

Kent u de Philips Medido al?

Een kwantitatief onderzoek naar de adoptiebereidheid van de Philips Medido in de wijkteams van Buurtzorg in de provincie Zeeland.



Emma van Zweeden
HZ University of Applied Sciences
Bachelor of Nursing

“Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door print-outs, kopieën, of op welke manier dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.”

Kent u de Philips Medido al?

Een kwantitatief onderzoek naar de adoptiebereidheid van de Philips Medido in de wijkteams van Buurtzorg in de provincie Zeeland.

Persoonlijke gegevens

Naam:	Emma van Zweeden
Studentnummer:	00072596
Opleiding:	Bachelor of Nursing
School:	HZ University of Applied Sciences
Leerjaar:	2018/2019
Differentiatie:	AGZ/MGZ
Cursusonderdeel:	Praktijkgericht onderzoek
Cursus code:	CU09322
Klas:	BV4G
Studenten peergroup:	J. Oerlemans R. Suurland N. Poppe M. Baus

Onderzoeksinstelling:	Buurtzorg Nederland
Afdeling:	Wijkteam Vlissingen
Plaats:	Vlissingen

Datum:	5 december 2018
Eerste beoordelaar:	J. Grefhorst
Tweede beoordelaar:	C. Wullems

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoek 'Kent u de Philips Medido al?'. Dit is een automatische medicijndispenser die hulp kan bieden bij de opslag en inname van medicatie. In het Buurtzorg team Vlissingen waar ik werkzaam ben is de Philips Medido al geïmplementeerd. Ik was geïnteresseerd in hoeveel andere teams de Philips Medido ook geïmplementeerd hebben. Dit onderzoeksrapport is het eindproduct van de opleiding tot HBO-verpleegkundige. Het onderzoeksrapport is geschreven voor de cursus CU09322 aan de HZ University of Applied Sciences te Vlissingen.

Mijn dank gaat uit naar J. Grefhorst, de begeleidende docent en eerste beoordelaar. Mevrouw Grefhorst heeft veel vragen beantwoord en stond met raad en daad ter zijde gedurende de afstudeerperiode. Tevens wil ik mijn peergroup, bestaande uit J. Oerlemans, R. Suurland, N. Poppe en M. Baus bedanken voor de steun en het geven van kritische feedback op de gevraagde documenten.

Ik wil graag mijn collega's van Buurtzorg wijkteam Vlissingen bedanken voor het meedenken en de steun om door te gaan, in het bijzonder J. Belzer en Y. Koc-Özcelik. Graag wil ik ook de regiocoach A. Joosse bedanken voor de fijne gesprekken en medewerking tijdens de opleiding.

Ik heb veel steun gehad van mijn (schoon-)familie, vrienden en vriendinnen en in het bijzonder mijn lieve vriend. Motivatie om door te gaan en de hulp die ik gekregen heb, hebben mij goed gedaan.

Ik wens u veel leesplezier toe!

Emma van Zweeden

Vlissingen, december 2018.

Samenvatting

Inleiding

In 2015 maakten 512.000 mensen gebruik van wijkverpleging, van dit aantal gebruikte in 2015 99% geneesmiddelen. Helaas is in Nederland de medicatieveiligheid nog niet optimaal, in 2013 waren 49.000 mensen opgenomen in een ziekenhuis vanwege een medicatiefout. Hiervan is 48% van de geneesmiddel-gerelateerde opnames bij 65-plussers vermijdbaar. Om dit tegen te kunnen gaan, kan eHealth ingezet worden. Een voorbeeld hiervan is de Philips Medido, een automatische medicijndispenser. Het gebruik hiervan is minimaal in de Buurtzorg wijkteams in de provincie Zeeland. Dit onderzoek richt zich op de adoptiebereidheid van de Philips Medido door Buurtzorg wijkteams in de provincie Zeeland.

Methode

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een kwantitatieve methode. De kwantitatieve gegevens zijn verzameld middels een enquête volgens de Diffusion Of Innovation theorie van Rogers (Rogers, 2003) en het Technology Acceptance Model van Davis (Davis, 1989). De kwantitatieve gegevens zijn verzameld middels een enquête via de website www.Survio.nl en vervolgens verwerkt met Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versie 24.0.

Resultaten

Bij de meerderheid van de (stagiaire en leerling-) verpleegkundigen was de Philips Medido niet bekend. De adoptiebereidheid van de gehele respondentengroep was een 7.5 gemiddeld. Van de gehele respondentengroep hadden de leerling-verpleegkundigen niveau vijf het hoogste gemiddelde van de adoptiebereidheid, een 7.9. De verpleegkundigen niveau zes hadden het laagste gemiddelde van de adoptiebereidheid, een 7.0. Van alle wijkteams in de provincie Zeeland had het wijkteam Zierikzee Midden-West het hoogste gemiddelde van de adoptiebereidheid, een 8.3. Het wijkteam Kapelle had het laagste gemiddelde van de adoptiebereidheid, een 6.1.

Conclusie

De bekendheid van de Philips Medido kan beter, voornamelijk via bronnen van Buurtzorg. De respondentengroep staat positief tegenover de Philips Medido om de innovatie ook te adopteren. Aan de factoren compatibiliteit en observeerbaarheid moet wel nog meer aandacht aan besteed worden om zo de implementatie gunstiger en sneller te laten verlopen.

Aanbeveling

Om de Philips Medido te adopteren en uiteindelijk te implementeren zijn de volgende aanbevelingen beschreven: het up-to-date blijven van innovaties en veranderingen door afspraken te maken over wie dat in het wijkteam gaat doen of dat het gekoppeld wordt aan degene die de bereikbaarheidsdienst heeft; het aanstellen van een aanspreekpunt in het wijkteam; meer bekendheid van innovaties via de regiocoach, het communicatieplein en de homepage van Buurtzorg; het adopteren van een innovatie in de opleiding behandelen en vervolgonderzoek met een pilot naar de adoptiebereidheid van de Philips Medido.

Inhoudsopgave

INLEIDING	10
1. THEORETISCH KADER	14
1.1 ZOEKSTRATEGIE	14
1.1.1 <i>Inclusiecriteria</i>	14
1.1.2 <i>Sneeuwbalmethode</i>	15
1.1.3 <i>Bronvermelding</i>	15
1.2 WIJKVERPLEGING IN NEDERLAND	15
1.3 eHEALTH	16
1.4 INNOVATIES	17
1.5 ADOPTIEBEREIDHEID	18
1.5.1 <i>Diffusion of Innovation model</i>	18
1.5.2 <i>Technology Acceptance Model</i>	19
1.5.3 <i>DOI en TAM gecombineerd</i>	19
1.6 SAMENVATTING	19
2. METHODE VAN ONDERZOEK	22
2.1 ONDERZOEKSTYPE EN ONDERZOEKSONTWERP	22
2.2 ONDERZOEKSPOPULATIE	22
2.2.1 <i>In- en exclusiecriteria</i>	22
2.3 PLAATS EN TIJD	22
2.4 MEETINSTRUMENT	22
2.5 WIJZE VAN GEGEVENSVERZAMELING	23
2.6 WIJZE VAN GEGEVENSVERWERKING EN ANALYSE	24
2.7 BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT	25
2.7.1 <i>Betrouwbaarheid</i>	25
2.7.2 <i>Validiteit</i>	25
2.8 JURIDISCHE EN ETHISCHE ASPECTEN	26
3. RESULTATEN	28
3.1 DEMOGRAFISCHE GEGEVENS	28
3.1.1 <i>Bekendheid Philips Medido</i>	28
3.1.2 <i>Adoptie Philips Medido</i>	31
3.1.3 <i>Chronbach's Alpha</i>	33
3.2 REGIO WALCHEREN	33
3.3 REGIO BEVELAND	34
3.4 REGIO SCHOUWEN-DUIVELAND	36
3.5 REGIO ZEEUWS-VLAANDEREN	37
4. DISCUSSIE	40
4.1 INTERPRETATIE EN VERKLARING VAN DE RESULTATEN AAN DE HAND VAN DE LITERATUUR	40
4.2 STERKE EN ZWAKKE PUNTEN VAN HET ONDERZOEK	41
5. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN	42
5.1 BEANTWOORDING VAN DE DEELVRAGEN	42
5.2 BEANTWOORDING VAN DE CENTRALE ONDERZOEKSVRAAG	43
5.3 AANBEVELINGEN	43
5.3.1 <i>Aanbevelingen voor de praktijk</i>	43
5.3.2 <i>Aanbevelingen voor de opleiding</i>	44
5.3.3 <i>Aanbevelingen voor vervolgonderzoek</i>	44
BIBLIOGRAFIE	46
BIJLAGE 1: ZOEKBOOM	48
.....	48
BIJLAGE 2: OPERATIONALISATIESCHEMA	50
BIJLAGE 3: ENQUÊTE	52
BIJLAGE 4: VARIABLE VIEW SPSS	55

BIJLAGE 5: DATA VIEW SPSS.....	57
BIJLAGE 6: TOESTEMMINGSFORMULIER UITVOERING PRAKTIJKGERICHT ONDERZOEK.....	59

Inleiding

In Nederland maakten 512.000 mensen (cliënten) gebruik van wijkverpleging in 2015. Dit komt neer op een gemiddeld aantal van 270 duizend mensen per maand. De verwachting is dat dit stijgt naar 350 duizend mensen in 2025. Dit is een stijging van bijna 30%, wat best fors is. Het beroep wat gedaan wordt op de wijkverpleging zal steeds groter worden en daarbij zal ook de zorgzwaarte stijgen (Vilans, 2018). Van de in totaal 512 duizend mensen die wijkverpleging ontvingen in 2015 gebruikte 99% geneesmiddelen. Hiertussen zitten mensen (cliënten) met één of twee medicijnen, maar ook mensen (cliënten) die vijf of meer medicijnen voor verschillende aandoeningen/ziekten chronisch gebruiken, ook wel genoemd als polyfarmaciepatiënt. Door de polyfarmacie is meer kans op het ontstaan van medicatiefouten (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2016).

In Nederland is de medicatieveiligheid nog niet goed. Uit het onderzoek 'Eindrapport: Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid' wat is opgesteld voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) blijkt dat het aantal geneesmiddel-gerelateerde ziekenhuisopnamen is gestegen van 39.000 in 2008 naar bijna 49.000 in 2013. Hier zitten vermijdbare fouten tussen die mogelijk voorkomen kunnen worden. Bij 65-plussers is 48% van de geneesmiddel-gerelateerde ziekenhuisopnamen vermijdbaar (Erasmus MC, NIVEL, Radboud UMC en PHARMO, 2017). Minister Schippers van VWS heeft een brief geschreven aan de Tweede Kamer met daarin uitleg over het onderzoek (Schippers, 2017) in de hoop dat de Tweede Kamer actie onderneemt voor de toekomst.

Om de medicatieveiligheid te vergroten zijn in de zorg diverse innovaties doorgevoerd, waaronder het gebruik van eHealth. eHealth staat voor het gebruik van communicatie- en informatietechnologieën, vooral gericht op internettechnologie. Deze zorgtechnologieën hebben samen als doel dat de gezondheid en gezondheidszorg ondersteund en verbeterd wordt (Krijgsman, et al., 2016). De medicijndispenser (Philips Medido) is een beschikbare zorgtechnologie die ingezet kan worden om de medicatieveiligheid te vergroten. Het gebruik en de noodzaak of wenselijkheid liggen hierin uit elkaar. Dit blijkt uit onderzoek van Swinkels, de Jong, Wouters & de Veer (2017) waar beschreven wordt dat ruim twee derde van de onderzoekspopulatie (verpleegkundigen en verzorgenden) het gebruik van medicijndispensers als noodzakelijk en/of wenselijk zien terwijl slechts een derde van hen aangeeft dat deze daadwerkelijk wordt ingezet (Swinkels, Jong, Wouters, & Veer, 2017).

Het duurt een tijd voordat resultaten uit onderzoeken of inzichten met betrekking tot efficiënte, effectieve, veilige en patiëntvriendelijke zorg in de dagelijkse praktijk toepasbaar worden gemaakt, ofwel geïnnoveerd worden. Professionals in de gezondheidszorg lezen vaak maar een gedeelte van alle informatie uit artikelen, publicaties en dergelijke (e.d.). De zorgprofessionals kunnen de nieuwe ontwikkelingen niet goed bijhouden omdat het aanbod zo groot is. Hierdoor kan het voorkomen dat zorgprofessionals informatie missen, wat juist niet de bedoeling is (Grol, Wensing, Eccles, & Davis, 2013). Het gebruik van eHealth-toepassingen is nu vijf jaar nadat het eerste overzicht van Nictiz en het Nivel is uitgebracht nog niet volledig gehanteerd. Dit blijkt uit het onderzoek van Krijgsman, Swinkels, Sinnige, de Jong, Brabers, van Lettow, Friele & van Gennip (2016).

Een innovatie begint altijd met een idee voor een aanpassing of het ontwikkelen van nieuwe producten of diensten. Verschillende fasen moeten doorlopen worden om de innovatie succesvol te implementeren. Probleemherkenning en het creëren van een idee hoort bij de eerste fasen, adoptie en implementatie zijn de volgende fasen (Berkom, 2009). Adoptie betekent het adopteren of beter genoemd als het accepteren van de innovatie en daarmee het veranderen van de werkwijze. Adoptiebereidheid gaat over het 'willen' gebruiken van de innovatie.

Zodra de bereidheid om te adopteren aanwezig is zal de innovatie geïmplementeerd kunnen worden of als het al geïmplementeerd is zal het gebruikt gaan worden (Rogers, 2003). Onderzoek naar acceptatie en het gebruik van de innovatie is uitgebreid uitgevoerd. In dit onderzoek worden twee modellen beschreven en gebruikt om de adoptiebereidheid te meten: de Diffusion of Innovation theory (DOI) en het Technology Acceptance Model (TAM) (Lee, Lin, Yang, Tsou, & Chang, 2013).

Het DOI bestaat uit vijf factoren: relatief voordeel, compatibiliteit, complexiteit, testvermogen en observeerbaarheid. Deze vijf factoren worden gebruikt om de diffusiesnelheid en adoptiebereidheid van gebruikers te bepalen (Rogers, 2003). De theorie van Rogers (2003) richt zich op de weergave van de innovatie zelf en niet op het gebruik hiervan, daar is het Technology Acceptance Model wel meer op gericht. Dit model biedt namelijk ook een kader voor het voorspellen van het gebruik van de innovatie vanuit het oogpunt van de professional (Veer & Francke, 2010). In de eerste versie van het TAM ontwikkeld in de jaren '80 wordt het gebruik van een technologische innovatie voorspeld door twee factoren. De factoren zijn het waargenomen gebruiksgemak en de waargenomen bruikbaarheid (Davis, 1989).

