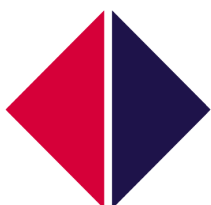


12-1-2019

Hogeschool  van Arnhem en Nijmegen

 **ATTENT** zorg
behandeling

Artikel

Een kwalitatief onderzoek naar de factoren die een rol spelen voor zorgverleners bij het gebruiken van e-Health in de geriatrische revalidatiezorg

Samenvatting

Introductie: Zorginstelling Regina Pacis uit Arnhem onderzoekt nieuwe methoden om de toenemende zorgdruk tegen te gaan. Een mogelijke oplossing ziet Regina Pacis in het gebruik van e-Health op hun geriatrische revalidatieafdeling. De hoop is dat e-Health kan bijdragen aan een grotere zelfstandigheid van cliënten ten aanzien van hun behandelingen, waardoor cliënten meer regie kunnen nemen over de eigen gezondheid. In 2015 heeft op de geriatrische revalidatieafdeling van Regina Pacis een pilot plaatsgevonden, waarbij zorgverleners iPads hebben ingezet als ondersteuning bij de therapie. Omdat zowel de zorgverleners als de cliënten nauwelijks gebruik maakten van de iPads, heeft de pilot niet tot het gewenste resultaat geleid. Regina Pacis wil weten welke factoren voor de zorgverleners een rol spelen bij het gebruiken en niet gebruiken van e-Health in de geriatrische revalidatiezorg. Het doel van deze studie is om deze factoren te beschrijven.

Materiaal en methode: Gekozen is voor een kwalitatief empirisch onderzoek. De inclusiegroep bestond uit fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten en de woonbegeleider van Regina Pacis Arnhem. Voor dit onderzoek zijn acht individuele, semigestructureerde interviews gehouden. De interviews vonden plaats in twee interviewrondes waarbij vier interviews per ronde zijn afgenomen. Hierdoor konden de onderzoekers tussen de interviewrondes een tussentijdse analyse uitvoeren. Na de eerste interviewronde is een antwoord op de onderzoeksvraag geformuleerd, welke na de tweede interviewronde is bekrachtigd.

Resultaten: De factoren die voor de zorgverleners van Regina Pacis Arnhem op de afdeling geriatrische revalidatiezorg een rol spelen bij het gebruiken of niet gebruiken van e-Health zijn: afstemming binnen de organisatie; samenwerking tussen de zorgverleners; therapeutisch klimaat; werkdruk onder de zorgverleners; attitude van zorgverleners ten aanzien van e-Health; attitude van cliënten ten aanzien van e-Health; niveau van de cliëntengroep en de kwaliteit van het e-Health product. Deze factoren zijn verdeeld over acht categorieën die zijn geplaatst in twee thema's: 'organisatie en beleid' en 'e-Health'. Binnen de categorieën zijn zowel positieve als negatieve opvattingen van de zorgverleners gerapporteerd.

Conclusie en discussie: De resultaten uit dit onderzoek bekrachtigen de literatuur ten aanzien van het feit dat e-Health kan bijdragen aan een beter revalidatieproces. De kwaliteit van de e-Health producten en het niveau van de geriatrische cliënten dienen wel toereikend te zijn voor het gebruik van e-Health. Goede randvoorwaarden moeten worden gecreëerd op verschillende niveaus van de organisatie. Verder onderzoek wordt aanbevolen onder verpleegkundigen, cliënten, betrokken managers en directie van Regina Pacis. Zij spelen allen een rol bij een eventuele implementatie van e-Health op de geriatrische revalidatieafdeling.

ONDERZOEKERS

FLORIAN WILLEMS
VICTOR VAN KESSEL
HOGESCHOOL ARNHEM NIJMEGEN
KAPITTELWEG 33
6525 EN, NIJMEGEN

INSTELLING ADRES

OPDRACHTGEVER ONDERDEEL VAN ADRES

REGINA PACIS
ATTENT - ZORG EN BEHANDELING
VELPERWEG 158
6824 MD, ARNHEM
ERIK VAN DE MORTEL

CONTACTPERSOON

Introductie

De komende jaren neemt het aantal ouderen in Nederland in hoog tempo toe. Volgens de CBS Bevolkingsprognose neemt het aantal 65-plussers toe van 2,7 miljoen in 2012 naar 4,7 miljoen in 2041 (Schumacher, 2017). Niet alleen doordat men steeds ouder wordt, maar ook omdat velen van de 'babyboomgeneratie', geboren net na de Tweede Wereldoorlog, inmiddels de 65-jaar zijn gepasseerd (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2010). Dit zorgt voor een dubbele vergrijzing in Nederland (Ekamper & Van Nimwegen, 2018). Door de vergrijzing en de stijgende levensverwachting krijgen steeds meer mensen ouderdomsziekten en neemt de druk toe op het gehele zorgsysteem (Nationale Zorggids, 2017). Volgens schattingen kwam de sector ouderenzorg in 2017 al 25.000 werknemers tekort en de komende jaren zijn zelfs 100.000 tot 125.000 extra medewerkers nodig om de stijgende vraag aan te kunnen (Pijpker, 2017). Revalidatiecentra staan voor de uitdaging om meer te doen met minder mensen, met behoud van kwaliteit en veiligheid. Hierdoor is het efficiënt werken in de geriatrische zorgcentra van groot belang (Mancini, 2011).

Regina Pacis, een zorginstelling uit Arnhem en onderdeel van Attent- Zorg en Behandeling, biedt aan veertig cliënten geriatrische revalidatiezorg. Ook voor Regina Pacis is het een uitdaging om goede kwaliteit zorg te bieden met een schaarse hoeveelheid middelen. Het revalideren met een optimaal therapeutisch klimaat is voor Regina Pacis belangrijk (Attent, z.d.). Dit betekent dat de cliënt tijdens het revalideren steeds wordt gestimuleerd om dat te oefenen wat nodig is om zo zelfstandig mogelijk te functioneren. Hierbij wordt zoveel mogelijk met de mogelijkheden en wensen van de cliënt rekening gehouden (Terwel, 2011). Door de zelfstandigheid van de cliënt in de therapie te benadrukken wordt geprobeerd om de druk op de zorgverleners te verminderen en de tijd van opname te verkorten. Een mogelijk hulpmiddel hierbij is e-Health. E-Health is technologie ter ondersteuning of verbetering van de gezondheid en de gezondheidszorg. Door e-Health zijn cliënten in staat om regie te nemen over hun eigen gezondheid (Zorgvisie, z.d.).

Uit onderzoek onder CVA-patiënten blijkt dat e-Health in de vorm van oefenapplicaties op een tablet voor een verhoogde zelfstandigheid zorgt. Daarnaast verkort het de opnameduur en zorgt het voor een actievere dagbesteding van de patiënten (Van den Berg et al., 2016). Het gebruik van e-Health kan ook een positief effect hebben op de tevredenheid van cliënten ten aanzien van de therapie (Kruse et al., 2017). Omdat technologieën groeien met daarbij steeds meer toepassingen heeft e-Health in zijn totaliteit de potentie om de behandelresultaten in de ouderenzorg te verbeteren (Kruse, Mileski & Moreno, 2017).

Risico's die de implementatie van e-Health in een geriatrische instelling kunnen laten mislukken zijn onder andere: het verloop van personeel, het niet kunnen omgaan met de technologie door patiënt of zorgverlener en het gebrek aan familiebetrokkenheid of mantelzorgers. Dit laatste is een risico wanneer een cliënt zelf niet kan omgaan met de technologie. Een ander risico is dat cliënten soms een behandelvoorkeur hebben voor traditionele middelen (Makai et al., 2014). Implementatie van nieuwe technologieën in de gezondheidszorg is moeilijk. Onderzoekers uit de hele wereld rapporteren over dezelfde problemen, zoals de terugbetaling van een (duur) e-Health product, de interoperabiliteit (samenwerking van autonome systemen) en de bruikbaarheid (Hollmark et al., 2015).

