in de buurt zijn’ |
| TPBS4 | ‘Wanneer ik collega’s de Qwiek.up zie gebruiken, ben ik eerder geneigd dit ook te doen.’ |
| TPBS5 | ‘Ik zal de Qwiek.up eerder gebruiken naarmate mijn collega’s hier lovender over zijn’ |
| Waargenomen Gedragscontrole | TPBZ1 | ‘Ik kan zelf bepalen wanneer ik de Qwiek.up wil inzetten.’ |
| TPBZ2 | ‘Op het moment dat de Qwiek.up ingezet zou kunnen worden, doe ik dit ook daadwerkelijk.’ |
| TPBZ3 | ‘Ik voel me bekwaam genoeg om de Qwiek.up te gebruiken tijdens de behandeling en begeleiding van cliënten met dementie.’ |
| Gedrag | TPBG1 | ‘Ik vind dat ik de Qwiek.up vaker kan inzetten wanneer er sprake is van probleemgedrag bij cliënten met dementie’. |
| TPBG2 | ‘Ik heb het idee dat ik optimaal gebruikmaak van de Qwiek.up.’ |
| TPBG3 | ‘Ik vind het lastig om te bepalen op welke momenten ik de Qwiek.up kan inzetten’. |  |
| Expertinterview | Beschikbaarheid | B1 | ‘Ik heb te allen tijde een Qwiek.up tot mijn beschikking’ | De stellingen ver de beschikbaarheid zijn opgesteld naar aanleiding van het expertinterview |
| B2 | ‘De Qwiek.up is voorhanden wanneer ik deze wil gebruiken’ |

## Bijlage 8 | Formulier “Zorgvuldig omgaan met respondenten” - Digitale Enquête

|  |  |
| --- | --- |
| Project / vak / studieonderdeel: |  |
| Afstudeerbegeleider: | Marieke Kingma |
| Onderwerp: | De implementatie van de Qwiek.up binnen ZuidOostZorg |
| Begin- en eindtijd van het onderzoek: | Startdatum: 12-02-2020  Einddatum: 30-06-2020 |
| Beschrijving van het onderzoek  (kort maar volledig): | Dit onderzoek zal zich richten op het in kaart brengen van factoren die een rol spelen bij het gebruik van de Qwiek,up door zorgmedewerkers op de locaties Ikenheim, Lijtehiem, Sinnehiem en de Waadwente. Uit de probleembeschrijving is gebleken dat de Qwiek.up wel op alle locaties van ZuidOostZorg aanwezig is, maar dat deze nog niet volledig door de zorgmedewerkers wordt ingezet. Het in kaart brengen van deze factoren leidt tot inzichten in de oorzaken voor de onvolledige implementatie van de Qwiek.up binnen ZuidOostZorg. Dit wordt gedaan door een medewerker van Qwiek BV te interviewen die betrokken is bij het implementatieproces van de Qwiek.up en door een digitale enquête af te nemen bij zorgmedewerkers van ZuidOostZorg die werkzaam zijn op één van de bovengenoemde locaties en die tijdens de behandeling en begeleiding van cliënten met dementie de mogelijkheid hebben om de Qwiek.up in te zetten als belevingsgerichte ondersteunend product. |

Ondergetekende(n) verklaart (verklaren) zonder voorbehoud en naar waarheid bijgaand formulier te hebben ingevuld in verband met in het kader van de opleiding Toegepaste Psychologie uit te voeren onderzoek.

|  |  |
| --- | --- |
| Naam van de student(en): | Handtekening: |
| Mirjam Toering  Jessica Geerdink | Afbeelding met helikopter  Automatisch gegenereerde beschrijving |