Buurtzorg heeft wijkteams door heel Nederland, in Zeeland zijn 28 wijkteams actief met elk maximaal tien medewerkers. Dit zijn in Zeeland minimaal 250 medewerkers in de wijk bij Buurtzorg Nederland (Buurtzorg Nederland, 2018). Buurtzorg Nederland biedt in twaalf jaar tijd zorg aan 80.000 cliënten en zoals hierboven benoemd gebruikt 99% van de mensen die thuiszorg ontvangen medicatie. Om hierbij ondersteuning te bieden is de Philips Medido sinds oktober 2017 geïmplementeerd bij Buurtzorg Nederland, maar is als sinds 2012 op de markt met vergoeding voor de cliënt vanuit de zorgverzekering (Buurtzorg Nederland, 2018). In maart 2018 waren 66 Philips Medido's bij Buurtzorg Nederland geadopteerd, echter treedt weerstand op in het adopteren van deze innovatie in Zeeland. Daar zijn slechts twee Medido's geïmplementeerd, waarvan één actief in gebruik is en één geïnstalleerd is (Buurtzorg Nederland, 2018). Om erachter te komen welke weerstand optreedt bij het willen gebruiken (adoptiebereidheid) van de Philips Medido en waarom deze weerstand aanwezig is, wordt dit praktijkgerichte onderzoek gedaan in de wijkverpleging bij Buurtzorg.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in de mate van adoptiebereidheid voor de innovatie van de Philips Medido zodat de Philips Medido geïmplementeerd kan worden. Dit is als onderdeel van het gebruik van eHealth bij (stagiaire en leerling-) verpleegkundigen werkzaam in Buurtzorg wijkteams in de provincie Zeeland.

Centrale onderzoeksvraag

In welke mate is adoptiebereidheid aanwezig bij de (stagiaire en leerling-) verpleegkundigen van de Buurtzorg wijkteams in de provincie Zeeland ten aanzien van de innovatie 'het gebruik van de Philips Medido'?

Deelvragen

1. Hoe is de bekendheid van de Philips Medido bij de wijkteams van Buurtzorg in de provincie Zeeland?
2. In hoeverre komt de waargenomen bruikbaarheid (TAM) overeen met het relatieve voordeel (DOI) wat betreft de Philips Medido volgens de (stagiaire en leerling-) verpleegkundigen van de Buurtzorg wijkteams in de provincie Zeeland?
3. In hoeverre komt het waargenomen gebruiksgemak (TAM) overeen met de complexiteit (DOI) wat betreft de Philips Medido volgens de (stagiaire en leerling-) verpleegkundigen van de Buurtzorg wijkteams in de provincie Zeeland?

Relevantie verpleegkundig beroep

De zorg continu verbeteren en de kwaliteit van zorg bewaken is een taak van de verpleegkundige. Daarnaast ondersteunt de verpleegkundige de cliënt in zelfredzaamheid en autonomie. Om de cliënt te ondersteunen in zelfredzaamheid en autonomie kunnen hulpmiddelen ingezet worden. Dit heeft tevens ook als voordeel dat het werk kan verminderen voor de verpleegkundige. Om hieraan bij te dragen zal de verpleegkundige zich moeten verdiepen in innovaties die beschikbaar zijn als hulpmiddel om de cliënt te ondersteunen. Daarnaast wordt ook een juiste samenwerking verwacht tussen verschillende disciplines om hulpmiddelen als eHealth draaiende te houden en vroegtijdige storingen of fouten te voorkomen (Mulder, Hartog, Zijda, & Gorp, 2017). Met dit onderzoek hoopt de onderzoeker de adoptiebereidheid van (leerling-) verpleegkundigen en verpleegkunde stagiaires in de wijkteams van Buurtzorg in Zeeland te meten om bij te dragen aan vergroting van het draagvlak voor wat betreft innovatie.

Leeswijzer

Het onderzoeksverslag begint met een inleiding van het onderwerp van dit onderzoek. Daarna volgt het literatuuronderzoek in het theoretisch kader, de zoekstrategie en zoekwoorden komen hierbij aan bod. Dan volgt de uitwerking van de literatuur. Hierna komt het hoofdstuk methoden, waarin staat beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd. Wat opgevolgd wordt door het hoofdstuk resultaten, deze zijn algemeen verwerkt maar ook per regio. Hierna komt het hoofdstuk discussie, waarin de resultaten uit de praktijk worden weergegeven met resultaten uit de literatuur. Daarna volgt het hoofdstuk conclusie en aanbevelingen, hier is de conclusie beschreven met passende aanbevelingen voor de praktijk, opleiding en vervolgonderzoek. Tot slot volgen de bijlagen met onder andere de enquête en het variable- en data view in Statistical Package of the Social Sciences (SPSS).

1. Theoretisch kader

Dit hoofdstuk beschrijft hoe gezocht is naar literatuur. Dit staat vermeld in de zoekstrategie. In de daarna volgende sub-paragrafen worden beurtelings de sneeuwbalmethode en American Psychological Association (APA)-bronvermelding toegelicht. De gevonden literatuur is in een overzicht, de zoekboom verwerkt, welke te vinden is in bijlage 1. Aan het einde van dit hoofdstuk is de literatuur uitgewerkt.

1.1 Zoekstrategie

Voorafgaand aan het literatuuronderzoek zijn zoekvragen opgesteld aan de hand van de 6W formule. De bedoeling van de zoekvragen is dat deze gebruikt worden ter ondersteuning van het literatuuronderzoek en worden gezien als hulpmiddel. De onderstaande zoekvragen zijn in de volgende databanken gebruikt om informatie te verkrijgen: Narcis, ScienceDirect en HBO kennisbank. Daarnaast zijn ook Google Scholar, Nictiz instituut en NIVEL gebruikt om wetenschappelijke artikelen te vinden. Voor meer informatie over de Philips Medido is gericht gezocht op de website van Philips Medido.

1. Welke factoren van adoptiebereidheid zijn er volgens Rogers (2003)?
2. Welk gedrag wordt geuit tijdens het adopteren van een innovatie?
3. Wat leidt tot een succesvolle implementatie van een innovatie?
4. Hoe kan de bekendheid van een innovatie groter worden?
5. Wat leidt tot een succesvolle implementatie?
6. Hoe draagt eHealth bij aan de zelfredzaamheid van de zorgvrager?
7. Wordt de medicijndispenser/Medido gebruikt door verpleegkundigen in de thuiszorg?

In de databank ScienceDirect is gezocht via de advanced search techniek. De zoekstrengen zijn ingevoerd in het vakje waar de zoekwoorden in het artikel in de titel, samenvatting of trefwoorden moeten staan. Dit is gedaan om gericht te kunnen zoeken in de resultaten.

Om bovenstaande zoekvragen te beantwoorden is gebruik gemaakt van zoekwoorden. Door de zoekwoorden te combineren met de booleaanse operatoren AND en OR zijn daar combinaties uitgekomen. Door verschillende termen aan elkaar te koppelen door middel van de booleaanse operatoren kon een optimaal zoekresultaat verkregen worden. De gebruikte zoektermen, in zowel de Nederlandse als Engelse taal, zijn weergegeven in tabel 1.

1.1.1 Inclusiecriteria

De voor het onderzoek gebruikte wetenschappelijke artikelen moesten aan een aantal criteria voldoen. De criteria werden opgesteld om zo doelgerichte informatie te vinden en relevante artikelen te kunnen selecteren.

De volgende inclusiecriteria zijn gehanteerd:

- Het artikel is gepubliceerd tussen 2008 en het heden.
- Het artikel moet gratis en als full tekst beschikbaar zijn.
- Het artikel is Nederlands- of Engelstalig geschreven.

Tabel 1: Zoektermen

Nederlandse zoekterm	Engelse zoekterm
Adoptie	Adoption
Adoptiebereidheid	Adoption willingness
Thuiszorg	Home care
eHealth	eHealth
Medicatie	Medication
Medicijndispenser/Medido	Medicine dispenser/Medido
Innovatie	Innovation
Implementatie	Implementation
Gedrag	Behaviour
Verpleegkundige	Nurse
Zelfredzaamheid	Self-reliance
Acceptatie	Acceptance
Factoren	Factors
Bekendheid	Knowledge
Succes	Hit

1.1.2 Sneeuwbalmethode

De sneeuwbalmethode is gebruikt om nog meer en juiste informatie te verkrijgen. Hierbij werden de literatuurverwijzingen achter in artikelen en boeken gebruikt als aangrijpingspunt om zo verder te zoeken naar wetenschappelijke artikelen. De gevonden bronnen vanuit de sneeuwbalmethode zijn tevens gecontroleerd op de inclusiecriteria, echter is daar wel een uitzondering bij gemaakt. Via de sneeuwbalmethode kon interessante literatuur verkregen worden echter wel met een publicatiejaar ouder dan 2008. Gekozen is om deze literatuur wel te gebruiken voor dit onderzoek mede omdat het onderwerp adoptie en adoptiebereidheid uitgelegd wordt in de gevonden literatuur via de sneeuwbalmethode. Ook het valide meetinstrument is voortgekomen uit deze literatuur (Verhoeven, 2016).

1.1.3 Bronvermelding

Aan de hand van de American Psychological Association (APA)- richtlijn is alle gevonden literatuur verwezen en weergegeven in de literatuurlijst volgens de APA-stijl (Doolaar, et al., 2017). Ook staat de gevonden literatuur in een overzicht, de zoekboom, in bijlage 1.

1.2 Wijkverpleging in Nederland

De zorg die een mens nodig heeft om zo lang en goed mogelijk thuis te blijven wonen heet wijkverpleging oftewel thuiszorg. In Nederland maakten 512.000 mensen (cliënten) gebruik van thuiszorg in 2015. Dit komt neer op een gemiddeld aantal van 270 duizend mensen per maand.

Dit getal zal vanwege de vergrijzing nog toenemen, het wordt verwacht dat dit stijgt naar 350 duizend mensen in 2025. Dit is een stijging van bijna 30%, wat best fors is. Dit ligt niet alleen aan de vergrijzing maar mensen wonen ook steeds langer thuis. Daarnaast wordt de ligduur in ziekenhuizen en intramurale zorg steeds korter. Hierdoor wordt steeds meer beroep gedaan op de wijkverpleging, waardoor de zorgzwaarte zal stijgen. Van de in totaal 512 duizend mensen die wijkverpleging ontvingen in 2015 gebruikte 99% geneesmiddelen (Vektis, 2017). Dit komt mede doordat de gemiddelde leeftijd van de mensen die wijkverpleging ontvingen 75 jaar is en sprake is van vergrijzing in Nederland. Ook een toename van medicatiegebruik is te wijten aan de ontwikkelde richtlijnen hiervoor en het beter opvolgen van deze richtlijnen.

Hiertussen zitten mensen (cliënten) met één of twee medicijnen maar ook mensen (cliënten) die vijf of meerdere medicijnen voor verschillende aandoeningen/ziekten chronisch gebruikt ook wel genoemd als polyfarmaciepatiënt. Van alle mensen die de apotheek in 2015 bezochten was dertien procent een polyfarmaciepatiënt. Van alle 65-70 jarigen is 25% van de mensen die de apotheek bezochten polyfarmaciepatiënt. Van de mensen die apotheek bezochten met een leeftijd van 70 tot 75 jaar is dit aantal opgelopen naar 33%. Van de 75-plussers die de apotheek bezochten is 45% een polyfarmaciepatiënt (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2016). Dit zijn allemaal hoge aantallen waarbij kans is op het ontstaan van medicatiefouten.

Medicatieveiligheid is een belangrijk onderdeel om het ontstaan van medicatiefouten tegen te gaan. De definitie van medicatieveiligheid volgens het veiligheid managementsysteem (VMS) is als volgt: *Medicatieveiligheid wordt gedefinieerd als het minimaliseren van aan geneesmiddelen gerelateerde problemen, waarvan medicatiefouten een belangrijk onderdeel vormen. Medicatiefouten zijn fouten in het aanvragen, verwerken, afleveren, toedienen of monitoren van geneesmiddelen* (VMSzorg, 2017). VMS zorg heeft tien thema's opgesteld aan de hand van patiëntveiligheidsonderzoek van NIVEL. Dit zijn inhoudelijke thema's die gericht zijn op het verbeteren van de zorg zodat onbedoelde, vermijdbare schade teruggedrongen kan worden. Medicatieveiligheid valt onder twee thema's, namelijk High Risk medicatie en medicatieverificatie bij opname en ontslag. Uit de implementatie van deze twee thema's is naar voren gekomen dat het lastig is en extra aandacht nodig heeft. Dat is de reden dat medicatieveiligheid ook één van de patiëntveiligheidsspeerpunten is (VMSzorg, 2017).

In Nederland is de medicatieveiligheid nog niet optimaal. Uit het onderzoek 'Eindrapport: Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid' (VWS) blijkt dat het aantal geneesmiddel-gerelateerde ziekenhuisopnamen is gestegen van 39.000 in 2008 naar bijna 49.000 in 2013 (Erasmus MC, NIVEL, Radboud UMC en PHARMO, 2017). Een oorzaak van de stijging van medicatiefouten kan zijn dat mensen ouder worden en langer thuis blijven wonen. In december 2017 waren 3.2 miljoen inwoners 65 jaar of ouder. In 2040 wordt verwacht dat dit aantal is toegenomen naar 4.8 miljoen inwoners. In procenten uitgedrukt komt dit neer op 26% meer inwoners van 65 jaar of ouder in 2040 (Stoeldraijer, Duin, & Huisman, 2017).

Tussen de 49.000 ziekenhuisopnamen wegens medicatiefouten zitten ook fouten die mogelijk voorkomen hadden kunnen worden. Uit eerder onderzoek is gebleken dat 48% van de geneesmiddel-gerelateerde ziekenhuisopnamen vermijdbaar is. De oorzaken van deze mogelijk vermijdbare fouten liggen vooral in aandoeningen, zoals vallen, nierfunctiestoornissen en hyper- of hypoglykemie. Dit hangt samen met bepaalde geneesmiddelen zoals diabetesmiddelen, bloeddrukverlagende middelen en benzodiazepinen. Bovengenoemde ziekenhuisopnamen zijn mogelijk te vermijden door beter rekening te houden met de kenmerken van de cliënt zoals leeftijd, gewicht, ziektestadium, maar ook door het monitoren van de medicatie inname en treffen van voldoende maatregelen (Erasmus MC, NIVEL, Radboud UMC en PHARMO, 2017). Minister Schippers van VWS heeft een brief geschreven aan de Tweede Kamer met daarin uitleg over het onderzoek in de hoop dat de Tweede Kamer actie onderneemt voor de toekomst, eHealth kan daarnaast ingezet worden om kosten terug te dringen.

1.3 eHealth

eHealth staat voor het gebruik van technologie ter ondersteuning of verbetering van de gezondheid van de mens en de gezondheidszorg in zijn algemeen. Door het gebruik van eHealth zijn cliënten in staat om de regie geheel of gedeeltelijk over te nemen in plaats van uit te besteden aan een mantelzorger of zorgverlener.