In 2015 heeft een pilot plaatsgevonden bij Regina Pacis over het implementeren van e-Health binnen de afdeling geriatrische revalidatiezorg. De pilot hield concreet in dat de zorgverleners iPads inzetten als ondersteuning bij de behandeling. Zorgverleners die hierbij betrokken waren zijn: fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten en een woonbegeleider. Het doel was dat cliënten tijdens het verblijf in Regina Pacis zelfstandiger konden oefenen met de iPad. Cliënten die met ontslag waren gegaan konden in de thuissituatie ook nog zelfstandig of met mantelzorgers gebruik maken van de iPad. De pilot heeft destijds niet tot het gewenste resultaat geleid. Zorgverleners en cliënten van Regina Pacis gebruikten de iPads nauwelijks in de therapie en het is niet duidelijk waarom dit niet gebeurde.

Doel en onderzoeksvraag

De opdracht vanuit Regina Pacis is om te onderzoeken welke factoren voor de zorgverleners een rol spelen bij het gebruiken of niet gebruiken van e-Health. Het doel van het onderzoek is om hier een antwoord op te krijgen, waardoor de volgende onderzoeksvraag is geformuleerd voor dit onderzoek:

Welke factoren spelen voor de zorgverleners van Regina Pacis Arnhem een rol bij het gebruiken of niet gebruiken van e-Health op de afdeling geriatrische revalidatiezorg?

Materiaal en methode

Onderzoeksdesign

Het onderzoeksdesign betrof een kwalitatief empirisch onderzoek, met de nadruk op het kunnen doorgronden van individuele mensen, groepen en situaties. Het onderzoek heeft zich gericht op de context van Regina Pacis, waarbij is gekeken naar de ervaringen, waarnemingen en achterliggende overtuigingen van de zorgverleners met betrekking tot het gebruiken van e-Health binnen de geriatrische revalidatiezorg.

Doelgroep

De geïnccludeerde deelnemers aan het onderzoek waren de volgende zorgverleners van Regina Pacis Arnhem: vijf fysiotherapeuten, vier ergotherapeuten, twee logopedisten, twee diëtisten en één woonbegeleider. In totaal zijn dus veertien zorgverleners geïnccludeerd. Het onderzoek richtte zich op deze zorgdisciplines omdat zij betrokken waren bij de pilot in 2015. Binnen deze disciplines waren zowel zorgverleners geïnccludeerd die mee hadden gedaan aan de pilot, als zorgverleners die niet mee hadden gedaan. De andere zorgverleners die werkzaam waren bij Regina Pacis Arnhem, zoals verpleegkundigen, artsen en psychologen zijn geëxcludeerd. Zij waren allen niet betrokken bij de pilot in 2015. De contactpersoon namens Regina Pacis voor het onderzoek, een fysiotherapeut, is ook geëxcludeerd van deelname aan het onderzoek om de resultaten van het onderzoek niet te beïnvloeden. In tabel 1 zijn de inclusie- en exclusiecriteria uiteengezet.

Tabel 1: Inclusie- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Werkzaam bij Regina Pacis Arnhem	Artsen
≥ 18 jaar	Verpleegkundigen
Fysiotherapeuten	Psychologen
Ergotherapeuten	Contactpersoon Regina Pacis voor het onderzoek
Logopedisten	
Diëtisten	
Woonbegeleider	

Onderzoeksprotocol

Het onderzoek heeft plaatsgevonden middels individuele, semigestructureerde interviews. De onderwerpen en belangrijkste vragen lagen vast en zijn in samenspraak met de opdrachtgever geformuleerd. De onderzoekers waren vrij om door te vragen op de antwoorden om meer diepte in het interview te krijgen (Baarda, De Goede & Teunissen, 2009, p. 235). Gekozen is om de hoofdvragen wel vast te leggen, zodat de structuur van de interviews in hoofdlijnen hetzelfde bleef. De onderwerpen en hoofdvragen zijn verwerkt in de interviewgids (bijlage 1). De vragen die gesteld zijn, waren vooral open vragen. Antwoorden op open vragen geven vaak meer informatie dan antwoorden op gesloten vragen. Daarnaast geven open vragen de geïnterviewde de gelegenheid om zelf aan te geven wat voor hem of haar belangrijk is. De vragen zijn zo geformuleerd dat ze op de onderzoeksvraag aansloten (Evers, 2013, p. 55).

De interviews zijn in twee interviewrondes afgenomen met daartussen een week ruimte om te analyseren. Zo is een iteratief proces ontstaan van twee momenten van dataverzameling. Dit proces staat centraal tijdens het doen van kwalitatieve onderzoek en dit heeft de kwaliteit van het onderzoek verhoogd (Evers, 2015, pp. 24-26). Na analyse van de eerste interviewronde zijn een aantal accenten in het interview aangebracht omdat sommige aspecten minder belangrijk bleken te zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag.

Het beoogde aantal interviews voorafgaand aan het onderzoek was acht. Door de interviews gelijk te verdelen over de twee interviewrondes, zouden per interviewronde vier interviews plaatsvinden. Meer dan de helft van de geïnccludeerde zorgverleners zouden hierdoor

een interview met de onderzoekers hebben. Op die manier is gehoopt om saturatie te bereiken. Dit gebeurt nadat de laatste interviews geen nieuwe relevante informatie meer opleveren (Baarda et al., 2009, p. 165).

Selecteren en informeren van deelnemers

Voorafgaand aan de selectie is besloten hoeveel zorgverleners van iedere discipline geïnterviewd gingen worden: drie fysiotherapeuten, twee ergotherapeuten, één diëtist, één logopedist en een woonbegeleider. Hierdoor is van iedere geïnccludeerde discipline minimaal de helft van het aantal zorgverleners betrokken bij het onderzoek. Vervolgens heeft een blinde selectie plaatsgevonden om te bepalen wie er binnen de disciplines geïnterviewd ging worden.

Na de loting ontvingen de deelnemers schriftelijk informatie over het onderzoek. De contactpersoon van Regina Pacis heeft een informatiebrief naar hen gestuurd. Deze is te zien in bijlage 2. Vervolgens hebben de onderzoekers tijdens het plannen van de interviews de deelnemers op de afdeling van extra informatie voorzien. Informatie over het onderzoek kwam ook op het intranet van Regina Pacis te staan.

De interviews

De interviews zijn gehouden bij Regina Pacis Arnhem en zijn opgenomen met twee Apple smartphones per interview. Hierna is de audio middels transcriptie omgezet in tekst. De transcripten zijn volledig anoniem maar wel terug te voeren naar de geïnterviewde. Om de kwaliteit te waarborgen is gekozen om per onderzoeker niet meer dan twee interviews op een dag uit te voeren (Evers, 2013 p. 68). Het streven was dat de interviews ongeveer 30 minuten zouden gaan duren. De interviews zijn door beide onderzoekers uitgevoerd. Eén persoon voerde het gesprek met de deelnemer en de ander lette op opvallende zaken en maakte daarover notities. De zaken waarop specifiek is gelet waren onder andere: emoties, lichaamshouding en gedrag van de deelnemer. Met behulp van deze observaties is getracht om de kwaliteit van de interviews te verbeteren in de loop van het onderzoek. De onderzoekers wisselden elkaar per interview af in de rol van interviewer en observant.

Voorafgaand aan de interviews is door beide onderzoekers een proefinterview gehouden. Het doel van deze proefinterviews was om te ervaren of de vragen goed geformuleerd waren en of het lukte om het interview binnen de vooraf gestelde tijd van 30 minuten af te ronden. Daarnaast is door middel van het proefinterview de manier van interviewen getraind, waardoor de kwaliteit van de interviews verbeterde.