Datum: 30-03-2020

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Aankruisen indien van toepassing  **A** | | | Beantwoord onderstaande vragen als in de vorige kolom het vakje met 🡺 is aangekruist.  **B** | Kan hier redelijkerwijs toch nog schade uit ontstaan? (kruis het juiste vakje aan)  **C** | |
| **1**  **Privacy / anonimiteit** |  | | |  | Nee | Ja |
| 1.1  Ken je de naam van proefpersonen? Heb je adresgegevens? | Nee X  🡿 | Ja  🡺 | | Hoe is de anonimiteit gegarandeerd? *(Denk aan het niet opnemen van persoonlijke gegevens in een verslag, het veranderen van namen en gegevens enzovoort.)*  Wanneer worden de gegevens vernietigd en wie is daar verantwoordelijk voor?  Als naam van proefpersoon of een bedrijf of dergelijke tóch wordt gepubliceerd, geven de betrokkenen daar dan expliciet toestemming voor? | X |  |
| 1.2  Ken je het e-mailadres van de proefpersonen? | Nee X  🡿 | Ja  🡺 | | Hoe zorg je ervoor dat het adres uit je adressenlijst verdwijnt (sent items, contactpersonen, inbox, andere mappen enzovoort), o.a. met het oog op spam / verspreiding van virussen?  (Verder als bij 1.1) | X |  |
| 1.3  Beschik je over (andere) persoonlijke gegevens? | Nee X  🡿 | Ja  🡺 | | Zijn deze gegevens nodig? Waarom?  (Verder als bij 1.1) | X |  |
| 1.4  Komen proefpersonen op foto of op beeld- of geluidband te staan? | Nee X  🡿 | Ja  🡺 | | Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte?  Wie krijgen dit materiaal te zien / horen?  Geven proefpersonen hier nadrukkelijk toestemming voor? | X |  |
| 1.5  Wordt er gewerkt met bekenden van de onderzoekers? | Nee  X  🡿 | Ja  🡺 | | Bestaat de mogelijkheid van rolverwarring?  Zijn er problemen denkbaar op het gebied van privacy of bijvoorbeeld strijdigheid van belangen en de verhouding die kan ontstaan door een lastige testuitslag?  Wat wordt er gedaan om deze problemen te voorkomen? Welke alternatieve oplossingen zijn overwogen en waarom zijn die niet toegepast? | X |  |
|  | | | | | | |
| **2**  **Informatie en toestemming** |  | | |  |  |  |
| 2.1  Wordt proefpersonen expliciet om toestemming gevraagd? | Ja X  🡿 | | Nee  🡺 | Waarom niet? | X |  |
| 2.2  Worden proefpersonen vooraf op de hoogte gebracht van het doel van het onderzoek / de interventie? | Ja X  🡿 | | Nee  🡺 | Waarom niet?  Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht? | X |  |
| 2.3  Wordt proefpersonen naar waarheid duidelijk gemaakt wie de opdrachtgever is / welke belangen de opdrachtgever heeft? | Ja X  🡿 | | Nee  🡺 | Waarom niet?  Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht? | X |  |
| 2.4  Kunnen proefpersonen deelname weigeren? | Ja X  🡿 | | Nee  🡺 | Waarom niet? | X |  |
| 2.5  Kunnen proefpersonen op elk moment stoppen / van verdere medewerking afzien? | Ja X  🡿 | | Nee  🡺 | Waarom niet? | X |  |
| 2.6  Wordt het proefpersonen duidelijk gemaakt in welke rol je met ze werkt? (Bijvoorbeeld om van te leren, als medewerker voor een opdrachtgever) | Ja X  🡿 | | Nee  🡺 | Waarom niet?  Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht? | X |  |
| 2.7  Wordt proefpersonen de mogelijkheid geboden op de hoogte te worden gebracht van uitkomsten / resultaten? | Ja X  🡿 | | Nee  🡺 | Waarom niet? | X |  |
| 2.8  Wordt aan proefpersonen onjuiste informatie verstrekt over de opdrachtgever, het doel van het onderzoek of dergelijke.? | Nee X  🡿 | | Ja  🡺 | Waarom?  Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht? | X |  |
| 2.9  Zijn (sommige) proefpersonen minderjarig? | Nee X  🡿 | | Ja  🡺 | Is toestemming geregeld met ouders/verzorgers? Zo nee, waarom niet? | X |  |
| 2.10  Zijn (sommige) proefpersonen wilsonbekwaam? | Nee X  🡿 | | Ja  🡺 | Is toestemming geregeld met eventuele andere verantwoordelijken? Zo nee, waarom niet? | X |  |
| 2.11  Is er een protocol gemaakt waarin staat hoe en in welke bewoordingen proefpersonen over de punten 2.1 tot en met 2.8 op de hoogte worden gebracht? | Ja X  🡺 | |  | Het protocol is te vinden onder het formulier zorgvuldig omgaan met respondenten. |  | |
|  | | Nee  🡺 | Waarom niet? |
|  | | | | | | |
| **3**  **Mogelijke schadelijke effecten** |  |  | |  |  |  |
| 3.1  Is er tijdens het onderzoek sprake van misleiding van proefpersonen? | Nee  X  🡿 | Ja  🡺 | | Waarom is dit nodig?  Wat is de aard van de misleiding?  Wanneer en hoe worden proefpersonen op de hoogte gebracht (debriefing)? | X |  |