Digitaal diagnoses stellen, uitslagen communiceren en informatie inzien en verstrekken hoort allemaal bij eHealth toepassingen voor zowel de cliënt als de verpleegkundige. Ook is eHealth gericht op domotica toepassingen zoals beeldschermzorg en leefstijlmonitoring. Hierdoor kan eHealth bijdragen aan het langer thuis blijven wonen van de cliënt (Mulder, Hartog, Zijda, & Gorp, 2017). Betaalbare, bereikbare en kwalitatief goede zorg is het doel van eHealth (Vilans, 2018). Om eHealth zo goed mogelijk te gebruiken moet de samenwerking tussen verschillende disciplines, die bij de cliënt betrokken zijn wel goed zijn, anders kan het mis gaan. Denk hierbij aan online doseringslijsten van medicatie die de verpleegkundige kan gebruiken om medicatie af te tekenen. De verpleegkundige kan dit wel op de juiste manier toepassen, echter is het wel van belang dat de apotheek de medicatielijst up-to-date maakt en houdt. Een brede adoptie van eHealth is nodig om de innovatie in goede banen te leiden (Mulder, Hartog, Zijda, & Gorp, 2017). Een innovatie voorbeeld van eHealth is de Philips Medido. De Philips Medido is een automatische medicijndispenser welke op afstand ingesteld en geregeld kan worden door de Philips Medido helpdesk. De Philips Medido regelt de uitgifte van de medicatie in een baxterzakje op het juiste moment. Dit zorgt ervoor dat de cliënt een herinnering krijgt om de medicatie op het juiste moment in te nemen. Doordat de Philips Medido op een general packet radio service (GPRS) verbinding werkt worden mogelijke storingen of geen uitgifte van de medicatie continu geregistreerd. Hierdoor kan snel actie ondernomen worden zodat de cliënt alsnog de medicatie in neemt (Braak, 2012; Mulder, Hartog, Zijda, & Gorp, 2017). Wanneer een cliënt thuiszorg ontvangt en een indicatie heeft voor het aanreiken van medicatie of ondersteuning bij de medicatie inname nodig heeft kan de Philips Medido aangevraagd worden. De zorgverzekering vergoed dan de kosten van het inzetten van de Medido. De Philips Medido wordt voornamelijk ingezet bij cliënten met beginnende dementie of vergeetachtigheid. In de beginnende fase van dementie kan het werken met de Philips Medido nog aangeleerd worden zodat het uitnemen van medicatie een gewenning wordt voor de cliënten. Daarnaast is het een handig hulpmiddel voor cliënten met polyfarmacie (Koninklijke Philips, 2014).

Cliënten zijn zelfstandiger en zelfredzamer door gebruik te maken van de Philips Medido. Dit komt doordat de thuiszorgorganisatie niet meer voor de medicatiemomenten langs hoeft te komen. De cliënten hebben het gevoel de regie in handen te houden en minder gecontroleerd te worden (Koninklijke Philips, 2014). Voordat de verpleegkundige gaat werken met de Philips Medido moet de verpleegkundige een e-learning volgen en praktijkervaring opdoen met een deskundige. Uit de gebruikerservaringen is gebleken dat het een prettig gevoel geeft voor de cliënt dat de verpleegkundige de cliënt niet tijdens het gebruik van de Philips Medido hoeft te controleren op de dosering of tijdstip van inname (Koninklijke Philips, 2014).

1.4 Innovaties

Everett Rogers (2003) heeft in de jaren 30 het Diffusion of Innovation model ontwikkeld en volgens Rogers is een innovatie gelijk aan een technologische innovatie. Een technologische innovatie bestaat meestal uit computer hardware en software. Dit is een hele andere tak, maar belangrijk om uit te leggen. Computer hardware en software zijn beschikbaar om problemen in de computer op te lossen. Dit zijn producten die ook regelmatig vernieuwd worden om de computer draaiende te houden, wat tevens het geval is in de zorg (Tung, Chang, & Chou, 2008). Innovaties zijn aanwezig en worden gemaakt om de zorg te optimaliseren en actueel te houden (Rogers, 2003). Een innovatie in het algemeen is een idee, uitvoering of voorwerp dat door een individu, groep of organisatie of andere eenheid van adoptie als nieuw wordt aangenomen (Rogers, 2003). Bij het implementeren van een innovatie is de kans aanwezig dat het implementatieplan tegen weerstand oploopt. Eén (grote) factor die invloed heeft op de weerstand is de adoptie van de innovatie.

Als de gebruikers de innovatie niet adopteren zal de implementatie achterlopen wat kan resulteren in een ongewenst effect (Perez, Popadiuk, & Coelho Cesar, 2017).

De (stagiaire en leerling-) verpleegkundigen zouden vanuit wetenschappelijke- en vakliteratuur op zoek moeten gaan naar de laatste innovaties in de zorg en waar protocollen/richtlijnen gevonden kunnen worden met betrekking tot een voorbehouden handeling. De (stagiaire en leerling-) verpleegkundige zal op zoek gaan naar informatie, zal de innovatie testen en als de innovatie goed genoeg is zal deze geïmplementeerd worden (Jueng, Huang, Li, Liang, & Huang, 2017).

1.5 Adoptiebereidheid

Alles vernieuwt, ontwikkelt zich en wordt aangepast in deze tijd, met betrekking tot bijvoorbeeld handelingen en hulpmiddelen. Hier moet de samenleving mee om leren gaan. Zeker in de zorg is dit een uitermate populair concept, vele scholingen en cursussen maken dan ook deel uit van het werk van de verpleegkundigen en verzorgenden om 'up-to-date' te blijven. Vaak worden deze aangeboden vanuit de werkgever of vakliteratuur. Verpleegkundigen en verzorgenden zouden zelf ook informatie op moeten zoeken en innovaties door moeten voeren in de praktijk. Dit gaat bij de één beter dan bij de andere. Dit heeft te maken met de adoptiebereidheid. Dit betekent in welke mate nieuwe technieken en ontwikkelingen worden geaccepteerd en gebruikt in de praktijk. Zodra de bereidheid om te adopteren aanwezig is, zal de innovatie geïmplementeerd kunnen worden of indien de innovatie reeds geïmplementeerd is, zal het in gebruik genomen worden. Onderzoek naar acceptatie en het gebruik van innovatie is uitgebreid uitgevoerd. Dit heeft verschillende theoretische modellen opgeleverd, namelijk de DOI en TAM (Lee, Lin, Yang, Tsou, & Chang, 2013). Hieronder worden deze twee modellen beschreven.

1.5.1 Diffusion of Innovation model

De adoptiebereidheid hangt af van verschillende factoren volgens het Diffusion of Innovation model (Rogers, 2003). Het Diffusion of Innovation model (DOI) heeft vijf factoren te noemen als: relatief voordeel, compatibiliteit, complexiteit, testvermogen en observeerbaarheid. Het relatieve voordeel houdt in dat de gebruikers van de innovatie meer voordelen ervaren van de innovatie dan van andere producten. Bij het relatief voordeel (RA) geldt hoe groter dit voordeel, hoe hoger het adoptie percentage zal zijn. Compatibiliteit (CT) houdt in hoeveel waarde aan de innovatie gegeven wordt, ervaringen met de innovatie in het verleden en of de behoeften van de gebruikers samenhangen met de innovatie (Remmelink, 2013). Bij compatibiliteit geldt hoe minder waarde aan de innovatie gegeven wordt, hoe langzamer de adoptiesnelheid zal zijn (Driessens, Walrave, & Bie, 2007). Complexiteit (CX) geeft aan wat de moeilijkheidsgraad is volgens de gebruikers om de innovatie te begrijpen en toe te passen in de praktijk. Hoe vaak of hoeveel de innovatie effectief getest kan worden zit in het testvermogen (TR) volgens Rogers (2003). Als de innovatie uitgetest kan worden zal deze sneller geadopteerd worden. Observeerbaarheid (OB) is de mate waarin anderen de innovatie daadwerkelijk kunnen zien. Bij observeerbaarheid geldt hoe meer de resultaten van de innovatie zichtbaar zijn voor individuen, hoe groter de kans op adoptie van de innovatie (Buitelaar, 2011).

Deze vijf factoren worden gebruikt om de diffusiesnelheid en adoptiebereidheid van gebruikers te bepalen. De vijf factoren zijn bijna allemaal positief op het onderzoeken van de adoptie van een innovatie, behalve de complexiteit. Als die hoog scoort dan is de innovatie moeilijk en misschien wel te moeilijk (Verkerk, Pijl, & Asperen, 2009). Om de adoptiebereidheid in samenspraak met de snelheid hiervan te bepalen heeft Rogers (2003) vijf categorieën met verschillende eigenschappen opgesteld.

Elke vernieuwing of verandering wordt door onderstaande categorieën op verschillende momenten geadopteerd:

- De vernieuwers: dit zijn de mensen die zelf met nieuwe ideeën komen, het bedenken en ontwikkelen van nieuwe concepten hoort hierbij.
- De vroege adoptanten: de mensen die het eerst willen werken met de innovatie. De adoptanten steunen de vernieuwers en volgen snel de innovatie op.
- De vroege meerderheid: de mensen die de innovatie accepteren en zo gaan werken. Dit is vaak pas als al een grote groep met de innovatie werkt.
- De late meerderheid: de mensen die pas de innovatie accepteren als gemerkt wordt dat het gedrag gaat afwijken van de mensen die al met de innovatie werken.
- De achterblijvers: De mensen die zich tot het laatst blijven verzetten tegen de innovatie. Meestal wordt gewacht tot de oude werkwijze niet meer functioneert of door gebrek aan middelen/kennis niet meer uitgevoerd kan worden.

1.5.2 Technology Acceptance Model

De theorie van Rogers (2003) richt zich op de weergave van de innovatie zelf en niet op het gebruik hiervan, daar is het Technology Acceptance Model op gericht (Davis, 1989). Dit model biedt een kader voor het voorspellen van het gebruik van de innovatie vanuit het oogpunt van de professional (Veer & Francke, 2010). In de eerste versie van het Technology Acceptance Model ontwikkeld in de jaren '80 te noemen als TAM wordt het gebruik van een technologische innovatie voorspeld door twee factoren (Holden & Karsh, 2010), namelijk het waargenomen gebruiksgemak en de waargenomen bruikbaarheid. Wat verpleegkundigen vinden van het gebruiken van de innovatie in de praktijk, of het moeilijk is of juist gemakkelijk, meet het waargenomen gebruiksgemak. Hierbij wordt gekeken naar de complexiteit van de innovatie in de praktijk. Of verpleegkundigen vinden dat de innovatie de werkprestatie verbetert of zal verbeteren wordt gemeten in de waargenomen bruikbaarheid. Hierbij wordt gekeken naar hoe bruikbaar of juist niet bruikbaar de innovatie in de praktijk is. Onderzoeken naar dit model beschrijven dat de waargenomen bruikbaarheid een bepalende factor is voor de intentie om de innovatie te gaan gebruiken (Zwaanswijk, Verheij, Wiesman, & Friele, 2011). Doordat de TAM twee factoren gebruikt is het meetinstrument kleiner en compacter wat zowel voor de onderzoeker als voor de respondent prettiger is (Tung, Chang, & Chou, 2008).

1.5.3 DOI en TAM gecombineerd

Om tot een vollediger vragenlijst te komen om de adoptiebereidheid te meten, blijkt uit onderzoek dat het DOI en het TAM het best samen gebruikt kunnen worden. Door de theorie over de innovatie en de theorie over het (voorspelde) gebruik van de innovatie samen te koppelen kan een completer antwoord gegeven worden over de daadwerkelijke adoptie van de innovatie. De meetinstrumenten zijn een aanvulling op elkaar (Tung, Chang, & Chou, 2008) en kunnen gebruikt worden als de innovatie nog niet geïmplementeerd of in gebruik is (Veer & Francke, 2010).

1.6 Samenvatting

In Nederland ontvangen ruim een half miljoen mensen wijkverpleging en naar verwachting wordt dit steeds meer vanwege de vergrijzing. Van de mensen die wijkverpleging krijgen, gebruiken 99% medicatie voor de gezondheid. Helaas is de medicatieveiligheid in Nederland niet optimaal en gebeuren nog te veel medicatie fouten. Om deze fouten tegen te gaan kan eHealth ondersteuning bieden, tevens ook om de zorgkosten met vijf procent te minderen. De Philips Medido wordt gebruikt om medicatie uit te geven en de cliënt zelfredzamer te maken.

Tegenwoordig wonen mensen langer thuis, waardoor de Philips Medido een handig hulpmiddel is om de regie in handen van de cliënt te houden wat betreft de medicatie inname en opslag. Voor het doorvoeren van deze innovatie is wel adoptie van het hulpmiddel nodig. Om deze adoptie te bereiken kan de adoptiebereidheid gemeten worden middels het Diffusion of Innovation model en the Technology Acceptance model. Het meten van adoptiebereidheid is waardevol doordat op deze wijze inzicht kan komen in de aanwezigheid van eventuele weerstand waardoor innovaties mogelijk niet worden geadopteerd en geïmplementeerd.

2. Methode van onderzoek

In het methode hoofdstuk is beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd en welke middelen gebruikt zijn om tot de resultaten te komen.

2.1 Onderzoekstype en onderzoeksontwerp

Voor het beantwoorden van de probleemstelling is gekozen voor een cross-sectioneel kwantitatief onderzoekstype. Hierbij is cijfermatig inzicht verkregen in de adoptiebereidheid van (leerling-) verpleegkundigen en verpleegkunde stagiaires voor wat betreft de innovatie “Philips Medido”. Het doel hiervan was een zo groot mogelijk aantal respondenten te ondervragen die ieder voor zich zijn/haar eigen anonimiteit behouden heeft. Doordat gebruik is gemaakt van cijfermatige gegevensverzameling zijn de resultaten objectief gebleven en is afstand genomen van de respondenten en de kenmerken die daarbij horen.

2.2 Onderzoekspopulatie

De populatie voor dit onderzoek betrof (leerling-) verpleegkundigen en verpleegkunde stagiaires die werkzaam zijn in de wijk bij Buurtzorg Nederland in de provincie Zeeland, die nog niet met de Philips Medido gewerkt hebben. Voor dit onderzoek is gekozen voor een selecte steekproef, de populatie bestond uit wijkteams (N=25) van Buurtzorg binnen de provincie Zeeland. Hiervoor is gekozen omdat de populatie anders te klein of juist te groot zou zijn. In Zeeland zijn 28 Buurtzorg wijkteams aanwezig echter hadden drie teams al gewerkt of zijn aan het werk met de Philips Medido waardoor deze drie teams zijn geëxcludeerd. Ieder team mag vanuit Buurtzorg maximaal tien werknemers bevatten, de populatie was niet groter dan 207 (leerling-) verpleegkundigen en verpleegkunde stagiaires. Doordat gekozen is om leerlingen en stagiaires erbij te betrekken kon een vergelijking gemaakt worden tussen gediplomeerden en stagiaire en leerling-verpleegkundigen.

2.2.1 In- en exclusiecriteria

Voor het deelnemen aan de enquête zijn de volgende in- en exclusiecriteria gehanteerd.