De deelnemers zijn tijdens de inleiding van de interviews nogmaals mondeling geïnformeerd over het doel van het onderzoek en over de vorm. Ook is door zowel de deelnemers als de onderzoekers voorafgaand aan het interview een *informed consent* getekend, waarmee beide partijen officieel instemden met deelname aan het onderzoek.

Analyse

De interviews zijn door de onderzoekers getranscribeerd. Hierna hebben de onderzoekers eerst apart van elkaar de interviews gecodeerd. Dit is gedaan om elkaar niet te beïnvloeden en om te kijken of de codes waarop beide onderzoekers uitkwamen vergelijkbaar waren.

Voor de analyse is gebruik gemaakt van een analyse op zinsniveau. Dat wil zeggen dat de verkregen transcriptie uit de interviews is opgedeeld in zinnen (Baarda et al., 2009, pp. 309-312). Aan deze zinnen zijn vervolgens codes gelinkt. De codes met een vergelijkbare inhoud zijn vervolgens in categorieën ingedeeld onder dezelfde naam (Baarda et al., 2009, pp. 318-337). Bij het coderen is gebruik gemaakt van het coderingsprogramma 'Atlas-Ti 8'.

Aan de hand van de data is een voorlopig antwoord geformuleerd ten aanzien van de onderzoeksvraag. Dit antwoord is middels een formulier via e-mail teruggekoppeld naar de deelnemers. Volgens het principe van *member checking* hebben de deelnemers laten weten of ze zich konden vinden in dit antwoord. Dit principe is toegepast om de validiteit van het onderzoek te waarborgen. (Birt et al., 2016).

Toestemming ethische adviescommissie

Voor het onderzoek was geen toestemming nodig van de medisch ethische adviescommissie FGGM. Zie bijlage 3 voor de beslisboom.

Resultaten

In totaal zijn acht interviews gehouden met zorgverleners uit de geïnccludeerde disciplines. De lengte van de interviews varieerde tussen 18.32 minuten en 35.06 minuten met een gemiddelde van 29.43 minuten.

Demografische gegevens

Onder de respondenten waren zes vrouwen en twee mannen. Vijf respondenten namen deel aan de pilot in 2015. De gemiddelde leeftijd van de groep respondenten was 41,5 jaar, met een spreiding van 27 tot 58 jaar. De gemiddelde tijd dat de respondenten werkzaam waren bij Regina Pacis was 13 jaar, met een spreiding van 2 tot 28 jaar. Een overzicht van de demografische gegevens van de deelnemers is te zien in tabel 2.

Tabel 2: Demografische gegevens deelnemers

Geslacht	Deelname pilot 2015	Leeftijd	Werkzaam bij Regina Pacis
Vrouw: 6/8 (75%)	Ja: 5/8 (62,5%)	Gem. 41,5 jaar < 27 – 58 jaar >	Gem. 13 jaar < 2 – 28 jaar >
Man: 2/8 (25%)	Nee: 3/8 (37,5%)		

Noot: Gegevens tussen < > is de spreiding

Bevindingen, thema's en categorieën

Na de eerste vier interviews is aan de hand van een tussentijdse analyse een eerste antwoord op de onderzoeksvraag geformuleerd:

De factoren die voor de zorgverleners van Regina Pacis Arnhem op de afdeling geriatrische revalidatiezorg een rol spelen bij het gebruiken of niet gebruiken van e-Health zijn: therapeutisch klimaat; samenwerking tussen de zorgverleners; afstemming binnen de organisatie; werkdruk onder zorgverleners; attitude van de zorgverleners en cliënten ten aanzien van e-Health; niveau van cliëntengroep en de kwaliteit van het e-Health product.

Aan de hand van de eerste analyse zijn de factoren beschreven in acht categorieën. Deze categorieën zijn geplaatst in twee thema's: 'Organisatie en beleid' en 'e-Health'. In tabel 3 staat hiervan een overzicht. Binnen de categorieën was sprake van zowel positieve als negatieve opvattingen van de verschillende zorgverleners.

Tabel 3: Thema's en categorieën

Thema's	Categorieën
<i>Organisatie en beleid</i>	Afstemming binnen de organisatie
	Samenwerking tussen de zorgverleners
	Therapeutisch klimaat
	Werkdruk onder de zorgverleners
<i>E-Health</i>	Attitude van cliënten t.a.v. e-Health
	Attitude van zorgverleners t.a.v. e-Health
	Kwaliteit van het e-Health product
	Niveau van de cliëntengroep

Na de tweede interviewronde vond opnieuw een analyse plaats. Het antwoord op de onderzoeksvraag is na de tweede interviewronde hetzelfde gebleven. In het vijfde en zesde interview zijn binnen de factoren nog nieuwe positieve en negatieve opvattingen benoemd. In het zevende en achtste interview niet meer. Een overzicht van de gevonden resultaten is te zien in tabel 4.

Organisatie en beleid

Afstemming binnen de organisatie

Zorgverleners gaven aan dat ze merken dat de directie openstaat voor het gebruik van technologie binnen de revalidatieafdeling van Regina Pacis. Daarnaast zeiden ze dat men op de afdeling veel plannen maakt, maar dat de uitvoering van die plannen nog te wensen over laat. Respondent 5 zei daarover:

"Ik heb het idee dat er op dit moment heel veel groepjes zijn met overleggen en verbeterpunten, en dat het haast een beetje te veel is waardoor er weer niks van terecht komt."

Onder de zorgverleners bestond het gevoel dat een duidelijke visie ontbreekt van de leiding ten aanzien van het inzetten van e-Health. Van bovenaf is de aansturing minimaal op dit gebied en dat zien zij over het algemeen liever anders. Ook vonden ze dat de beleidsmakers eens mee zouden moeten lopen op de afdeling om inzicht te krijgen van wat daar daadwerkelijk gebeurt.

Samenwerking tussen de zorgverleners

Zorgverleners waren van mening dat de multidisciplinaire overleggen van goede kwaliteit zijn. De verschillende disciplines stemmen de behandelmomenten ook steeds beter op elkaar

af. Daarentegen vonden ze wel dat er een betere afstemming moest zijn op het gebied van de inhoud van de behandelingen voor een hoge kwaliteit van de revalidatie. Sommige denken dat een gemeenschappelijk e-Health systeem voor een betere samenwerking tussen de zorgverleners zou kunnen zorgen. Zorgverleners kunnen met behulp daarvan onder andere makkelijker de cliëntenagenda's op elkaar afstemmen. Respondent 2 zei:

“Wanneer we gebruik gaan maken van e-Health zal veel veranderen. Dat zou kunnen betekenen dat we klinimetrie à la minute op de iPad kunnen invullen en kunnen uploaden. Al deze informatie kunnen zorgverleners dan ook van elkaar inzien met één druk op de knop.”

Wat de samenwerking bemoeilijkt is dat het verloop van werknemers groot is binnen de verpleegkundige zorg. Zij hebben veel contact met de cliënten en hierdoor is het dus moeilijk om afspraken te maken op de lange termijn ten aanzien van de revalidatie.

Therapeutisch klimaat

Zorgverleners zagen het als toegevoegde waarde dat er een werkgroep is gevormd op het gebied van therapeutisch klimaat. Ze vonden het een goede ontwikkeling dat men op de afdeling met meerdere disciplines vanuit meerdere invalshoeken kijkt naar de vormgeving van het therapeutisch klimaat. Verder gaven ze aan dat de ontbijttrainingen en handengroepen een positieve bijdrage leveren aan het therapeutisch klimaat binnen de afdeling. Deze trainingen zijn erop gericht dat de cliënten activiteiten zelfstandig uitvoeren. Het is echter wel gewenst om ze nog meer te prikkelen. Cliënten krijgen nu alleen prikkels tijdens de therapie die ze op een dag hebben. Daardoor hebben ze minder therapie-uren op een dag dan gewenst is vanuit de geïnterviewde zorgverleners. Met name de verpleegkundigen zouden de cliënten meer moeten prikkelen. Respondent 4 zei daarover:

“Op de afdeling heerst een hotelklimaat. De zorg verzorgt je en zorgt dat de maaltijden klaar staan. Vanuit de therapie willen we de zelfstandigheid van de cliënt voorop zetten, dus

dat iemand bijvoorbeeld zelf het ontbijt pakt. We zijn aan het zoeken hoeveel we vanuit de therapie moeten bijdragen en hoeveel de zorg moet doen en hoe we dat koppelen.”