| 3.2  Kan de proefpersoon door deelname geestelijk, sociaal, fysiek of andere nadeel ondervinden? Denk hierbij *onder andere* aan bewustwording van iets onaangenaams, in verlegenheid, frustratie of stress worden gebracht, het ongewenst bekend worden van uitkomsten enzovoort. | Nee  🡿 | Ja X  🡺 | | Welke nadelen zijn denkbaar?  🡪”*De respondenten zullen een enquête invullen waarbij wordt stilgestaan hoe zij omgaan met de Qwiek.up. Er kunnen verscheidene inzichten worden opgedaan door de respondenten waardoor ze mogelijk in verlegenheid kunnen worden gebracht. Daarnaast is het mogelijk dat de respondenten niet zitten te wachten op een enquête en deze toch invullen. Hierdoor kan er irritatie ontstaan bij de respondenten.”*  Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken?  🡪”*Door van tevoren goed aan te geven dat de resultaten anoniem verwerkt worden, kunnen respondenten zich vrijer voelen tijdens het invullen van de enquête omdat ze weten dat ze niet te herleiden zijn. Ook wordt er rekening gehouden met de duur van de enquête en met de gebruiksvriendelijkheid ervan.”*  Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte? 🡪”*Ja, in de introductiemail zal duidelijk worden dat de gegevens anoniem worden verwerkt en dat en het korte enquête betreft die bereikbaar is via een link.”* | X |  |
| 3.3  Kunnen er groeperingen (denk ook aan kwetsbare groepen / minderheden) door deelname aan of bijvoorbeeld uitkomsten van onderzoek of publiciteit erover ervan nadeel ondervinden? | Nee X  🡿 | | Ja  🡺 | Welke nadelen zijn denkbaar?  Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken?  Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte? | X |  |
| 3.4  Kunnen organisaties en dergelijke (bijvoorbeeld school of woningbouwcorporatie die er ‘slecht’ van afkomt) nadelen ondervinden van de uitkomsten van of publiciteit rond het onderzoek? | Nee  🡿 | | Ja X  🡺 | Welke nadelen zijn denkbaar?  🡪”*Uit de enquêtes kan naar voren komen dat de Qwiek.up onvolledig wordt ingezet door bepaalde factoren. Deze factoren kunnen liggen bij de zorgmedewerkers, bij de Qwiek.up, bij ZuidOostZorg en/of bij Qwiek BV. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat zorgmedewerkers vinden dat de Qwiek.up niet goed is geïntroduceerd door de zorginstelling. Ook kan naar voren komen dat de zorgmedewerkers vinden dat de Qwiek.up niet gebruiksvriendelijk is, terwijl ZuidOostZorg hier flink in heeft geïnvesteerd. Met dit onderzoek worden oorzaken voor de niet-volledige inzet van de Qwiek.up gevonden. Dit zal een negatieve bewustwording kunnen zijn voor zorgmedewerkers, ZuidOostZorg, Qwiek BV en, wanneer het gepubliceerd zal worden, de mensen die dit onderzoek willen inzien.”*  Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken?  🡪” *Om de nadelen te voorkomen en de schade te beperken wordt er van tevoren met de organisatie gesproken over deze mogelijke nadelen. Ook zullen er geen resultaten gepubliceerd worden zonder toestemming van de zorginstelling.”*  Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte?  Zijn betreffende organisaties hiervan op de hoogte?  🡪”*Ja, beide partijen worden op de hoogte gebracht van het feit dat er onderzocht wordt hoe het komt dat de Qwiek.up onvolledig wordt ingezet en dat de oorzaken kunnen liggen bij de zorgmedewerkers, de zorginstelling, de Qwiek.up zelf en/of Qwiek BV.”* | X |  |
| 3.5  Kunnen er op basis van het onderzoek beslissingen worden genomen (door bijvoorbeeld opdrachtgever) die nadelig kunnen zijn voor bepaalde (groepen) mensen? | Nee  X  🡿 | | Ja  🡺 | Welke beslissingen kunnen voor wie nadelig zijn?  Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken?  Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte?  Zijn andere betrokkenen hiervan op de hoogte? | X |  |
| 3.6  Kunnen uitkomsten / testuitslagen schokkend / naar zijn voor de betrokkene? | Nee  X  🡿 | | Ja  🡺 | Worden er vooraf afspraken gemaakt over de bespreking van de uitkomsten / uitslagen?  Is er de mogelijkheid van opvang, nazorg of doorverwijzing geregeld? | X |  |
|  | | | | | | |
| **4.**  **Afweging voor- en nadelen** |  | | |  |  |  |
| Als er in het voorgaande zaken zijn waarmee proefpersonen of anderen te kort kan worden gedaan, staan daar wellicht voordelen van het onderzoek tegenover (verbetering van de situatie van mensen, onderwijs-/leerdoeleinden, verdiensten e.d.). Zijn er zulke voordelen? | Ja | | Nee X  🡺 | Welke voordelen zijn dat?  In hoeverre wegen de nadelen op tegen deze voordelen? |  |  |