Inclusiecriteria

- (stagiaire en leerling-) verpleegkundigen en verpleegkundigen niveau vier, vijf en zes
- Werkzaam in een wijkteam van Buurtzorg in de provincie Zeeland

Exclusie criterium

- Wijkteams van Buurtzorg in de provincie Zeeland welke de Philips Medido al in gebruik hebben

2.3 Plaats en tijd

Voorafgaand aan de uitvoering van het onderzoek heeft een voorbereiding plaatsgevonden in de periode van februari tot en met juni 2018. Het uitvoerend onderzoek heeft plaatsgevonden bij de organisatie Buurtzorg Nederland, in de periode van drie september tot en met zeven december 2018. De eindresultaten worden gepresenteerd op de HZ University of Applied Sciences, te Vlissingen op 25 januari 2019.

2.4 Meetinstrument

De enquêtevragen zijn opgesteld aan de hand van de conclusie van het literatuuronderzoek. De enquête is opgebouwd uit drie onderdelen: persoonsgegevens, bekendheid van de Philips Medido en adoptie van de Philips Medido. Zo wordt gekeken welke bekendheid de Philips Medido heeft en hoe deze in vergelijking met de persoonsgegevens is.

De vragen met betrekking tot de adoptie van de Philips Medido zijn gerelateerd aan het onderzoek van Rogers (2003) en Davis (1989), zie bijlage 2 voor het operationalisatieschema.

De vragen met betrekking tot de adoptiebereidheid gebaseerd op het onderzoek van Rogers (2003) zijn volgens de vijf onderstaande factoren opgebouwd. Door stellingen volgens de onderstaande factoren weer te geven in de enquête is de mogelijkheid daar om de adoptiebereidheid van de onderzoekspopulatie te meten. Dit gebeurt voorafgaand de implementatie.

- **Relatief voordeel:** stellingen gerelateerd aan deze factor geven weer of de onderzoekspopulatie voordeel ziet in het gebruik van de Philips Medido ten opzichte van de huidige werkwijze.
- **Compatibiliteit:** deze stellingen in de enquête peilen de compatibiliteit van de Philips Medido binnen de huidige werkwijze.
- **Complexiteit:** de onderzoekspopulatie beantwoordt aan de hand van deze stellingen, hoe complex de innovatie Philips Medido is en het mogelijke gebruik daarvan.
- **Testvermogen:** deze stellingen peilen de motivatie van de onderzoekspopulatie om de Philips Medido te testen.
- **Observeerbaarheid:** stellingen gerelateerd aan deze factor geven weer of de onderzoekspopulatie mogelijk resultaat kan zien van de Philips Medido.

De vragen met betrekking tot de adoptiebereidheid gebaseerd op het onderzoek van Davis (1989) zijn volgens twee factoren opgebouwd. De waargenomen bruikbaarheid en het waargenomen gebruiksgemak. De stellingen behorende bij de waargenomen bruikbaarheid meten hoe de Philips Medido in de praktijk zou kunnen zijn. Het gebruik van de Philips Medido zal meer controle over het werk geven en de Philips Medido zal een tijdsbesparing opleveren. Het gebruik van de Philips Medido zal de werkprestaties verbeteren en het gebruik van de Philips Medido zal de productiviteit verhogen, zijn stellingen om de adoptiebereidheid te meten. De stellingen van het waargenomen gebruiksgemak zou de mening van de onderzoekspopulatie weergeven in cijfers wat betreft het gebruik van de Philips Medido in de praktijk. Echter zijn deze stellingen niet opgenomen in de enquête aangezien de Philips Medido nog niet geïmplementeerd is in de wijkteams vallende onder de onderzoekspopulatie.

De enquête betreft vier algemene vragen welke beantwoord kunnen worden met verschillende waarden, zoals 'een wijkteam, ja, nee' of andere waarden. Hierna volgen zeventien stellingen volgens Rogers (2003) en elf stellingen volgens Davis (1989). Deze stellingen zijn te beantwoorden middels een cijfer tussen de één en tien. Hierbij geldt één als laagst mogelijk en tien als hoogst mogelijke waarden. Hoe dichter de respondent antwoordt bij de tien, hoe hoger de toepasbaarheid van de stelling in de situatie/functie van de respondent.

2.5 Wijze van gegevensverzameling

Voorafgaand aan het uitzetten van de enquête is toestemming gevraagd aan de organisatie Buurtzorg Nederland, deze toestemming is schriftelijk ondertekend en in bijlage 6 weergegeven. De enquête is kort voor het uitzetten nog veranderd, de populatie is hetzelfde gebleven echter één voorwaarde voor het invullen van de enquête was, dat de Philips Medido nog niet in gebruik genomen was. Gekozen is om de adoptiebereidheid te meten met de 'Diffusion of Innovation' volgens Rogers (2003) en alleen de waargenomen bruikbaarheid van het 'Technology of Acceptance Model' van Davis (1989). De populatie is via de teammail op de hoogte gesteld van het onderzoek en de doelstelling, om de anonimiteit te verhogen.

Om onrust te voorkomen en ervan uit te gaan dat de Buurtzorg wijkteams van de provincie Zeeland de Philips Medido nog niet in gebruik hebben is gekozen om de probleemstelling niet te benoemen in de inleidende tekst van de enquête. Het informed consent is verkregen doordat de respondenten op vrijwillige basis de enquête hebben geretourneerd. Daarnaast kon de enquête volledig anoniem ingevuld worden. De enquête zou gemaakt worden in Google Forms, echter zag de tien puntenschaal er niet overzichtelijk uit, waardoor gekozen is om de website www.Survio.nl te gebruiken. De link met inleidende tekst is verstuurd naar de teammail van de Buurtzorg wijkteams in de provincie Zeeland in week 35. De populatie heeft in totaal drie weken de tijd gehad om de enquête in te vullen. Na de eerste week was een respons van veertien respondenten bereikt. In week 36 is besloten om telefonisch contact op te nemen met de wijkteams om de populatie te motiveren om de enquête in te vullen. Dit heeft ervoor gezorgd dat de respons verhoogde naar 31 ingevulde enquêtes. Hierop is besloten om de sluitingsdatum van de enquête één week te verzetten. In week 37 is wederom een herinneringsmail verstuurd en heeft nog een keer telefonisch contact met de wijkteams plaats gevonden. Dit heeft geleid tot een respons van 80 enquêtes. De regiocoach is niet meer betrokken geweest bij het verhogen van de respons om te voorkomen dat de respondenten zich gedwongen voelden.

2.6 Wijze van gegevensverwerking en analyse

Voor de verwerking van de antwoorden is het dataverzameling- en analyseprogramma Statistical Package of the Social Sciences (SPSS) versie 24.0 gebruikt. Terwijl de enquête uitgezet was, is de variable view aangemaakt. Om de gegevens te kunnen verwerken zijn deze in een 'algemeen' codeboek (variable view) verwerkt, zie bijlage 4. Hierin staan de gegevens van alle respondenten. Zo zijn algemene uitkomsten verkregen zoals leeftijden, functies en bekendheid van de Philips Medido. Om vergelijkingen te kunnen maken per team, zijn ook codeboeken gemaakt per wijkteam. De wijkteams zijn hierna gekoppeld aan de regio's Walcheren, Beveland, Schouwen-Duiveland en Zeeuws-Vlaanderen. Om meetfouten te voorkomen zijn de codeboeken voor het invoeren van de gegevens gecontroleerd door leden uit de peergroup. Na het invoeren van de gegevens zijn deze opnieuw gecontroleerd door leden uit de peergroup. Nadat de enquête gesloten werd, is de dataview ingevuld met alle antwoorden van de respondenten, zie bijlage 5. Eerst in het algemene codeboek en vervolgens kon het gekopieerd worden per wijkteam naar het codeboek van het desbetreffende wijkteam. Door de gegevens op deze manier ingevoerd te hebben zijn variabelen ontstaan waarmee in SPSS tabellen en figuren zijn opgesteld. De vragen die door de respondent niet werden ingevuld, werden als missende data opgegeven met de code '999'. Dit is twee keer voorgekomen en verwerkt in het resultaten hoofdstuk. De stellingen zijn geformuleerd aan de hand van de factoren van Rogers (2003). Op deze stellingen konden de respondenten een waarde geven door middel van een cijfer aan te kruisen van één tot tien. Waarbij geldt hoe hoger de waarde, hoe hoger en sneller de innovatie geadopteerd wordt. Om gemiddelden van de stellingen per factor te kunnen meten zijn de stellingen onderverdeeld. Stellingen zijn te herleiden naar de enquêtestellingen in bijlage 3, bij 'De Philips Medido in de praktijk'. De verdeling is als volgt:

Relatief voordeel

Stelling 1, 2, 3, 4, 5

Compatibiliteit

Stelling 6, 7, 14, 17

Complexiteit

Stelling 8, 9, 13

Testvermogen

Stelling 11, 12, 16

Observeerbaarheid

Stelling 10, 15

De stellingen die bij elkaar horen middels de factoren zijn opgeteld per respondent, waarna gedeeld werd door het aantal respondenten. Zo is een gemiddelde ontstaan per factor, per wijkteam. Om de spreiding van het gemiddelde weer te geven is de standaarddeviatie berekend.

Voor deze waarde geldt: 'hoe dichter bij de waarde '0.0', hoe geconcentreerder de waarden zijn'. De standaarddeviatie gaf weer in hoeverre de antwoorden overeenkomen met elkaar. De standaarddeviatie is per stelling berekend, wat een gemiddelde is geworden vanwege meerdere stellingen. De ingevoerde gegevens zijn overzichtelijk gemaakt door tabellen en grafieken te gebruiken, deze zijn gemaakt in Microsoft Excel 2018.

2.7 Betrouwbaarheid en validiteit

Om de kwaliteit van een onderzoek te garanderen is het belangrijk om de betrouwbaarheid en validiteit zo hoog mogelijk te houden. Om de betrouwbaarheid te vergroten moet het onderzoek vrij zijn van toevallige fouten. Een voorwaarde voor het onderzoeken van de betrouwbaarheid is, dat het herhaalbaar is (Verhoeven, 2016). Om de validiteit te vergroten moet het onderzoek vrij zijn van systematische fouten. Voordat gekeken kan worden naar de validiteit in een onderzoek moet het betrouwbaar zijn (Verhoeven, 2016).

2.7.1 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van dit onderzoek is in verschillende aspecten verhoogd. Om de adoptiebereidheid te onderzoeken is gebruik gemaakt van een bestaand meetinstrument. De gestandaardiseerde vragenlijst van E. Rogers (2003) en F. Davis (1989) is gebruikt tijdens dit onderzoek. Gekozen is om de enquête digitaal uit te zetten, daardoor heeft geen kennismaking plaatsgevonden met de respondenten. De gegevens van de respondenten zijn anoniem, ook mede omdat leeftijdscategorieën zijn gemaakt in de antwoordmogelijkheden. Doordat het invullen van de enquête op vrijwillige basis was, is de betrouwbaarheid verhoogd. In de inleidende tekst stond het onderwerp en doel van het onderzoek, tevens stonden hier ook specifieke gegevens wat betreft het invullen van de enquête. Voordat de enquête is uitgezet onder de populatie zijn bij de leden van de peergroup proefenquêtes afgenomen. De enquête is gecontroleerd op fouten en op de voorgeschreven tijd, of dat ook klopte met het werkelijk invullen van de enquête. Bij herhaling van dit onderzoek kan dezelfde enquête gebruikt worden. Dat leidt tot overeenkomstige resultaten en ontstaat iteratie. Dit is een voorwaarde van herhaalbaarheid, door stapsgewijs verzamelen van data en het analyseren tot de probleemstelling is beantwoord (Verhoeven, 2016). Na het verwerken van de verkregen data is een analyse uitgevoerd of de stellingen wel betrouwbaar zijn samen. Om de vijf factoren van Rogers te analyseren zijn de stellingen onderverdeeld per factor. Om erachter te komen of de stellingen wel hetzelfde gemeten hebben, is de Chronbach's Alpha berekend. Hier is een waarde uitgekomen, deze wordt beschreven in het hoofdstuk resultaten. De waarde moest boven de 0,80 uitkomen, dan waren de stellingen betrouwbaar. Als de waarde tussen de 0,60 en 0,80 uit kwam, betekent dat de stellingen acceptabel waren. Als de waarde onder de 0,60 uit kwam, betekent dat de stellingen niet acceptabel waren (Verhoeven, 2016).

2.7.2 Validiteit

Interne validiteit

De interne validiteit is verhoogd doordat de enquête anoniem afgenomen en verwerkt is. Dit houdt in dat de respondent de enquête naar waarheid in kon vullen, dit verkleint de kans op sociaal gewenste antwoorden. Tijdens het onderzoek is de enquête niet aangepast, dit zorgt ervoor dat er geen vertekening plaatsvindt in de resultaten. Doordat de exclusiecriteria voorafgaand aan het uitzetten van de enquête nog is aangepast, kon de derde deelvraag niet beantwoord worden.

In de inclusiecriteria is 'het nog niet gebruiken van de Philips Medido' door de populatie aangepast. Dat is de reden dat het waargenomen gebruiksgemak niet gemeten kon worden bij de populatie.

Externe validiteit

Om de interpretatie van vragen niet te beïnvloeden is gekozen om de populatie aan te passen naar Buurtzorg wijkteams in de provincie Zeeland die de Philips Medido (nog) niet in gebruik hebben. Dit heeft de externe validiteit verhoogd doordat de interpretatie van de stellingen hetzelfde was, alleen bij respondenten waarbij de Philips Medido nog niet in gebruik bij was. De resultaten zijn niet generaliseerbaar voor de gehele organisatie Buurtzorg Nederland of alle wijkteams van de provincie Zeeland. Niet alle wijkteams hebben deelgenomen aan het onderzoek wegens exclusiecriteria en niet alle (stagiaire en leerling-) verpleegkundigen hebben deelgenomen aan het onderzoek. Ook zijn de resultaten niet generaliseerbaar voor andere zorgorganisaties.

Begripsvaliditeit

De vragen en stellingen in de enquête zijn opgesteld aan de hand van het operationaliseringsproces. Dit is gedaan om binnen de kaders van het onderzoek te blijven en aan te sluiten op de onderzoeksvraag. Tijdens de proefenquête is gescreend op onduidelijke en moeilijke begrippen.