Zorgverleners gaven aan dat het gebruiken van e-Health op de afdeling zou kunnen zorgen voor meer zelfstandig oefenen door cliënten.

Werkdruk onder de zorgverleners

Door de zorgverleners is aangegeven dat de werkdruk binnen de afdeling met een golfbeweging gaat. Over het algemeen is het werk op dit moment goed uitvoerbaar binnen de gestelde tijd. Wanneer implementatie zou plaatsvinden van een nieuwe manier van werken zou de werkdruk tijdelijk verhoogd zijn. Ouderen leren omgaan met e-Health zou in eerste instantie voor een forse tijdsinvestering zorgen bij de zorgverleners. De zorgverleners gaven aan dat ze niet weten waar ze die extra tijd vandaan zouden moeten halen. Respondent 1 zei:

“Mijn agenda is op dit moment heel vol. Ik moet van alle cliënten de zorgdossiers lezen, er zijn vergaderingen, enzovoorts. Er zit geen speling in mijn programma, dus de voorwaarden om e-Health te implementeren moeten wel goed zijn: de materialen, de tijd. Er zal tijd voor vrij moeten worden gemaakt.”

De zorgverleners waren van mening dat de tijdsinvestering die het zou betekenen om e-Health te implementeren zich zou kunnen terugbetalen door een efficiëntere therapie. Respondent 4 vond daar het volgende van:

“Ook voor mij is dat nieuw dus ook ik zou daar echt wel tijd voor moeten inplannen. Dat zal een tijdsinvestering zijn. Als blijkt dat de cliënt daar iets aan heeft en het de therapie verbetert, natuurlijk ga ik er dan wat mee doen.”

E-Health

Attitude van cliënten t.a.v. e-Health

Sommige zorgverleners gaven aan dat de meeste deelnemende cliënten aan de pilot enthousiast waren over het gebruiken van de iPad. Ze konden met de iPad zelfstandig oefenen buiten de therapie-uren. Sommige zorgverleners zeiden dat cliënten het contact met de therapeuten

mistten en dat sommige het te ingewikkeld vonden. Volgens de zorgverleners voelen de meeste cliënten zich niet bekwaam in het gebruiken van moderne technologie en voelen ze zich soms prettiger bij het gebruik van traditionele middelen. Respondent 3 zei daarover:

“Die mensen hebben toch vaak op die leeftijd het gevoel van: dat hoeft voor mij allemaal niet. Geef mij maar gewoon een krant of geef mij maar gewoon een papiertje.”

Attitude van zorgverleners t.a.v. e-Health

Volgens de zorgverleners heeft e-Health toekomst omdat het gebruik van e-Health kan bijdragen aan de zelfstandigheid van de cliënt in het revalidatieproces. Respondent 8 zei:

“Met e-Health zou je mensen kunnen bewegen om in de overige uren zelfstandig te werken aan het herstel. Daar zou een iPad met oefeningen een welkome bijdrage aan kunnen leveren.”

Daar tegenover staat dat zorgverleners van mening waren dat één op één contact in de behandelrelatie met de cliënt belangrijk is en dat e-Health dat niet moet wegnemen. Zorgverleners gaven aan dat de huidige manier van werken voor hen niet makkelijk is om te doorbreken. Dat betekent dat zorgverleners ernaar neigen om oude behandelvormen te blijven gebruiken die ze gewend zijn.

Kwaliteit van het e-Health product

De zorgverleners merkten dat er een positieve ontwikkeling zit in de kwaliteit van het applicatieaanbod. Applicaties die positief naar voren kwamen zijn: ‘Oefen App Beroerte’ (KCRU, z.d.) en ‘Parkinson Oefeningen’ (Parkinson Vereniging, z.d.). De gebruiksvriendelijkheid en de aanpasbaarheid op het niveau van de cliënt werden geroemd. Andere applicaties sluiten volgens de zorgverleners niet aan bij de cliëntengroep van Regina Pacis omdat ze te ingewikkeld zijn. Zorgverleners zagen graag een totaalpakket aan digitale diensten die op elkaar zijn aan te sluiten. Dit zou het werken met e-Health vergemakkelijken. Respondent 2 verwoordde het als volgt:

“Je moet een product hebben dat af is. Je moet niet met losse apps werken. Alles moet in één zijn en verschillende functies moeten gekoppeld kunnen worden. Een soort agenda, een soort oefenboek waar oefeningen in zitten met video’s, enzovoorts. Als arts of therapeut moet het niveau of aandoening van de cliënt ook gemakkelijk ingesteld kunnen worden.”

Niveau van de cliëntengroep

Zorgverleners merkten dat cliënten steeds handiger zijn met technologie. Bij moeite met technologie kunnen ook mantelzorgers hulp bieden. Omdat de huidige ouderengeneratie niet met de moderne technologie is opgegroeid blijft het op dit moment moeilijk om technologie in te zetten tijdens de behandeling. Zorgverleners hebben er vertrouwen in dat dit in de loop der jaren wel makkelijker zal zijn. Respondent 3 zei:

“Ik denk dat de generatie van nu nog niet klaar is voor e-Health. De volgende generatie zal dat meer zijn. Ook zullen de systemen zich in de loop van de jaren nog wel erg ontwikkelen.”

Daarnaast werd gezegd dat de cliëntengroep op de revalidatieafdeling bij Regina Pacis de laatste jaren verandert en kwetsbaarder wordt. Daar zei respondent 7 het volgende over:

“De doelgroep is meer verzwakt dan voorheen. We krijgen nu mensen binnen die zo lang mogelijk thuisblijven. We krijgen fragiele, kwetsbare mensen binnen die ook vaak cognitief beperkt zijn.”

Member checking

Zes zorgverleners lieten weten of ze zich konden vinden in het antwoord op de onderzoeksvraag en twee hebben niet gereageerd. Vijf van de zes zorgverleners gaven aan dat ze zich konden vinden in het antwoord en één niet.

Tabel 4: Positieve en negatieve opvattingen van de zorgverleners binnen de gevormde categorieën

Thema's	Categorieën	Positieve opvattingen (+)	Negatieve opvattingen (-)
<i>Organisatie en beleid</i>	Afstemming binnen de organisatie	* Veel plannen worden gemaakt op de afdeling * Leiding staat open voor veranderingen	* Geen duidelijke visie vanuit het management t.a.v. e-Health * Managers weten niet wat er gebeurt op de afdeling
	Samenwerking tussen de zorgverleners	* MDO's die er zijn verlopen goed * Behandelmomenten interdisciplinair steeds beter afgestemd.	* Inhoud behandelingen beter afstemmen tussen de disciplines * Veel verloop van (verpleegkundige) zorgverleners
	Therapeutisch klimaat	* Werkgroep therapeutisch klimaat toegevoegde waarde * Ontbijttrainingen zijn van waarde	* Sprake van een 'hotelklimaat' * Te weinig therapie-uren voor de cliënt op een dag
	Werkdruk onder de zorgverleners	* Werk meestal goed vol te houden * Tijdsinvestering voor implementatie e-Health kan zich terugbetalen	* Ouderen leren omgaan met e-Health is tijdrovend * e-Health leren gebruiken kan werkdruk verhogen
<i>e-Health</i>	Attitude van cliënten t.a.v. e-Health	* Zelfstandig kunnen oefenen op kamer met e-Health * Cliënten waren in eerste instantie enthousiast bij pilot	* Contact met e-Health is onpersoonlijk * Werken met e-Health is ingewikkeld
	Attitude van zorgverleners t.a.v. e-Health	* E-Health heeft toekomst * e-Health geeft cliënten meer kans om zelfstandig te oefenen	* Huidige manier van werken is moeilijk te doorbreken * 1-op-1 contact blijft belangrijk
	Kwaliteit van het e-Health product	* Applicaties zijn steeds beter * De CVA en Parkinsonapp zijn zinvol	* Applicaties zijn vaak te moeilijk * Teveel aparte apps die niet op elkaar aansluiten
	Niveau van de cliëntengroep	* Mantelzorgers kunnen de cliënten ondersteunen * Ouderen zullen in de toekomst steeds handiger zijn met e-Health	* Cliëntengroep wordt steeds kwetsbaarder/ minder cognitief * Oudere generatie zijn nog niet zo bekend met e-Health