### Protocol informeren en toestemming respondenten - Digitale Enquête

In dit protocol volgt een uitgebreide toelichting op de manier waarop de respondenten voor het onderzoek zullen worden geïnformeerd en om toestemming wordt gevraagd (punten 2.1 tot en met 2.8 van het formulier ‘Zorgvuldig omgaan met Respondenten”).

**2.1:** *Wordt proefpersonen expliciet om toestemming gevraagd?*

De proefpersonen wordt expliciet om toestemming gevraagd voor deelname aan het onderzoek. Door middel van een introductiemail worden de proefpersonen op de hoogte gesteld van de voorwaarden van het onderzoek. De introductiemail is te vinden in bijlage 9: Introductie- en Herinneringsmail Digitale Enquête. Door op de link naar de digitale enquête te klikken, geven de respondenten toestemming en gaan zij akkoord met de voorwaarden van het onderzoek.

**2.2:** *Worden proefpersonen vooraf op de hoogte gebracht van het doel van het onderzoek/de interventie?*

De proefpersonen worden vooraf op de hoogte gesteld van het doel van het onderzoek door middel van een introductiemail.

**2.3:** *Wordt proefpersonen naar waarheid duidelijk gemaakt wie de opdrachtgever is/welke belangen de opdrachtgever heeft?*

Er wordt in de introductiemail aan de deelnemers toegelicht dat ZuidOostZorg de opdrachtgever is voor dit onderzoek. Het belang van dit onderzoek voor de opdrachtgever is het optimaliseren van de zorg voor cliënten met dementie door de Qwiek.up als belevingsgerichte zorgondersteunend product in te laten zetten door zorgmedewerkers tijdens de behandeling en begeleiding van cliënten met dementie.

**2.4:** *Kunnen proefpersonen deelname weigeren?*

De deelnemers van het onderzoek kunnen te allen tijde hun deelname weigeren. Zij hoeven hier geen reden voor op te geven.

**2.5:** *Kunnen proefpersonen op elk moment stoppen/van verdere medewerking afzien?*

De deelnemers van het onderzoek kunnen te allen tijde van hun deelname aan het onderzoek afzien. Zij hoeven hier geen reden voor op te geven.

**2.6:** *Wordt het proefpersonen duidelijk gemaakt in welke rol je met ze werkt?*

In de introductiemail wordt aan de deelnemers duidelijk gemaakt dat de onderzoeker deze opdracht uitvoert vanuit de rol als student voor de opleiding Toegepaste Psychologie van de Hanzehogeschool voor het afstudeeronderzoek. De onderzoeker voert dit onderzoek uit in opdracht van ZuidOostZorg.

**2.7:** *Wordt proefpersonen de mogelijkheid geboden op de hoogte te worden gebracht van uitkomsten/resultaten?*

Er is voor deelnemers de mogelijkheid om op de hoogte te worden gebracht van de resultaten van het onderzoek. Wanneer het voor de deelnemers wenselijk is om op de hoogte te worden gebracht van de uitkomsten/resultaten van het onderzoek, dienen zij een e-mailadres in te vullen aan het einde van de digitale enquête. Indien dit van toepassing is, wordt de desbetreffende deelnemers via de mail een overzicht gestuurd van de gevonden resultaten. Er wordt aan de proefpersonen duidelijk gemaakt dat het e-mailadres na het versturen van de onderzoeksresultaten zal worden verwijderd.

**2.8:** *Wordt aan proefpersonen onjuiste informatie verstrekt over de opdrachtgever, het doel van het onderzoek of dergelijke?*

Er wordt aan de deelnemers van het onderzoek geen onjuiste informatie verstrekt over de opdrachtgever en het doel van het onderzoek. Er wordt naar waarheid aan de deelnemers duidelijk gemaakt dat het onderzoek als doel heeft om factoren in kaart te brengen die invloed hebben op het gebruik van de Qwiek.up door zorgmedewerkers van ZuidOostZorg die cliënten met dementie behandelen en begeleiden. Dit met uiteindelijk als doel om de zorg rondom de behandeling en begeleiding van cliënten met dementie te kunnen optimaliseren.