2.8 Juridische en ethische aspecten

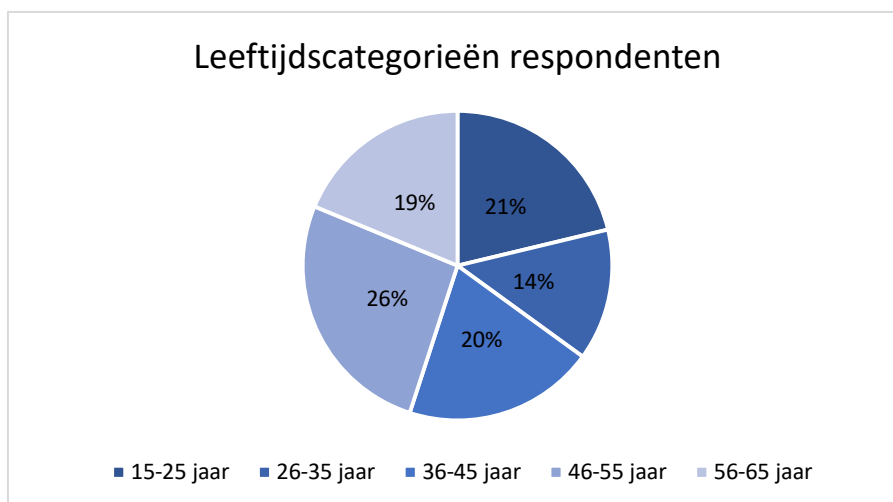
Het onderzoek is uitgevoerd na goedkeuring van het onderzoeksvoorstel door docenten J. Grefhorst en C. Wullems. Om het onderzoek in de praktijk uit te kunnen voeren is toestemming gevraagd aan de regiocoach A. Joosse. Het toestemmingsformulier is getekend en bijgevoegd in bijlage 6. De populatie is geïnformeerd over het onderzoek aan de hand van een begeleidende brief in de e-mail en op de pagina van de enquête. Deelname aan de enquête was op vrijwillige basis, de respondenten zijn een aantal keer herinnerd aan het invullen van de enquête, maar zijn niet onder druk gezet door de regiocoach om de enquête in te vullen. Na goedkeuring van het onderzoeksrapport worden de enquêtes en de resultaten verwijderd van de website www.Survio.nl en van de laptop van de onderzoeker.

3. Resultaten

In het resultaten hoofdstuk zijn de resultaten verwerkt van de gehele respondentengroep en per regio. Het resultatenhoofdstuk start met demografische gegevens over de populatie, hierna volgt per regio de resultaten van adoptiebereidheid. Eerst wordt de adoptiebereidheid volgens Rogers (2003) besproken, waarna dit wordt opgevolgd door de resultaten van de waargenomen bruikbaarheid volgens Davis (1989).

3.1 Demografische gegevens

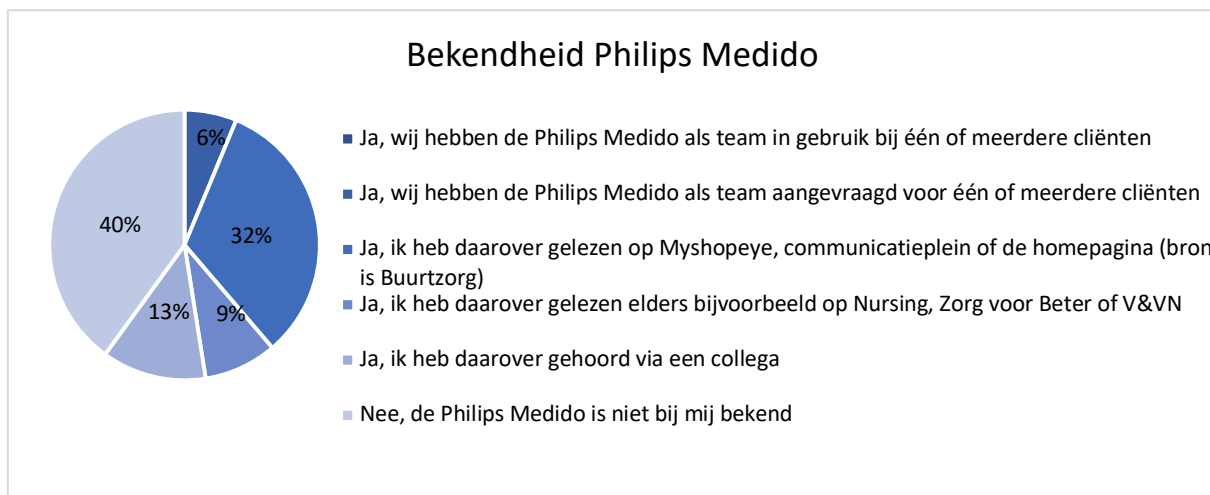
De enquêtes zijn uitgezet onder 25 wijkteams van Buurtzorg in de provincie Zeeland. In deze 25 wijkteams werken 207 (stagiair en leerling-) verpleegkundigen. In totaal zijn 80 ingevulde enquêtes retour gekomen, waarmee een respons van 39% is behaald. Bij twee enquêtes is de teamnaam niet ingevuld, deze enquêtes zijn wel meegenomen in de algemene vragen analyse, maar niet in de analyse per regio. De leeftijdscategorie van 26% respondenten ligt binnen de 46 en 55 jaar (N=21) opgevolgd door 21% respondenten met de leeftijd vijftien tot 25 jaar (N=17), dit is weergegeven in figuur 1. Binnen de onderzoekspopulatie is de meerderheid van de respondenten, 41% verpleegkundigen niveau vier (N=33), welke opgevolgd worden door 33% verpleegkundigen niveau vijf (N=26) en 10% verpleegkundigen niveau zes (N=8). De leerling-verpleegkundigen zijn onderverdeeld in 6% leerling-verpleegkundigen niveau vier (N=5), 3% leerling-verpleegkundigen niveau vijf (N=2) en 4% leerling-verpleegkundigen niveau zes (N=3). In de onderzoekspopulatie zijn 4% stagiair verpleegkundigen aanwezig van allen niveau zes (N=3).



Figuur 1: Leeftijdscategorieën respondenten in procenten

3.1.1 Bekendheid Philips Medido

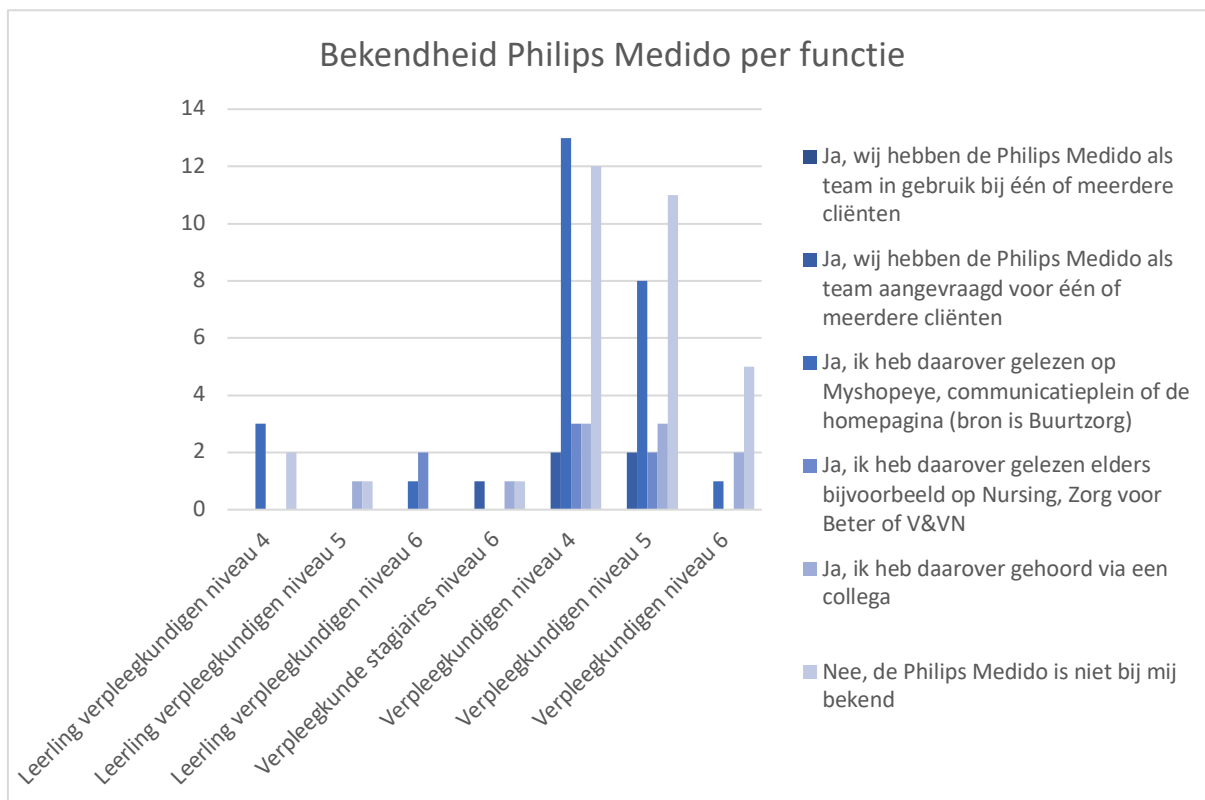
Van alle respondenten blijkt dat 40% (N=32) niet bekend is met de Philips Medido, dit is weergegeven in figuur 2. Van alle respondenten blijkt dat 32% (N=26) over de Philips Medido heeft gelezen op Myshopeye, communicatieplein of de homepage. Dit zijn alle drie bronnen van Buurtzorg Nederland. De Philips Medido is bekend bij 13% (N=10) via een collega. Een klein gedeelte van de respondenten, 9% (N=7) heeft over de Philips Medido gelezen in de Nursing of andere vakliteratuur. Of het is besproken op een Buurtzorgcongres. De Philips Medido is aangevraagd voor één of meerdere cliënten bij 6% (N=5) van de respondenten.



Figuur 2: Bekendheid Philips Medido in procenten

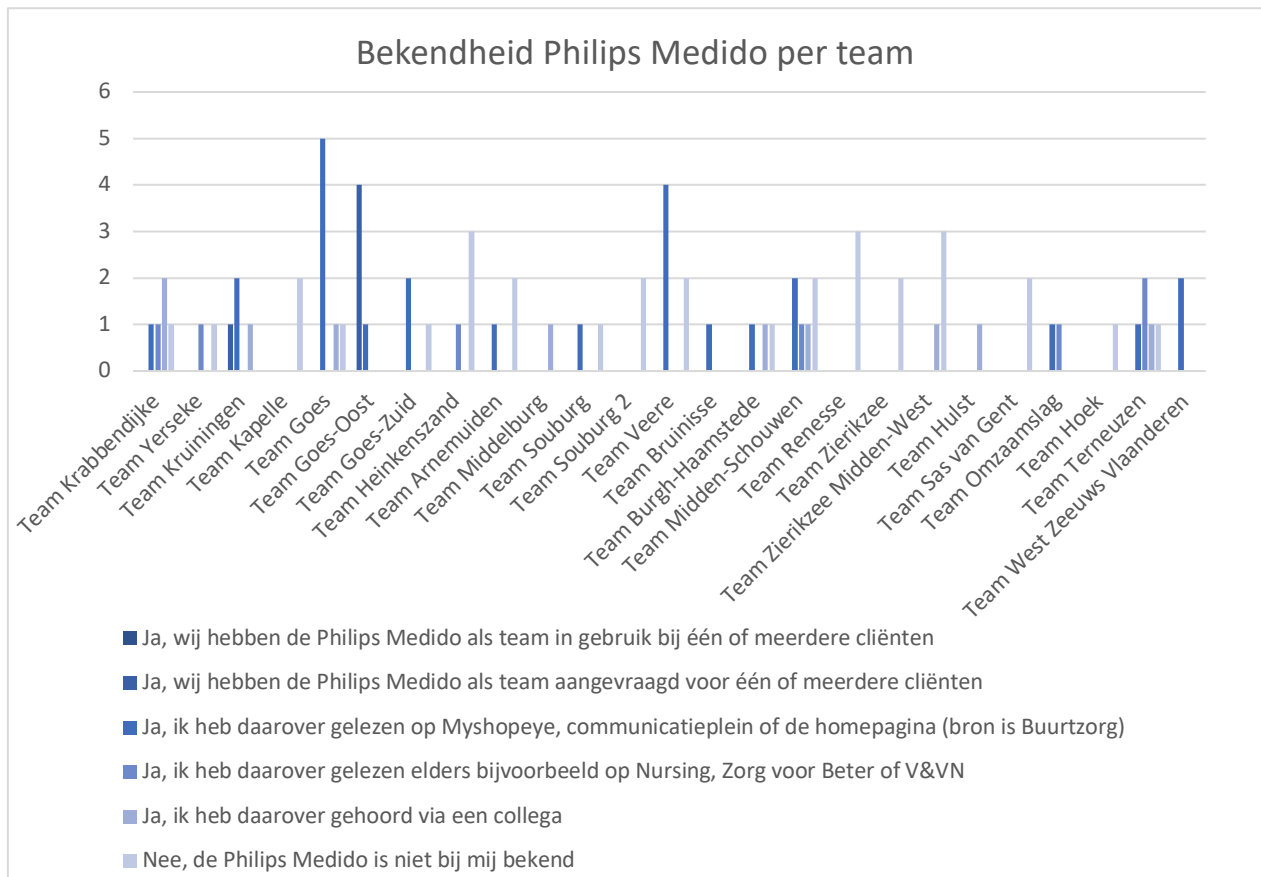
Van de leerling-verpleegkundigen niveau vier heeft 60% (N=3) over de Philips Medido gelezen op Myshopeye, communicatieplein of de homepage van Buurtzorg, zie figuur 3. De Philips Medido is niet bekend bij de overige 40% (N=2) van deze respondentengroep. Van de leerling-verpleegkundigen niveau vijf heeft 50% (N=1) over de Philips Medido gehoord via een collega. De andere respondent (N=1) geeft aan dat de Philips Medido niet bekend is. Van de leerling-verpleegkundigen niveau zes heeft 33% (N=1) over de Philips Medido gelezen op Myshopeye, communicatieplein of de homepage van Buurtzorg. De andere respondenten, 67% (N=2) heeft over de Philips Medido gelezen in de Nursing of andere vakliteratuur. Bij de verpleegkunde stagiaires niveau zes geeft 33% (N=1) aan dat de Philips Medido in het team is aangevraagd voor één of meerdere cliënten. De Philips Medido is bekend bij 33% (N=1) via een collega. De andere respondent (N=1) geeft aan dat de Philips Medido niet bekend is.

Van de verpleegkundigen niveau vier geeft 6% (N=2) aan dat de Philips Medido is aangevraagd voor één of meerdere cliënten, zie figuur 3. Van de verpleegkundigen niveau vier heeft 39% (N=13) over de Philips Medido gelezen op Myshopeye, communicatieplein of de homepage van Buurtzorg. Een klein gedeelte van de verpleegkundigen niveau vier, 9% (N=3) heeft over de Philips Medido gelezen in de Nursing of andere vakliteratuur. De andere verpleegkundigen niveau vier, 9% (N=3) heeft over de Philips Medido gehoord via een collega. De Philips Medido is niet bekend bij 36% (N=12) van de verpleegkundigen niveau vier. Bij de verpleegkundigen niveau vijf is de Philips Medido aangevraagd bij één of meerdere cliënten bij 8% (N=2). Van de verpleegkundigen niveau vijf heeft 31% (N=8) over de Philips Medido gelezen via Myshopeye, communicatieplein of de homepage van Buurtzorg. Daarover gelezen in de Nursing of andere vakliteratuur heeft 8% (N=2) van de verpleegkundigen niveau vijf gedaan. Van de verpleegkundigen niveau vijf heeft 12% (N=3) over de Philips Medido gehoord via een collega. De Philips Medido is niet bekend bij 42% (N=11) van deze respondentengroep. Van de verpleegkundigen niveau zes geeft 13% (N=1) aan over de Philips Medido gelezen te hebben op Myshopeye communicatieplein of de homepage van Buurtzorg. Van de verpleegkundigen niveau zes heeft 25% (N=2) over de Philips Medido gehoord via een collega. De Philips Medido is niet bekend bij 63% (N=5) van de verpleegkundigen niveau zes.