Conclusie en discussie

Conclusie

Dit onderzoek geeft de resultaten uit interviews met acht zorgverleners van de geriatrische revalidatieafdeling bij Regina Pacis Arnhem. Deze resultaten bieden inzicht in de factoren die voor de zorgverleners een rol spelen bij het gebruiken of niet gebruiken van e-Health.

De resultaten uit dit onderzoek bekrachtigen de literatuur over het feit dat e-Health kan bijdragen aan ondersteuning van het zelfmanagement bij de cliënt. Cliënten kunnen meer zelfstandig oefenen met e-Health (Van den Berg et al., 2016). Dit is van waarde voor de geriatrische revalidatieafdeling bij Regina Pacis, omdat e-Health op die manier een bijdrage kan leveren aan het therapeutisch klimaat op de afdeling.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt verder dat veel zorgverleners vinden dat de kwaliteit van de e-Health applicaties voor oudere cliënten

niet optimaal is. De zorgverleners willen graag met één, allesomvattend systeem werken waarin meerdere autonome diensten met elkaar kunnen koppelen. Een onderzoek naar de belangrijkste eigenschappen van e-Health interventies voor CVA-patiënten onderschrijft deze wens. Zorgprofessionals, patiënten en mantelzorgers pleiten in dit onderzoek voor één uitgebreid e-Health systeem met functies als: inzicht in informatie uit het consultatiegesprek, inzicht in eindrapporten van het revalidatieproces, cognitieve oefeningen, fysieke oefeningen, telecommunicatie, het vaststellen en evalueren van doelen door alle eindgebruikers, herinneringsfuncties, en hyperlinks naar webpagina's (Wentink et al., 2018). Ook is gewenst dat de e-Health applicaties op eigen digitale apparaten geïnstalleerd kunnen worden, zoals op een smartphone of laptop. Dit vergroot de toegankelijkheid en toepasbaarheid van de applicaties (Matthew-Maich et al., 2016).

Op dit moment is de kwaliteit van e-Health erg in ontwikkeling. Tot 2020 trekt de Nederlandse overheid 20 miljoen euro uit om e-Health landelijk te stimuleren. Dit geld is bedoeld voor ondernemers met impactvolle e-Health toepassingen, zodat zij een betere kwaliteit van diensten kunnen leveren (Rijksoverheid¹, 2018).

Een andere factor die in de zorgverleners in dit onderzoek aangaven is dat het niveau van de cliëntengroep vaak niet hoog genoeg is om e-Health op een goede manier in te zetten tijdens de behandelingen. De cliëntenpopulatie die wordt opgenomen op de geriatrie revalidatieafdeling van Regina Pacis wordt steeds kwetsbaarder. Dit komt door meerdere factoren. Zo stijgt het absolute aantal kwetsbare 65-plussers in Nederland van 700.000 in 2010 tot 1 miljoen in 2030 (Van Campen, 2011, p. 80). De drempel om ouderen op te nemen wordt ook hoger omdat ouderen steeds langer thuis wonen. Enerzijds willen ouderen zelf steeds langer thuis wonen en anderzijds is dit vanwege de vergrijzing en de groeiende zorgkosten noodzaak (Rijksoverheid², 2018). Op dit moment wordt de helft van alle zorgkosten gemaakt door 65-plussers en in 2030 vallen deze kosten nog ongeveer 37% hoger uit (Zorgkrant, 2018). In de interviews met de zorgverleners is voorgesteld om mantelzorgers te betrekken als cliënten zelf niet bekwaam zijn in het gebruik van e-Health. Het integreren van mantelzorgers bij de ontslagplanning van cliënten kan positief bijdragen aan de nazorg en zorgt voor meer dan 20% minder heropnamen in het ziekenhuis (Rodakowski et al., 2017).

Positieve ontwikkelingen voor ouderen ten aanzien van e-Health zijn dat het Nederlandse ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de komende jaren 340 miljoen euro investeert in het programma 'Langer Thuis'. Het ministerie denkt dat e-Health van waarde kan zijn bij het langer thuis wonen en geeft een stevige impuls aan innovatieve, digitale thuiszorg met subsidies (Rijksoverheid², 2018). Door deze impuls zijn cliënten die worden opgenomen in de geriatrie revalidatiezorg wellicht al meer bekend met e-Health. Daarnaast stijgt ook het gebruik van technologie door ouderen sterk. Zo is het percentage ouderen van 75 jaar of ouder dat nog nooit internet heeft gebruikt gedaald

van 66% in 2012 naar 32% in 2018 (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2019).

Uit de interviews met zorgverleners blijkt dat het beleid en de organisatie bij implementatie van e-Health ook een belangrijke rol speelt. Volgens de zorgverleners is er bij Regina Pacis geen duidelijke visie ten aanzien van e-Health en maakt dit het implementeren moeilijk. Uit onderzoek blijkt dat bij het ontbreken van een duidelijke visie verwarring kan optreden onder personen over de te volgen strategie (Van Raalte, 2015). Betrokkenheid van bestuurders, managers en sleutelfiguren in instellingen wordt als belangrijk gezien bij het invoeren van veranderingen in de zorg. Vaak straalt de leiding van een instelling aanvankelijk enthousiasme uit en neemt een directie initiatieven om een verandering op gang te brengen. Wanneer de uitvoering vervolgens gedelegeerd wordt, kan dit de ingezette verandering weer tenietdoen (Grol & Wensing, 2011, p. 125). Uit de interviews met de zorgverleners van Regina Pacis blijkt dat sommige de betrokkenheid van bestuurders en managers misten tijdens de pilot in 2015. Deze factor heeft mogelijk bijgedragen aan het feit dat de pilot niet tot het gewenste resultaat heeft geleid.

In de interviews gaven de zorgverleners ook aan dat ze bij implementatie van e-Health zullen moeten wennen aan een nieuwe manier van werken. Deze verandering zal tijd vragen. Alle zorgverleners zullen door het proces van verandering moeten om de implementatie te laten slagen. De fasen in dit proces zijn: oriëntatie, inzicht, acceptatie, verandering en behoud. Het zal per zorgverlener verschillen in welke fase van dit proces hij of zij zich bevindt en het is daarom individueel bepaald hoeveel tijd het vergt om tot behoud van verandering te komen (Grol & Wensing, 2011, p. 95). Succesbepalende factoren die daarbij een rol spelen voor zorgverleners zijn: kennis, vaardigheden, attitude, normen, waarden, zelfvertrouwen, geloof in eigen kunnen, vaste routines en persoonlijkheid. Ook speelt de sociale context (o.a. houding en gedrag van patiënten, collega's en leiding), de zorgorganisatie en het juridisch-economische aspect een rol (Grol & Wensing, 2011, p. 97).

Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Het iteratieve onderzoeksproces heeft de kwaliteit van het onderzoek verhoogd. In de tussentijdse analyse is kritisch naar de wijze van interviewen gekeken en naar de transcripties. Een aantal vragen die in de eerste interviews werden gesteld en niet of nauwelijks in verband stonden met de onderzoeksvraag zijn in de latere interviews niet meer gesteld. Deze verandering had betrekking op de aanvullende vragen. De interviewgids is niet aangepast.

Middels *member checking* is gecontroleerd of de deelnemers zich konden vinden in het antwoord op de onderzoeksvraag. Omdat vijf van de zes zorgverleners het eens waren met het antwoord is de indicatie dat het antwoord op de onderzoeksvraag valide is. Door de beperkte tijd van het onderzoek is geen toelichting gevraagd op de *member check*. Hierdoor is niet duidelijk waarom één persoon zich niet kon vinden in het antwoord op de onderzoeksvraag.

De lichaamstaal, emoties en het gedrag van de onderzoekers zijn ook geanalyseerd tijdens de interviews. Omdat hierbij geen duidelijke zaken naar voren kwamen is de data hiervan niet in de resultaten verwerkt. Enerzijds kan dit met het onderwerp van het onderzoek te maken hebben. Anderzijds was wellicht de bekwaamheid van de onderzoekers niet toereikend.

In verband met de beperkte tijd van het onderzoek zijn acht van de veertien geïnccludeerde zorgverleners geïnterviewd. Door het niet interviewen van zes geïnccludeerde zorgverleners zijn mogelijk factoren gemist. Het interviewen van meer zorgverleners zou de representativiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek vergroten. Doordat alle geïnccludeerde disciplines zijn meegenomen in het onderzoek en door differentiatie in de demografische gegevens is de representativiteit van de steekproef wel gewaarborgd.

Door de beperkte tijd is gekozen om cliënten en mantelzorgers niet te interviewen. De attitude van cliënten is nu vanuit het perspectief van de geïnterviewde zorgverleners beschreven. Wanneer cliënten zelf geïnterviewd waren zou dat de betrouwbaarheid van de resultaten vergroten.

In de interviews is aangegeven dat de verpleegkundigen over het algemeen een andere invulling van het therapeutisch klimaat hebben op de geriatrische revalidatieafdeling van Regina Pacis dan de therapeuten. Verpleegkundigen werden geëxcludeerd uit het onderzoek omdat zij niet betrokken waren bij de pilot in 2015. Het interviewen van verpleegkundigen zou verduidelijken hoe zij denken over invulling van het therapeutisch klimaat.

Bij implementatie van e-Health speelt de rol van de directie en managers een belangrijke rol. Dit komt uit de resultaten van dit onderzoek en is in de literatuur beschreven (Grol & Wensing, 2011, p. 125). Doordat geen interviews zijn gehouden met leiders of direct betrokken managers is geen beeld gekregen van de visie en mening van deze belangrijke groepen.

Aanbevelingen

Dit onderzoek heeft laten zien dat e-Health een positieve bijdrage kan hebben ten aanzien van behandelingen en het therapeutisch klimaat op de geriatrische revalidatieafdeling. Het gebruik van e-Health is dus aan te bevelen als goede randvoorwaarden zijn gecreëerd. Zo moet de kwaliteit van de e-Health systemen goed zijn en het functioneringsniveau van de cliënt toereikend om met e-Health te kunnen werken. Bij een laag functioneringsniveau van de cliënt wordt aanbevolen om mantelzorgers te betrekken bij de ontslagplanning en ze te instrueren over de behandelingen met e-Health.

Voor een succesvolle implementatie van e-Health op de geriatrische revalidatieafdeling van Regina Pacis zal duidelijk moeten zijn wat op verschillende niveaus van belang is. Er worden vier niveaus gescheiden, waarbij per niveau de volgende aanbevelingen gelden (Grol & Wensing, 2011, pp. 475-476):

- *Centraal:* Beleidsmakers en financiers op landelijk niveau dienen een implementatie te ondersteunen door het scheppen van goede randvoorwaarden. De overheid kan hierin een belangrijke rol spelen door het innemen van een positief standpunt ten aanzien van e-Health en het verstrekken van subsidies aan ontwikkelaars van de technologieën.
- *Organisatie (Regina Pacis/Attent):* Dient beleid te creëren met een duidelijke visie en

strategie op het gebied van e-Health. Om de strategie vorm te geven moet consensus worden bereikt in de toplaag van de organisatie. Ook moeten zorgprotocollen worden ontwikkeld in samenspraak met de afdeling. Verder zijn het beschikbaar stellen van voldoende budget en personeel met een leidende rol in het proces van belang. Deze leiders, wellicht de direct betrokken managers op de afdeling, spelen een sleutelrol bij de implementatie.

- *Afdeling (geriatrische revalidatie):* Dient duidelijke doelen te stellen met betrekking tot het gebruik van e-Health op de afdeling. Daarbij is goede communicatie naar alle belanghebbenden van belang. Verder is het maken van duidelijke onderlinge afspraken in (multidisciplinaire) zorgteams en het toepassen en ontwikkelen van de zorgprotocollen belangrijk. Multidisciplinaire overleggen en visitaties zijn waardevol om het behandelingsproces met de cliënt goed door te lichten. Zo kan eenduidigheid gecreëerd worden over het therapeutisch klimaat binnen de afdeling.
- *Individuele zorgverleners:* Dienen motivatie en kennis te hebben van de te gebruiken e-Health systemen. Ze hebben zelf verantwoordelijkheid voor het doen van zelfstudie en zelftoetsing. Deelname aan cursussen en trainingen kan de kennis vergroten.

Ook zijn vervolgonderzoeken aanbevolen om tot een succesvolle implementatie te komen van e-Health op de geriatrische revalidatieafdeling van Regina Pacis:

- Cliënten en mantelzorgers interviewen over hoe zij staan tegenover het gebruiken of niet gebruiken van e-Health. Zij zijn immers de eindgebruikers.
- Verpleegkundigen van de geriatrische revalidatieafdeling interviewen om op die manier een beeld te vormen van hun attitude ten aanzien van het gebruiken van e-Health. Ook kan hierdoor duidelijk worden hoe zij hun rol zien in het therapeutisch klimaat.
- Direct betrokken beleidsmakers en managers interviewen over hun visie ten aanzien van e-Health. Zij kunnen meer zeggen over de mogelijkheden bij Regina Pacis met

betrekking tot de wijze van implementatie en het te volgen beleid.

- Onderzoeken welke e-Health systemen op dit moment op landelijk niveau bestaan. Positieve en negatieve eigenschappen van die systemen kunnen met elkaar vergeleken worden, zodat duidelijk is welke het beste bij de organisatie van Regina Pacis passen.

Dankwoord

We willen graag alle zorgverleners van Regina Pacis Arnhem die hebben deelgenomen aan het onderzoek bedanken voor hun medewerking. Ook willen we Erik van de Mortel, contactpersoon vanuit Regina Pacis, bedanken voor de fijne samenwerking tijdens het gehele onderzoeksproces. Ook gaat dank uit naar Elvira Nouwens, docentbegeleidster en senior onderzoeker aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Zij heeft door middel van haar kennis bijgedragen aan de kwaliteit van het onderzoek. Niek Koenders, senior onderzoeker verbonden aan het Radboudumc, willen we bedanken voor zijn positieve bijdrage op het eindproduct middels het geven van tussentijdse feedback. We willen Monique Kemner en Toon van de Looy, zorginnovators van Kodiezijn, bedanken voor het geven van inzicht in de gang van zaken tijdens de pilot in 2015.

Als laatste willen we bedanken: Annemiek Bielderma (*praktijkonderzoeker Attent- Zorg en Behandeling*), Erdem Kaya, Fabienne Bloks, Julian de Veer, Manon van Asseldonk, Remy van Dinther en Rik van Bolderen (*junior onderzoekers Hogeschool van Arnhem en Nijmegen*). Zij hebben allen door middel van verschillende feedbackmomenten een positieve bijdrage geleverd aan het onderzoeksproces.