## Bijlage 9 | Introductie- en Herinneringsmail Digitale Enquête

### Introductiemail

ZuidOostZorg

Implementatie van de Qwiek.up

Beste zorgmedewerker,

Wij zijn Mirjam Toering en Jessica Geerdink en momenteel zijn wij aan het afstuderen voor de opleiding Toegepaste Psychologie aan de Hanzehogeschool in Groningen en wij doen voor ZuidOostZorg onderzoek naar het gebruik van de Qwiek.up door zorgmedewerkers van ZuidOostZorg die cliënten met dementie verzorgen en ondersteunen.

Via onze opdrachtgevers Hans Drenth (lector aan de Hanzehogeschool) en Ingrid Meijer-Venema (verpleegkundige bij ZuidOostZorg) weten wij dat u tegenwoordig de mogelijkheid heeft om de Qwiek.up in te zetten tijdens de verzorging en ondersteuning van cliënten met dementie. Wij hebben begrepen dat deze op de ene locatie iets vaker wordt ingezet dan op de andere locatie. Wij willen door middel van deze enquête proberen in kaart te brengen wat hier de oorzaken van zijn. Daarom is uw mening en ervaring over het inzetten van de Qwiek.up erg belangrijk en kunnen we uw hulp goed gebruiken! Door uw medewerking kunnen we gaan kijken hoe we de zorg voor cliënten met dementie kunnen optimaliseren. Dit heeft voordelen voor de cliënten en ook voor u.

Het invullen van de enquête zal ongeveer 10 minuten in beslag nemen.

Bij deze willen wij u graag informeren over de volgende voorwaarden voor deelname aan het onderzoek:

* Uw deelname aan dit onderzoek is **vrijwillig** en **anoniem**.
* U hebt de mogelijkheid om uw deelname aan het onderzoek op ieder moment te stoppen. Dit betekent dat u ook uw deelname aan het onderzoek kunt beëindigen wanneer u de enquête al deels heeft ingevuld.
* Wanneer u ervoor kiest om deel te nemen aan dit onderzoek, kunt u klikken op deze link (<https://surveys.enalyzer.com?pid=dnad8h2g>) die u naar de digitale enquête brengt. U geeft dan officieel toestemming voor het invullen en opsturen van de enquête en gaat akkoord met de voorwaarden.

Wij zouden het waarderen als u de enquête voor 15 mei kunt invullen, zodat wij tijdig de gegevens kunnen analyseren voor ons afstudeeronderzoek. Voor verdere vragen over het onderzoek, de opdrachtgever of het interview zijn wij via de mail en telefonisch te bereiken. We zien uw reactie graag tegemoet en alvast bedankt voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,

Mirjam Toering & Jessica Geerdink

Studentes Toegepaste Psychologie, Hanzehogeschool Groningen.

Telefoonnummer: 06 12 52 65 69

E-mailadres: [mi.toering@st.hanze.nl](mailto:mi.toering@st.hanze.nl)

### Herinneringsmail

ZuidOostZorg

Implementatie van de Qwiek.up

Beste zorgmedewerker,

U heeft twee weken geleden een mail ontvangen over het invullen van een enquête over het gebruik van de Qwiek.up binnen ZuidOostZorg. Door middel van deze mail sturen wij u een herinnering voor het invullen van de enquête. Het volledig invullen van de enquête zou ons enorm helpen bij ons afstudeeronderzoek. Daarnaast kan het ZuidOostZorg helpen bij het verbeteren van de zorg voor cliënten met dementie. We kunnen uw hulp goed gebruiken!

Deze link (<https://surveys.enalyzer.com?pid=dnad8h2g>) brengt u naar de enquête, het invullen duurt ongeveer 15 minuten. Bij deze willen wij u nogmaals informeren over de voorwaarden voor deelname aan het onderzoek:

* Uw deelname aan dit onderzoek is **vrijwillig** en **anoniem**.
* U hebt de mogelijkheid om uw deelname aan het onderzoek op ieder moment te stoppen. Dit betekent dat u ook uw deelname aan het onderzoek kunt beëindigen wanneer u de enquête al deels heeft ingevuld.

Wanneer u ervoor kiest om deel te nemen aan dit onderzoek en op de link klikt, geeft u officieel toestemming voor het invullen en opsturen van de enquête en gaat u akkoord met de voorwaarden.

Voor verdere vragen over het onderzoek, de opdrachtgever of de enquête zijn wij via de mail en telefonisch te bereiken. We zien uw reactie graag tegemoet en alvast bedankt voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Mirjam Toering & Jessica Geerdink

Studentes Toegepaste Psychologie, Hanzehogeschool Groningen.

Telefoonnummer: 06 12 52 65 69

E-mailadres: [mi.toering@st.hanze.nl](mailto:mi.toering@st.hanze.nl)