Figuur 3: Bekendheid Philips Medido per functie

De bekendheid van de Philips Medido is verdeeld per wijkteam, zie figuur 4. Zo is de Philips Medido bij de wijkteams Goes-Oost en Kruiningen al aangevraagd, maar bij bijvoorbeeld de wijkteams Kapelle en Souburg 2 is de Philips Medido niet bekend. De wijkteams Goes, Goes-Zuid en Veere hebben gebruik gemaakt van Myshopeye, communicatieplein of de homepage van Buurtzorg. Bijna alle respondenten van de wijkteams Goes, Goes-Zuid en Veere hebben dit als bron opgegeven waar zij over de Philips Medido gelezen hebben. De wijkteams Bruinisse en West Zeeuws-Vlaanderen hebben Myshopeye, communicatieplein en de homepage van Buurtzorg als enige bron opgegeven. Bij het wijkteam Terneuzen zijn de meeste respondenten bekend geworden met de Philips Medido met een bron die niet afkomstig is van Buurtzorg, maar bijvoorbeeld de Nursing en andere vakliteratuur. De wijkteams Middelburg en Hulst geven aan dat de Philips Medido bekend is door het gehoord te hebben via een collega.



Figuur 4: Bekendheid Philips Medido per team

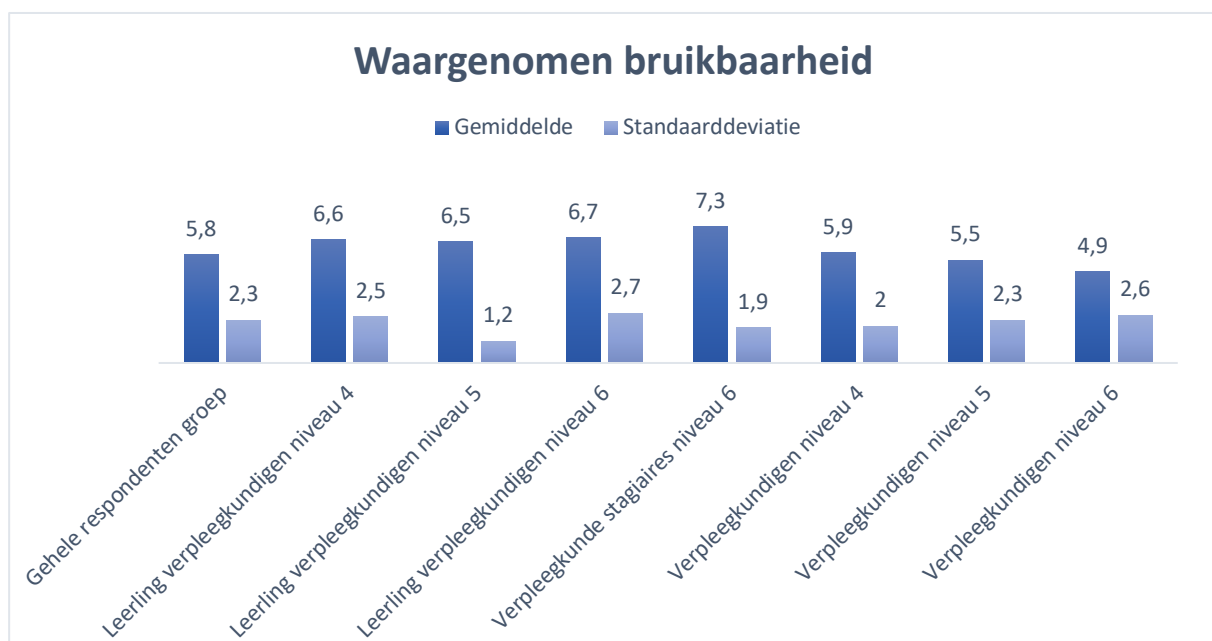
3.1.2 Adoptie Philips Medido

De factoren van de adoptiebereidheid volgens Rogers (2003) zijn in tabel 3 beschreven. Relatief voordeel, compatibiliteit, complexiteit, testvermogen en observeerbaarheid zijn factoren die invloed hebben op de adoptiebereidheid. Dit is een schaal van één tot tien, waarbij geldt hoe hoger de waarde hoe hoger en sneller de innovatie geadopteerd wordt. De standaarddeviatie is ook berekend op een schaal van één tot tien, dit houdt in hoe hoger de standaarddeviatie, hoe meer de antwoorden uit elkaar liggen. De adoptiebereidheid van de gehele respondentengroep bedraagt een 7.5 gemiddeld. De antwoorden van de gehele respondentengroep liggen uit elkaar, te zien aan de standaarddeviatie. De leerling-verpleegkundigen niveau vijf zijn het meest bereid om de Philips Medido te adopteren, dit is herleidbaar aan een gemiddelde van 7.9 voor de adoptiebereidheid. De waarde oftewel de compatibiliteit die aan de Philips Medido gegeven wordt is niet hoog en allebei de respondenten dachten daar bijna hetzelfde over gezien de standaarddeviatie van 0.9. Verpleegkundigen niveau zes scoren het minst hoge gemiddelde van deze analyse, met een gemiddelde van 7.0 voor de adoptiebereidheid in het algemeen, zie tabel 3.

Tabel 3: Waarden adoptiebereidheid gehele respondentengroep en per functie

Adoptiebereidheid in het geheel en per functie		Relatief voordeel	Compatibiliteit	Complexiteit	Testvermogen	Observeerbaarheid	Adoptiebereidheid
Gehele respondentengroep (N=80)	Gemiddelde Standaarddeviatie	8.0 1.6	6.7 2.0	7.9 1.6	7.8 1.7	6.9 2.0	7.5
Leerling-verpleegkundigen niveau 4 (N=5)	Gemiddelde Standaarddeviatie	7.8 1.7	6.5 1.2	6.9 2.0	7.1 1.8	7.2 1.4	7.1
Leerling-verpleegkundigen niveau 5 (N=2)	Gemiddelde Standaarddeviatie	9.0 1.4	6.6 0.9	8.5 1.2	8.2 1.7	7.0 2.1	7.9
Leerling-verpleegkundigen niveau 6 (N=3)	Gemiddelde Standaarddeviatie	8.9 1.0	6.7 2.4	8.6 1.1	8.0 1.4	7.0 2.7	7.8
Verpleegkunde stagiaires niveau 6 (N=3)	Gemiddelde Standaarddeviatie	8.6 1.0	6.5 1.4	8.5 1.6	7.3 1.2	5.0 2.6	7.2
Verpleegkundigen niveau 4 (N=33)	Gemiddelde Standaarddeviatie	8.0 1.4	7.0 1.9	8.0 1.4	8.0 1.6	7.3 1.9	7.7
Verpleegkundigen niveau 5 (N=26)	Gemiddelde Standaarddeviatie	8.0 1.8	6.7 2.0	7.9 1.7	7.8 1.7	6.8 1.9	7.4
Verpleegkundigen niveau 6 (N=8)	Gemiddelde Standaarddeviatie	7.4 1.7	6.2 2.0	7.7 1.9	7.4 1.4	6.2 1.8	7.0

Van de gehele respondentengroep is het gemiddelde cijfer voor de waargenomen bruikbaarheid van de Philips Medido een 5.8. Dit is lager dan het gemiddelde cijfer voor de adoptiebereidheid. Dit is een schatting omdat de Philips Medido nog niet in gebruik is genomen door de respondenten. De stagiair verpleegkundigen niveau zes geven het hoogste gemiddelde aan de waargenomen bruikbaarheid, een 7.3 met een standaarddeviatie van 1.9. Zowel het gemiddelde van de adoptiebereidheid als het gemiddelde van de waargenomen bruikbaarheid van de Philips Medido is het laagste bij de verpleegkundigen niveau zes. De antwoorden van de waargenomen bruikbaarheid liggen wel uit elkaar, een 2,6 voor de standaarddeviatie, zie hiervoor figuur 5.



Figuur 5: Waargenomen bruikbaarheid Philips Medido gehele respondentengroep en per functie

Van de gehele respondentengroep krijgt de Philips Medido voor het relatieve voordeel een 8.0 gemiddeld, zie tabel 3. De respondenten zien het voordeel in van het gebruiken van de Philips Medido. De waargenomen bruikbaarheid krijgt van de gehele respondentengroep een 5.8 gemiddeld, zie figuur 5. De waargenomen bruikbaarheid blijft een schatting omdat de respondenten de Philips Medido nog niet gebruikt hebben. Hier is wel een verschil kenbaar tussen het relatieve voordeel en de waargenomen bruikbaarheid. Ook is te zien dat alle gemiddelden van het relatieve voordeel hoog zijn, leerling-verpleegkundigen niveau vijf geven bijvoorbeeld een 9.0 gemiddeld aan het relatieve voordeel. Verpleegkundigen niveau zes geven het laagste gemiddelde van deze groep aan het relatieve voordeel een 7.4 gemiddeld. Het gemiddelde voor de waargenomen bruikbaarheid ligt lager, leerling-verpleegkundigen niveau vijf geven een 6.5 gemiddeld en verpleegkundigen niveau zes geven een 4.9 gemiddeld voor de waargenomen bruikbaarheid.

3.1.3 Chronbach's Alpha

De Chronbach's Alpha is berekend aan de hand van de stellingen die passen bij factoren van Rogers (2003). De Chronbach's Alpha is ook berekend bij de stellingen van de waargenomen bruikbaarheid van Davis (1989), bij deze berekening is geen onderscheid gemaakt. De stellingen die vallen onder relatief voordeel hebben een Chronbach's Alpha van 0.8. De stellingen die vallen onder compatibiliteit hebben een Chronbach's Alpha van 0.1. De stellingen die vallen onder complexiteit hebben een Chronbach's Alpha van 0.4. De stellingen die vallen onder testvermogen hebben een Chronbach's Alpha van 0.4. De stellingen die vallen onder observeerbaarheid hebben een Chronbach's Alpha van 0.0. De stellingen van de waargenomen bruikbaarheid hebben een Chronbach's Alpha van 0.9.

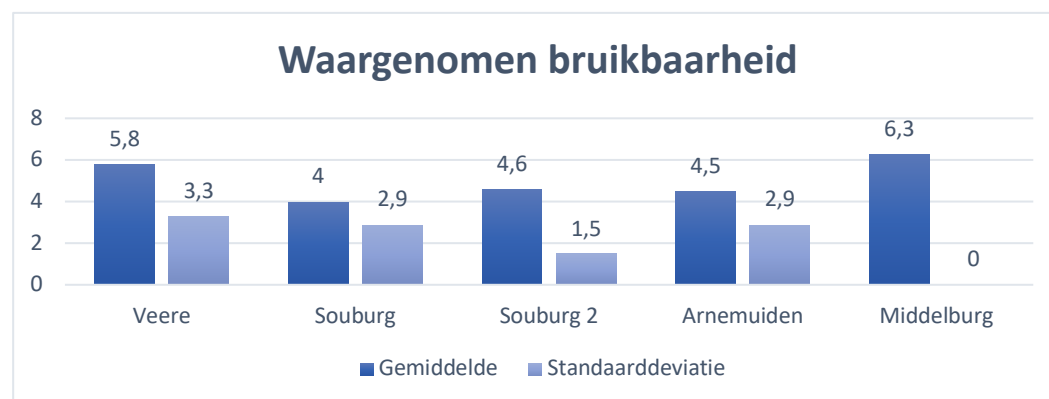
3.2 Regio Walcheren

In de regio Walcheren hebben vijf wijkteams deelgenomen aan het onderzoek. De populatie (N=14) is verdeeld over de wijkteams. Het wijkteam Veere heeft het hoogste gemiddelde van de factoren van Rogers (2003), zie tabel 4. In totaal heeft het wijkteam Veere een 7.7 gemiddeld voor de adoptiebereidheid, bij de vijf factoren is te zien dat de antwoorden uit elkaar liggen door te kijken naar de standaarddeviatie, deze is bijvoorbeeld bij de observeerbaarheid een 2.9. De wijkteams Souburg 2 en Middelburg komen allebei op hetzelfde gemiddelde uit van 7.2. Bij het wijkteam Souburg 2 liggen enkele gegeven antwoorden dicht bij elkaar, bijvoorbeeld bij complexiteit en testvermogen, de standaarddeviatie is 0.2 bij deze factoren. In de antwoorden van het wijkteam Middelburg is geen standaarddeviatie gemeten wegens één respons. Het wijkteam Arnemuiden heeft het laagste gemiddelde van de regio Walcheren, de adoptiebereidheid bedraagt een 7.0. Compatibiliteit heeft het laagst gescoord, het wijkteam Arnemuiden heeft een lage waarde ten opzichte van de Philips Medido. Dit kan ervoor zorgen dat de adoptiesnelheid vertraagd wordt. De antwoorden liggen vrij dicht bij elkaar, te zien aan de standaarddeviatie, weergegeven in tabel 4.

Tabel 4: Waarden adoptiebereidheid Philips Medido regio Walcheren

Team		Relatief voordeel	Compatibiliteit	Complexiteit	Testvermogen	Observerbaarheid	Adoptiebereidheid
Veere (N=6)	Gemiddelde	8.9	6.3	8.3	7.8	7.2	7.7
	Standaarddeviatie	1.4	2.3	2.2	1.7	2.9	
Souburg 2 (N=2)	Gemiddelde	6.7	6.5	8.8	8.2	6.0	7.2
	Standaarddeviatie	1.8	1.8	0.2	0.2	4.2	
Middelburg (N=1)	Gemiddelde	7.6	6.0	7.0	8.0	7.5	7.2
	Standaarddeviatie	-	-	-	-	-	
Souburg (N=2)	Gemiddelde	6.8	6.9	7.3	8.3	6.3	7.1
	Standaarddeviatie	1.7	1.6	1.9	0.9	2.5	
Arnemuiden (N=3)	Gemiddelde	7.1	5.9	7.8	7.9	6.5	7.0
	Standaarddeviatie	1.2	1.5	1.1	0.5	0.6	

De waargenomen bruikbaarheid ligt tussen de 4.0 en 6.3, zie figuur 6. Deze weergave laat zien in hoeverre wijkteams denken dat de Philips Medido past binnen de werkwijze. Het is een schatting over hoe de wijkteams over de Philips Medido werken, omdat de wijkteams nog nooit met de Philips Medido gewerkt hebben. Het wijkteam Middelburg geeft gemiddeld een 6.3 voor de Philips Medido en de voordelen van de innovatie. Het wijkteam Souburg geeft het laagste gemiddelde van de regio voor de Philips Medido, één 4.0 hier liggen de antwoorden uit elkaar gezien de standaarddeviatie.