Referenties

- Attent. (z.d.). Revalidatie en kortdurend verblijf. Geraadpleegd op 11 oktober 2018, van <https://www.attentzorgenbehandeling.nl/zorgen-behandeling/zorg/revalidatie>
- Baarda, D.B., De Goede, M.P.M., & Teunissen, J. (2009). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (2e, geheel herziene druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers
- Birt, L., Scott, S., Cavers, D., Campbell, C., & Walter, F. (2016). *Member Checking: A Tool to Enhance Trustworthiness or Merely a Nod to Validation?* *Qualitative Health Research*, 26 (13), 1802-1811
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2010, December 17). *Tempo vergrijzing loopt op*. Geraadpleegd op 28-09-2018, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2010/50/tempo-vergrijzing-loopt-op>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2019, Januari 1). *Zes procent nooit op internet*. Geraadpleegd op 8 januari 2019, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/01/zes-procent-nooit-op-internet>
- Ekamper, P., & Van Nimwegen, N. (2018, Juni 29). *Demografie in het kort: Vergrijzing*. Geraadpleegd op 26-09-2018, van <https://www.nidi.nl/nl/demos/2018/06/02>
- Evers, J. (2013). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde* (2^e druk). Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers
- Evers, J. (2015). *Kwalitatieve analyse: kunst én kunde*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers
- Grol, R., & Wensing, M. (2011). *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg* (4^e herziene druk). Amsterdam: Reed Business
- Hollmark, M., Lefevre Skjöldebrand, A., Andersson, C., & Lindblad, R. (2015). Technology ready to be launched, but is there a payer?: Challenges for implementing eHealth in Sweden. *Studies in Health Technology and Informatics*, 211, pp. 57-68
- KCRU. (z.d.). *Oefen app voor mensen met een beroerte*. Geraadpleegd op 29 november 2018, van <https://www.kcrutrecht.nl/producten/oefen-app-beroerte/>
- Kruse, C.S., Mileski, M., & Moreno, J. (2017, mei). Mobile health solutions for the aging population: A systematic narrative analysis. *J Telemed Telecare*, 23 (4), pp. 439-451
- Kruse, C. S., Krowski, N., Rodriguez, B., Tran, L., Vela, J., & Brooks, M. (2017, Juni 23). Telehealth and patient satisfaction: A systematic review and narrative analysis. *BMJ Open*, 7(8), 1-13. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016242>
- Makai, P., Perry, M., Robben, S., Schers, H., Heinen, M., Olde Rikkert, M., & Melis, R. (2014, December). Which frail older patients use online health communities and why? A mixed methods process evaluation of use of the health and welfare portal. *Journal of Medical Internet Research*, 16 (12)
- Mancini, S. (2011, Juni 9). *Efficiency in de zorg, realiteit of fictie?* Geraadpleegd op 29 oktober 2018, van <https://www.effectory.nl/kennis/blog/efficiency-in-de-zorg-realiteit-of-fictie/>
- Matthew-Maich, N., Harris, L., Ploeg, J., Markle-Reid, M., Valaitis, R., Ibrahim, S., Gafni, A., & Isaacs, S. (2016, Juni 9). Designing, Implementing, and Evaluating Mobile Health Technologies for Managing Chronic Conditions in Older Adults: A Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*, 4 (2):e29
- Nationale Zorggids. (2017, December 12). *Vergrijzing en stijgende levensverwachting vragen om zorginnovatie*. Geraadpleegd op 28-09-2018, van <https://www.nationalezorggids.nl/ouderenzorg/nieuws/40742-vergrijzing-en-stijgende-levensverwachting-vragen-om-zorginnovatie.html>
- Parkinson Vereniging. (z.d.). *Parkinson oefeningen app*. Geraadpleegd op 29 november 2018, van <https://www.parkinson-vereniging.nl/archief/bericht/2018/07/09/Parkinson-oefeningen-app>
- Pijpker, J. (2017, Oktober 9). *Meeste personeel ouderenzorg kampt met stress en schuldgevoel*. Geraadpleegd op 31 oktober 2018, van <https://www.nrc.nl/nieuws/2017/10/09/meest-e-personeel-ouderenzorg-kampt-met-stress-en-schuldgevoel-13411251-a1576587>
- Rijksoverheid¹. (2018). *Stimuleren gebruik e-health*. Geraadpleegd op 4 januari 2019, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/e-health/overheid-stimuleert-e-health>

- Rijksoverheid². (2018, Juni 18). *340 miljoen voor thuiswonende ouderen: zelfstandig oud worden in vertrouwde omgeving*. Geraadpleegd op 21 december 2018, van <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2018/06/18/340-miljoen-voor-thuiswonende-ouderen-zelfstandig-oud-worden-in-vertrouwde-omgeving>
- Rodakowski, J., Rocco, P.B., Ortiz, M., Folb, B., Schulz, R., Morton, S., ... James, A.E. (2017, Augustus). Caregiver Integration During Discharge Planning for Older Adults to Reduce Resource Use: A Metaanalysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65 (8), pp. 1748-1755
- Schumacher, J. (2017, Mei 22). *Cijfers: vergrijzing en toenemende zorg*. Geraadpleegd op 28-09-2018, van <https://www.zorgvoorbeter.nl/veranderingen-langdurige-zorg/cijfers-vergrijzing>
- Terwel, J.M. (2011). *Alles is revalidatie: revalideren na een beroerte in het Laurens Therapeutisch Klimaat* (1^e druk). Delft: Eburon Uitgeverij
- Van den Berg, M., Crotty, M., Liu, E., Killington, M., Kwakkel, G., & Van Wegen, E. (2016, Juli). Early Supported Discharge by Caregiver-Mediated Exercises and e-Health Support After Stroke: A Proof-of-Concept Trial. *Stroke*, 47 (7), 1885-1892
- Van Campen, C. (2011, Januari 19). *Kwetsbare ouderen*. Geraadpleegd op 8 januari 2019, van https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2011/Kwetsbare_ouderen
- Van Raalte, B. (2015). *Adoptie van professionele eHealth*. Geraadpleegd op 19 december 2018, van https://www.raadrvs.nl/binaries/raadrvs/documenten/publicaties/2015/04/21/achtergrondstudie-adoptie-van-professionele-e-health/Achtergrondstudie_Adoptie_van_professionele_eHealth.pdf
- Wentink, M.M., Van Bodegom-Vos, L., Brouns, B., Arwert, H.J., Vliet Vlieland, T.P.M., De Kloet, A.J., & Meesters, J.J.L. (2018, Augustus 3). What is Important in E-health Interventions for Stroke Rehabilitation? A Survey Study among Patients, Informal Caregivers and Health Professionals. *International Journal of Telerehabilitation*, 10 (1), pp. 15-28
- Zorgkrant. (2018, September 10). *Helpt van alle zorgkosten gemaakt door 65-plussers*. Geraadpleegd op 30 oktober 2018, van <https://zorgkrant.nl/ouderenzorg/9247-helpt-van-alle-zorgkosten-gemaakt-door-65-plussers>
- Zorgvisie. (z.d.). *E-health: Wat is e-health?* Geraadpleegd op 12 september 2018, van <https://www.zorgvisie.nl/thema/e-health/>