Figuur 6: Waargenomen bruikbaarheid Philips Medido regio Walcheren

Binnen de regio Walcheren geeft het wijkteam Veere het hoogste gemiddelde aan het relatieve voordeel, een 8.9 gemiddeld, zie tabel 4. Het wijkteam Souburg 2 geeft het laagste gemiddelde aan het relatieve voordeel, een 6.7 gemiddeld. De gemiddelden van de waargenomen bruikbaarheid liggen lager, zo geeft het wijkteam Veere een 5.8 gemiddeld en het wijkteam Souburg 2 een 4.6 gemiddeld aan de waargenomen bruikbaarheid, zie figuur 6.

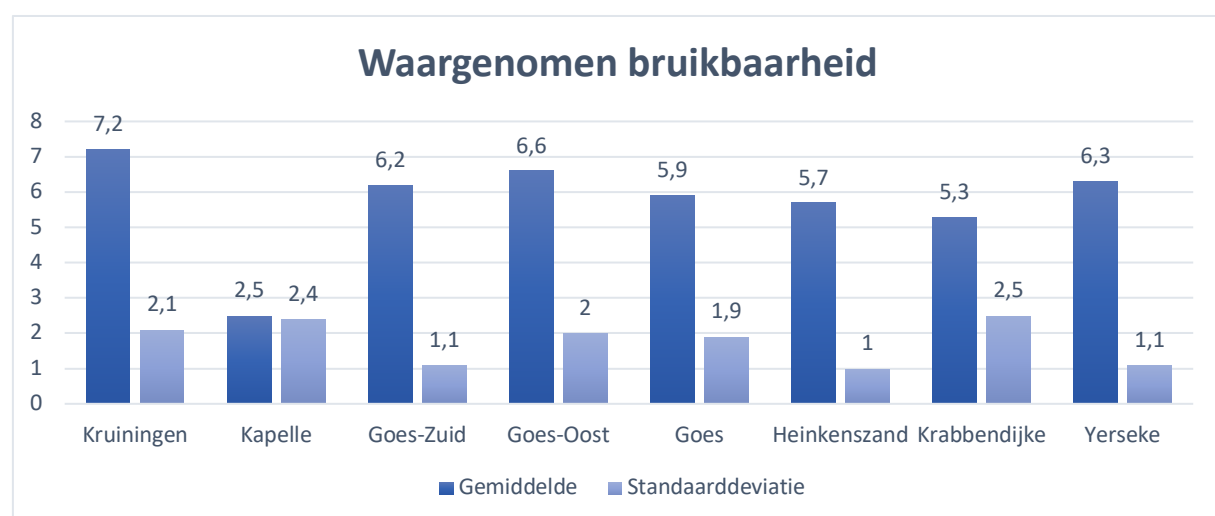
3.3 Regio Beveland

In de regio Beveland hebben acht wijkteams deelgenomen aan het onderzoek. De populatie (N=32) is verdeeld onder de wijkteams. Het wijkteam Goes heeft het hoogste gemiddelde van de factoren van Rogers (2003), zie tabel 5. De adoptiebereidheid scoort een 7.7, de antwoorden liggen uit elkaar, dit is te zien aan de standaarddeviatie per factor. Het wijkteam Kapelle heeft het laagste gemiddelde van de regio, maar ook van alle wijkteams. De adoptiebereidheid in totaal bedraagt een 6.1, de antwoorden liggen dicht bij elkaar behalve bij de complexiteit, zie tabel 5.

Tabel 5: Waarden adoptiebereidheid Philips Medido regio Beveland

Team		Relatief voordeel	Compatibiliteit	Complexiteit	Testvermogen	Observeerbaarheid	Adoptiebereidheid
Goes (N=7)	Gemiddelde Standaarddeviatie	8.7 1.3	7.0 1.4	8.5 1.5	7.8 2.1	6.4 2.0	7.7
Goes-Oost (N=5)	Gemiddelde Standaarddeviatie	8.2 1.7	7.5 1.8	7.9 1.2	7.5 1.7	6.7 0.9	7.6
Goes-Zuid (N=3)	Gemiddelde Standaarddeviatie	8.1 0.2	7.1 1.2	8.2 0.4	7.7 1.6	7.0 1.8	7.6
Krabbendijke (N=5)	Gemiddelde Standaarddeviatie	8.3 1.5	6.8 2.1	8.1 1.0	8.1 2.1	6.7 2.1	7.6
Yerseke (N=2)	Gemiddelde Standaarddeviatie	7.2 0.8	7.3 1.1	7.3 0.5	7.7 0.5	7.8 0.4	7.5
Kruiningen (N=4)	Gemiddelde Standaarddeviatie	8.2 1.6	6.5 2.6	8.3 1.2	7.5 1.5	7.1 2.6	7.5
Heinkenszand (N=4)	Gemiddelde Standaarddeviatie	7.1 1.2	7.0 1.0	6.9 1.5	8.1 1.0	7.9 0.7	7.4
Kapelle (N=2)	Gemiddelde Standaarddeviatie	6.7 0.7	4.8 1.8	6.7 3.3	5.7 0.9	6.8 1.1	6.1

De waargenomen bruikbaarheid van de Philips Medido ligt lager dan de adoptiebereidheid van de Philips Medido, zie figuur 7. De waargenomen bruikbaarheid is gemeten bij wijkteams die de Philips Medido nog niet in gebruik hebben, het is een schatting wat de respondenten denken van de waargenomen bruikbaarheid. Het wijkteam Kruiningen scoort op zowel de adoptiebereidheid als de waargenomen bruikbaarheid hoog, een adoptiebereidheid van gemiddeld 7.5 en de waargenomen bruikbaarheid is gemiddeld 7.2. De standaarddeviatie is een 2.1, de antwoorden liggen uit elkaar. Het wijkteam Kapelle heeft het laagste gemiddeld van deze regio bij de adoptiebereidheid, een 6.1 en ook de waargenomen bruikbaarheid scoort het wijkteam Kapelle het laagst, een 2.5 gemiddeld. Het verschil tussen de adoptiebereidheid en de waargenomen bruikbaarheid is bij het wijkteam Goes ook te zien. De waargenomen bruikbaarheid scoort een stuk lager dan de adoptiebereidheid, een 5.9 gemiddeld.



Figuur 7: Waargenomen bruikbaarheid Philips Medido regio Beveland

Binnen de regio Beveland heeft het wijkteam Goes het hoogste gemiddelde wat betreft het relatieve voordeel, 8.7 gemiddeld, zie tabel 5. Het wijkteam Kapelle heeft het laagste gemiddelde van deze regio wat betreft het relatieve voordeel, een 6.7 gemiddeld.

Het wijkteam Goes heeft een lager gemiddelde bij de waargenomen bruikbaarheid, een 5.9 gemiddeld, zie figuur 7. Het wijkteam Kapelle heeft een 2.5 gemiddeld voor de waargenomen bruikbaarheid.

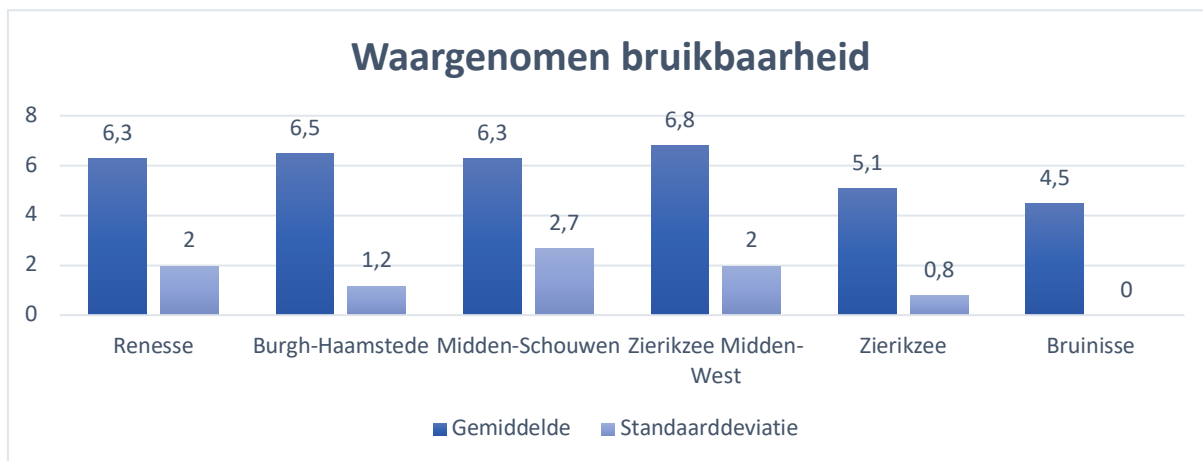
3.4 Regio Schouwen-Duiveland

In de regio Schouwen-Duiveland hebben zes wijkteams deelgenomen aan het onderzoek. De populatie (N=19) is verdeeld over de wijkteams. Het wijkteam Zierikzee Midden-West heeft het hoogste gemiddelde wat betreft de adoptiebereidheid in de regio maar ook van alle andere wijkteams, zie tabel 6. Het hoogste gemiddelde is een 8.3 voor de adoptiebereidheid en daarbij liggen de antwoorden vrij dicht bij elkaar, dit is te zien aan de standaarddeviatie onder de vijf factoren bij het wijkteam Zierikzee Midden-West. In de antwoorden van het wijkteam Bruinisse is geen standaarddeviatie gemeten wegens één respons. Het wijkteam Zierikzee scoort het laagste gemiddelde, een 6.4 voor de adoptiebereidheid van de Philips Medido. De complexiteit haalt het gemiddelde naar beneden, dit gaat over hoe ingewikkeld de Philips Medido gevonden wordt.

Tabel 6: Waarden adoptiebereidheid regio Schouwen-Duiveland

Team		Relatief voordeel	Compatibiliteit	Complexiteit	Testvermogen	Observerbaarheid	Adoptiebereidheid
Zierikzee Midden-West (N=4)	Gemiddelde Standaarddeviatie	9.0 1.0	7.4 1.6	8.7 0.6	8.6 0.8	7.9 1.6	8.3
Burgh-Haamstede (N=3)	Gemiddelde Standaarddeviatie	7.9 1.0	7.3 1.7	7.9 1.4	8.3 1.9	8.2 2.0	7.5
Renesse (N=3)	Gemiddelde Standaarddeviatie	7.8 1.0	6.4 1.8	7.7 1.6	7.6 1.9	7.0 2.3	7.3
Midden-Schouwen (N=6)	Gemiddelde Standaarddeviatie	8.0 2.2	6.3 1.9	7.9 1.8	7.5 1.9	6.8 1.8	7.3
Bruinisse (N=1)	Gemiddelde Standaarddeviatie	7.4 -	6.3 -	5.7 -	7.0 -	7.0 -	6.7
Zierikzee (N=2)	Gemiddelde Standaarddeviatie	7.4 1.4	6.1 0.5	5.7 0.9	6.2 2.1	6.5 0.7	6.4

Bij het wijkteam Zierikzee Midden-West is niet alleen de adoptiebereidheid hoog, maar ook de waargenomen bruikbaarheid scoort een 6.8 gemiddeld, zie figuur 8. Dit is een schatting omdat de Philips Medido nog niet in gebruik is genomen en de bruikbaarheid geschat wordt door het wijkteam. Het wijkteam Bruinisse scoort voor de adoptiebereidheid een gemiddelde van 6.7 en voor de waargenomen bruikbaarheid een gemiddelde van 4.5. Bij de waargenomen bruikbaarheid is dit het laagste gemiddelde van de regio.



Figuur 8: Waargenomen bruikbaarheid Philips Medido regio Schouwen-Duiveland

Binnen de regio Schouwen-Duiveland heeft het wijkteam Zierikzee Midden-West het hoogste gemiddelde wat betreft het relatieve voordeel, een 9.0 gemiddeld, zie tabel 6. De wijkteams Bruinisse en Zierikzee hebben beide het laagste gemiddelde van deze regio, een 7.4 gemiddeld voor het relatieve voordeel. Het wijkteam Zierikzee Midden-West heeft het hoogste gemiddelde bij de waargenomen bruikbaarheid, een 6.8 gemiddeld, zie figuur 8. De wijkteams Bruinisse en Zierikzee hebben een lager gemiddelde bij de waargenomen bruikbaarheid. Het wijkteam Bruinisse geeft een 4.5 gemiddeld en het wijkteam Zierikzee een 5.1 gemiddeld voor de waargenomen bruikbaarheid.

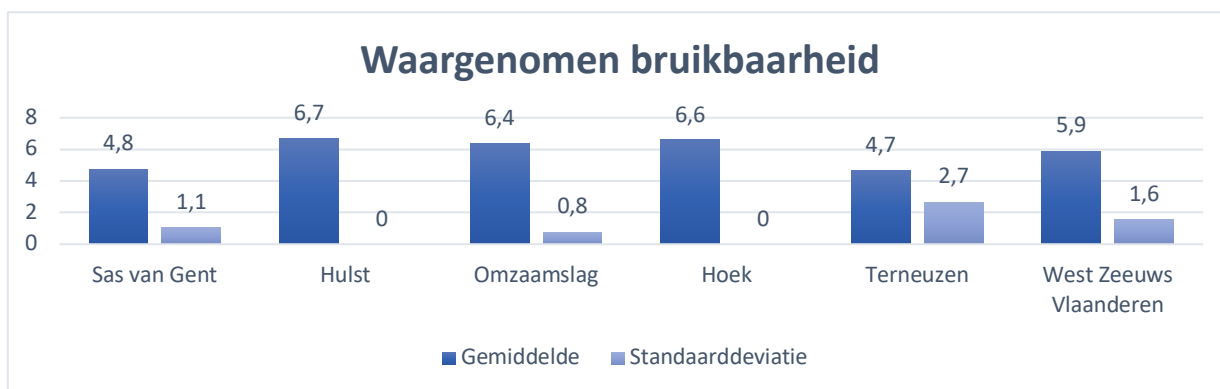
3.5 Regio Zeeuws-Vlaanderen

In de regio Zeeuws-Vlaanderen hebben zes wijkteams deelgenomen aan het onderzoek. De populatie (N=13) is verdeeld over de wijkteams. Het wijkteam West Zeeuws-Vlaanderen scoort het hoogste gemiddelde voor de adoptiebereidheid van de Philips Medido in de regio, zie tabel 7. Het gemiddelde is een 8.2 en de antwoorden liggen dicht bij elkaar te zien aan de lage waarden van de standaarddeviatie. In de antwoorden van de wijkteams Hulst en Hoek zijn geen standaarddeviaties gemeten wegens één respons. Het testvermogen scoort volgens het wijkteam West Zeeuws-Vlaanderen een 9.2 wat het hoogste gemiddelde is van deze factor van alle wijkteams. Dit houdt in dat de Philips Medido goed uitgetest kan worden en dat daar genoeg cliënten voor aanwezig zijn in het cliëntenbestand. Het wijkteam Sas van Gent heeft het laagste gemiddelde voor de adoptiebereidheid binnen de regio. Een gemiddelde van 6.7 waarbij de factor compatibiliteit het gemiddelde omlaag trekt. De waarde die aan de Philips Medido gegeven wordt, is volgens dit wijkteam een 5.8 gemiddeld, zoals weergegeven in tabel 7.