Bijlagen

Bijlage 1: Interviewguide

Onderzoeksvraag		
Welke factoren spelen voor de zorgverleners van Regina Pacis Arnhem een rol bij het gebruiken en niet gebruiken van e-Health op de afdeling geriatrische revalidatiezorg?		
Introductie	Onderwerp	Uitwerking
	Voorstellen	Bedankt dat we u mogen interviewen. Wij zijn < namen onderzoekers >. Als het goed is heeft u een informatiebrief ontvangen over het interview. Klopt dat en heeft u hier nog vragen over?
	Doel	Het doel van het interview is om erachter te komen welke factoren er bij u een rol spelen ten aanzien van het gebruik van e-Health bij uw werk in de geriatrische revalidatie.
	Onderwerpen	Er zullen verschillende onderwerpen aan bod komen, te weten: - Uw rol als zorgverlener - Werkdruk - Therapeutisch klimaat - Kennis van e-Health - Ervaringen met e-Health - Houding t.a.v. e-Health - Gebruik van de iPad - Implementatie
	Anonimiteit en vertrouwelijkheid	We gaan anoniem om met uw gegevens. Dat wil zeggen dat we uw persoonsgegevens niet kenbaar zullen maken. We gebruiken de informatie die u aan ons geeft alleen voor dit onderzoek. Hiervoor heeft u al een <i>informed consent</i> getekend.
	Vroegtijdig stoppen	U bent vrij om zelf aan te geven om te stoppen met het interview als u dit wil. We zullen het interview dan beëindigen.
	Opname	Het interview zal middels audioapparatuur worden opgenomen. Hiervoor heeft u ook al het <i>informed consent</i> getekend. Als de band gestart wordt zullen we u nogmaals vragen om ook mondeling toestemming te geven.
	Taken benoemen	(Naam onderzoeker) zal het interview met u afnemen en (naam onderzoeker) zal hierbij notities maken en observeren.
	Akkoord	Bent u akkoord en is alles duidelijk? * Opname wordt gestart Ben u, (naam respondent), akkoord met de aanvang van het interview, wetende dat het zal worden opgenomen?

Vragen	Onderwerp	Hoofdvragen
	<i>Algemeen</i>	❖ Wat is uw naam, leeftijd en hoe lang bent u werkzaam bij Regina Pacis? ❖ Wat is uw functie en rol bij Regina Pacis?
	<i>Werkdruk</i>	❖ Hoe ziet een gemiddelde werkdag eruit voor u? ❖ Wat vindt u van de tijd die u aan een patiënt kunt besteden? ❖ Zijn er momenten dat u werkdruk ervaart en zoja, kunt u daar voorbeelden van geven?
	<i>Therapeutisch klimaat</i>	❖ Wat verstaat u onder therapeutisch klimaat? ❖ Hoe zijn jullie als team bezig met het therapeutisch klimaat bij Regina Pacis? ❖ Wat vindt u van het team waarin u werkt? ❖ Welke invloed hebben uw collega's op u en welke invloed heeft u op hen? ❖ Hoe voelt u zich bij het therapeutisch klimaat dat op dit moment heerst bij Regina Pacis?
	<i>Kennis van e-Health</i>	❖ Wat verstaat u onder e-Health en wat weet u ervan? ❖ Wat weet u van de wetenschappelijke evidentie met betrekking tot e-Health?
	<i>Ervaringen met e-Health</i>	❖ Op welke wijze heeft u e-Health in het verleden toegepast? ❖ Op welke wijze past u e-Health op dit moment toe tijdens uw werkzaamheden? ❖ Bent u op de hoogte van de pilot uit 2015 met betrekking tot e-Health bij Regina Pacis en heeft u hieraan deelgenomen? Zoja, wat kunt u zich nog herinneren van de pilot in 2015?
	<i>Houding ten aanzien van e-Health</i>	❖ Wat zijn volgens u de therapeutische kansen van e-Health en hoe zijn ziet u dit bij Regina Pacis? ❖ Wat zijn volgens u de therapeutische belemmeringen van e-Health en hoe ziet u dit bij Regina Pacis? ❖ Wat is volgens u de maatschappelijke impact van e-Health? ❖ Hoe ziet u de toekomst van e-Health in de gezondheidszorg en bij Regina Pacis?
	<i>Gebruik iPad</i>	❖ Hoe denkt u dat de cliënten omgaan met de iPad en denkt u dat ze hier bekwaam voor zijn? ❖ Denkt u dat cliënten met de iPad willen oefenen en kunt u dit onderbouwen? ❖ Voelt u zich als zorgverlener bekwaam bij het inzetten van iPads in de therapie en kunt u dit onderbouwen? ❖ Wat vindt u van de kwaliteit van de applicaties?
	<i>Implementatie</i>	❖ Wat zijn volgens u de factoren om de implementatie te laten slagen van e-Health? ❖ Wat kan volgens u de implementatie van e-Health bedreigen in het algemeen en bij Regina Pacis?
	<i>Evaluatie</i>	❖ Heeft u alles begrepen uit het interview? ❖ Heeft u zelf nog aanvullingen op het interview? ❖ Heeft u nog vragen over het onderzoek of het interview?
	<i>Sluiting</i>	We willen u nogmaals bedanken voor deelname aan het onderzoek en sluiten het interview nu af.

Bijlage 2: Informatiebrief

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u vriendelijk om mee te doen aan een onderzoek dat we doen namens de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen voor opdrachtgever Regina Pacis Arnhem. U bent vrij om te kiezen of u meedoet met het onderzoek of niet. Voordat u die beslissing neemt is het belangrijk om meer te weten over het onderzoek. Lees deze informatiebrief rustig door. Wanneer u na het lezen van deze informatie nog vragen heeft, kunt u terecht bij de onderzoekers of bij de contactpersoon, < naam >. De contactgegevens vindt u onderaan deze brief.

Doel van het onderzoek:

Regina Pacis wil de beste zorg bieden aan patiënten. Het gebruik van nieuwe technologieën die bijdragen aan een betere zorg hoort daarbij (e-Health). Bij dit onderzoek willen wij te weten komen wat de bevorderende en belemmerende factoren zijn voor u als zorgverlener bij het gebruiken van een iPad binnen de geriatrische revalidatiezorg van Regina Pacis.

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

Er zullen in totaal acht zorgverleners van Regina Pacis worden geïnterviewd in twee interviewrondes. Hierbij worden er vier zorgverleners in de eerste ronde geïnterviewd en vier zorgverleners in de tweede ronde. Interviewronde 1 vindt plaats tussen 12 en 16 november en interviewronde 2 vindt plaats tussen 26 en 30 november.

Na de interviewrondes (en ook tussen de eerste en tweede ronde) zal er een uitgebreide analyse plaatsvinden van de verkregen informatie. Hierbij zullen de belangrijkste zaken die te maken hebben met het gebruiken van e-Health binnen de geriatrische revalidatiezorg van Regina Pacis worden uiteengezet in een analyserapport. Dit rapport zal op 13 januari 2019 worden overhandigd aan de opdrachtgever Regina Pacis.

Wat wordt er van u verwacht?

We hopen dat u in de eerste/tweede interviewronde (tussen ... en ... november) bereid bent om mee te werken aan een interview. Wij vragen van u de tijd om een interview van ongeveer 30 minuten met ons af te nemen. In dit interview kunt u eerlijk zijn over alles. De gegevens die we uit de interviews halen worden volledig anoniem verwerkt en we gebruiken ze alleen voor dit onderzoek. U bent vrij om het interview voortijdig te beëindigen. Wij, of contactpersoon, nemen contact met U op voor het maken van een definitieve afspraak.

Voorafgaand aan het interview zullen de onderzoekers nog eens uitleggen wat het onderzoek inhoud. Wij vragen u dan ook om een *informed consent* te tekenen waarin u aangeeft dat u begrijpt waar u aan meedoet en wat er van u wordt verwacht. Mocht u nog vragen hebben dan kunt u die altijd stellen via onderstaande contactgegevens.

Met vriendelijke groet,

Het onderzoeksteam

< naam + gegevens >

< naam + gegevens >

Contactpersoon Regina Pacis

< naam + gegevens >

Bijlage 3: Beslisboom Ethische Adviescommissie Onderzoek FGGM