Tabel 7: Waarden adoptiebereidheid Philips Medido regio Zeeuws-Vlaanderen

Team		Relatief voordeel	Compatibiliteit	Complexiteit	Testvermogen	Observeerbaarheid	Adoptiebereidheid
West Zeeuws-Vlaanderen (N=2)	Gemiddelde Standaarddeviatie	8.3 1.3	7.8 1.1	8.5 1.2	9.2 0.7	7.0 0.7	8.2
Terneuzen (N=5)	Gemiddelde Standaarddeviatie	8.6 1.2	6.8 2.3	8.2 1.1	7.7 0.8	7.5 2.4	7.8
Hulst (N=1)	Gemiddelde Standaarddeviatie	8.2 -	7.0 -	8.3 -	7.7 -	6.0 -	7.4
Omzaamslag (N=2)	Gemiddelde Standaarddeviatie	7.4 0.9	7.0 0.7	7.7 1.4	8.0 0.9	6.3 1.1	7.3
Hoek (N=1)	Gemiddelde Standaarddeviatie	8.0 -	6.0 -	7.7 -	8.7 -	5.0 -	7.1
Sas van Gent (N=2)	Gemiddelde Standaarddeviatie	6.6 0.3	5.8 1.1	7.0 1.4	7.8 2.6	6.5 0.7	6.7

De waargenomen bruikbaarheid van de Philips Medido wordt in vergelijking met de adoptiebereidheid lager ingeschat door het wijkteam West Zeeuws-Vlaanderen, zie figuur 9. Het gemiddelde voor de waargenomen bruikbaarheid is 5.9 gemiddeld wat anders is dan de 8.2 gemiddeld voor de adoptiebereidheid. Het wijkteam Hulst scoort het hoogste gemiddelde van de regio, een 6.7 gemiddeld. Het wijkteam Terneuzen scoort het laagste gemiddelde bij de waargenomen bruikbaarheid, een 4.7 gemiddeld.



Figuur 9: Waargenomen bruikbaarheid Philips Medido regio Zeeuws-Vlaanderen

Binnen de regio Zeeuws-Vlaanderen heeft het wijkteam Terneuzen het hoogste gemiddelde wat betreft het relatieve voordeel, een 8.6 gemiddeld, zie tabel 7. Het wijkteam Sas van Gent heeft het laagste gemiddelde van deze regio wat betreft het relatieve voordeel, een 6.6 gemiddeld. Het wijkteam Terneuzen heeft het laagste gemiddelde van deze regio voor de waargenomen bruikbaarheid, zoals hierboven ook is beschreven een 4.7 gemiddeld, zie figuur 9. Het wijkteam Sas van Gent zit niet ver van het gemiddelde van het wijkteam Terneuzen, een 4.8 gemiddeld krijgt de waargenomen bruikbaarheid van het wijkteam Sas van Gent.

4. Discussie

In het hoofdstuk discussie is de geanalyseerde data vergeleken met de literatuur. Hierna worden de sterke en zwakke punten van het onderzoek beschreven.

4.1 Interpretatie en verklaring van de resultaten aan de hand van de literatuur

Bekendheid

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat het grootste gedeelte van de respondenten niet bekend is met de Philips Medido. De bekendheid heeft een variatie tussen de variabelen leeftijdscategorie en functie van de respondent. De variatie in bekendheid van de Philips Medido met betrekking tot de leeftijdscategorie verklaart mogelijk het feit dat de Philips Medido bij het grootste gedeelte van de respondenten niet bekend is. De jongere generatie groeit op met het gebruik van internet en het uitzoeken van en oriënteren op mogelijkheden. Daarnaast zijn beginnende beroepsbeoefenaars zich aan het ontwikkelen en zullen vaker evidence-based practice informatie op zoeken, omdat dit nog fris in de werkwijze zit vanuit de opleiding (Jueng, Huang, Li, Liang, & Huang, 2017). De bekendheid van de Philips Medido is ook niet bij alle respondenten via een bron van Buurtzorg gekomen. Dit terwijl vaak vanuit de werkgever scholingen en cursussen worden aangeboden. Het missen van informatie over de Philips Medido kan komen door het grote aanbod in innovaties en informatie hierover (Grol, Wensing, Eccles, & Davis, 2013).

Adoptiebereidheid

Ondanks dat de bekendheid niet optimaal is, is de adoptiebereidheid van de Philips Medido van de gehele respondentengroep afgerond een 8 op een schaal van 10, wat een grote adoptiebereidheid van de Philips Medido in de praktijk weergeeft (Rogers, 2003). Opvallend is dat de waarde van de adoptiebereidheid hoger ligt dan de waargenomen bruikbaarheid. De respondenten zijn positief over het mogelijke gebruik van de Philips Medido, echter door onwetendheid kan het zijn dat de betrouwbaarheid en effectiviteit van deze innovatie niet ingezien wordt. Dit is niet positief voor de adoptiebereidheid omdat verschillende onderzoeken naar het Technology Acceptance Model beschrijven dat de waargenomen bruikbaarheid een bepalende factor is voor de intentie om de innovatie te gaan gebruiken (Zwaanswijk, Verheij, Wiesman, & Friele, 2011). De adoptiebereidheid ligt uit elkaar bij de verschillende wijkteams, maar ook bij de verschillende functies. Een wijkteam met verschillende functies, heeft zo ook verschillende varianten van adoptiebereidheid. Dit kan een verklaring zijn voor de verschillende meningen over de Philips Medido.

Implementatie

De waarde van adoptiebereidheid is bij de gehele respondentengroep hoog, echter zijn twee factoren die over het algemeen wat lager scoren. Compatibiliteit en observeerbaarheid, deze twee factoren kunnen ervoor zorgen dat de Philips Medido vertraging oploopt tijdens het implementatieproces of ervoor zorgt dat de Philips Medido niet geïmplementeerd wordt (Driessens, Walrave, & Bie, 2007; Buitelaar, 2011). Deze twee factoren kunnen minder hoog zijn doordat de waarde van de Philips Medido en het gebruik niet ingezien wordt. De Philips Medido kan ook niet gezien worden omdat het nog niet standaard ingezet wordt bij cliënten die baat hebben bij dit hulpmiddel. Dit kan resulteren in een ongewenst effect (Perez, Popadiuk, & Coelho Cesar, 2017). De adoptiebereidheid is hoog, de Philips Medido is al sinds oktober 2017 geïntroduceerd binnen Buurtzorg. Echter het gebruik van de Philips Medido is bij de (meeste) wijkteams nog niet aan de orde. Dit terwijl door het gebruik van eHealth cliënten in staat zijn om de regie geheel of gedeeltelijk over te nemen in plaats van uit te besteden aan een mantelzorger of zorgverlener. eHealth kan hierbij een bijdrage leveren aan het langer thuis blijven wonen van de cliënt (Mulder, Hartog, Zijda, & Gorp, 2017).

4.2 Sterke en zwakke punten van het onderzoek

De betrouwbaarheid is verhoogd door het gebruiken van de theorie van Rogers (2003) en Davis (1989). De enquête stellingen zijn beschreven aan de hand van het Diffusion of Innovation model van Rogers (2003) en de Technology Acceptance Model van Davis (1989), hier is gebruik gemaakt van een bestaand meetinstrument aangepast naar de adoptiebereidheid van de Philips Medido. De betrouwbaarheid is ook verhoogd doordat de enquête gecontroleerd is door de peergroup en de begeleidende docent. De Chronbach's Alpha is bij een aantal factoren van Rogers niet acceptabel als het gaat om betrouwbaarheid. De stellingen behorende bij de factoren die een lage waarde hadden, wat betreft de Chronbach's Alpha meten niet allemaal hetzelfde, wat de betrouwbaarheid negatief beïnvloed. Toch is gekozen om de stellingen en de resultaten te gebruiken omdat de adoptiebereidheid bestaat uit deze vijf factoren. Zonder één bepaalde factor of meerdere is de adoptiebereidheid niet compleet en kan geen uitspraak gedaan worden over de adoptiebereidheid. Het onderzoek is uitgevoerd door één onderzoeker wat invloed kan hebben op de betrouwbaarheid. De situaties die zich af hebben gespeeld zijn vanuit één invalshoek bekeken, mogelijk wanneer een andere onderzoeker hetzelfde onderzoek uitvoert kan dat tot verschillende resultaten leiden.

De respondentengroep bestond uit 80 (stagiaire en leerling-) verpleegkundigen, waarvan twee respondenten alleen met de algemene analyses mee gerekend konden worden wegens het niet invullen van de teamnaam. Hiermee is een respons van 39% behaald en niet de gestreefde waarde van 50%. Dit heeft een negatieve invloed op de externe validiteit en hierdoor wordt met voorzichtigheid een conclusie getrokken. Om een nog completer beeld te krijgen van de Philips Medido in de praktijk ontbrak één vraag in de enquête over het mogelijke gebruik van de Philips Medido, bijvoorbeeld over hoeveel cliënten aanwezig zijn om de Philips Medido te gebruiken. Zo kan een inschatting gemaakt worden over de incidentie, omdat dit niet gebeurd is heeft dit een negatieve invloed op de interne validiteit. Mogelijk zijn de resultaten van de enquête beïnvloed door het testeffect en doordat de enquêtes niet onder toezicht zijn ingevuld, waardoor overleg tussen de respondenten mogelijk was ondanks dat de enquête digitaal was. Hierdoor kan een vertekening in de resultaten ontstaan. De enquête is niet bijgesteld gedurende de periode dat de enquête is uitgezet, dit verhoogt de interne validiteit.

De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden bij dezelfde populatie om middels een pilot het gebruik van de Philips Medido in de praktijk te onderzoeken. Dit onderzoek kan ervoor zorgen dat de innovatie Philips Medido besproken wordt in de wijkteams en dat daar discussies plaats vinden over het gebruik ervan, dit draagt bij aan de conceptuele bruikbaarheid.

5. Conclusie en aanbevelingen

In het hoofdstuk conclusie wordt een antwoord gegeven op de centrale onderzoeksvraag. Om tot de uiteindelijke conclusie te komen, worden eerst de twee deelvragen beantwoord, de derde deelvraag kan niet beantwoord worden. Tot slot volgen de aanbevelingen.

5.1 Beantwoording van de deelvragen

Hoe is de bekendheid van de Philips Medido bij de wijkteams van Buurtzorg in de provincie Zeeland?

Uit de enquête is gebleken dat de bekendheid van de Philips Medido verdeeld is. Het grootste gedeelte van de (stagiaire en leerling-) verpleegkundigen kende de Philips Medido niet.

Bij de wijkteams Goes-Oost en Kruiningen is de Philips Medido al aangevraagd, de bekendheid is bij deze teams hoog. Bij de wijkteams Hoek, Kapelle, Souburg 2, Renesse, Zierikzee en Sas van Gent is de bekendheid het minst.

In hoeverre komt de waargenomen bruikbaarheid (TAM) overeen met het relatieve voordeel (DOI) wat betreft de Philips Medido volgens de (stagiaire en leerling-) verpleegkundigen van de Buurtzorg wijkteams in de provincie Zeeland?

Uit de enquête is gebleken dat het gemiddelde van het relatieve voordeel (DOI) hoger ligt dan de waargenomen bruikbaarheid (TAM). De respondenten zien het voordeel in van de Philips Medido, echter de waargenomen bruikbaarheid ligt lager. De waargenomen bruikbaarheid is een schatting, omdat de Philips Medido nog niet in gebruik is genomen. Het relatieve voordeel ligt bij zowel de gehele respondentengroep als bij verschillende wijkteams bijna met twee tiende hoger dan de waargenomen bruikbaarheid. Van alle functies geven de leerling-verpleegkundigen niveau vijf het hoogste gemiddelde aan het relatieve voordeel. De stagiaire verpleegkundigen niveau zes geven het hoogste gemiddelde aan de waargenomen bruikbaarheid. Uit de enquête is gebleken dat de verpleegkundigen niveau zes het laagste gemiddelde geven aan zowel het relatieve voordeel als de waargenomen bruikbaarheid. Onder de wijkteams ligt het gemiddelde van het relatieve voordeel dicht bij elkaar, het wijkteam Zierikzee Midden-West geeft het hoogste gemiddelde aan het relatieve voordeel, maar niet aan de waargenomen bruikbaarheid. Het wijkteam Kruiningen geeft het hoogste gemiddelde aan de waargenomen bruikbaarheid. Het wijkteam Sas van Gent geeft het laagste gemiddelde aan het relatieve voordeel, maar niet het laagste gemiddelde aan de waargenomen bruikbaarheid. Het wijkteam Kapelle geeft het laagste gemiddelde aan de waargenomen bruikbaarheid.

In hoeverre komt het waargenomen gebruiksgemak (TAM) overeen met de complexiteit (DOI) wat betreft de Philips Medido volgens de (stagiaire en leerling-) verpleegkundigen van de Buurtzorg wijkteams in de provincie Zeeland?

Deze deelvraag kan niet beantwoord worden omdat de populatie is aangepast voorafgaand het uitzetten van de enquête. Het gedeelte waargenomen gebruiksgemak (TAM) kon niet meer gemeten worden bij de nieuwe populatie. Dit komt doordat het waargenomen gebruiksgemak alleen gemeten kan worden als de innovatie, in dit onderzoek de Philips Medido in gebruik is genomen.

5.2 Beantwoording van de centrale onderzoeksvraag

In welke mate is adoptiebereidheid aanwezig bij (stagiaire en leerling-) verpleegkundigen van de Buurtzorg wijkteams in de provincie Zeeland ten aanzien van de innovatie 'het gebruik van de Philips Medido'?

De (stagiaire en leerling-) verpleegkundigen zijn bereid om de Philips Medido te adopteren, de adoptiebereidheid is hoog. De adoptiebereidheid wordt nog wel beïnvloed door de factoren compatibiliteit en observeerbaarheid. Door deze twee factoren loopt de Philips Medido vertraging op tijdens het adopteren. De waarde en behoeften van de Philips Medido wordt nog niet optimaal ingezien door de respondentengroep. Hoe minder waarde aan de Philips Medido gegeven wordt, hoe langzamer de adoptiesnelheid zal gaan, daarom hebben alle factoren invloed op de adoptiebereidheid. De observeerbaarheid van de Philips Medido is niet hoog omdat de Philips Medido nog niet in gebruik is genomen. De respondenten kunnen de werking van de Philips Medido niet beoordelen.

De leerling-verpleegkundigen niveau vijf geven het hoogste gemiddelde aan de adoptiebereidheid van de Philips Medido. Bij deze respondentengroep loopt de Philips Medido vertraging op tijdens het adoptieproces door de compatibiliteit, deze factor scoort het laagste gemiddelde. Verpleegkundigen niveau zes geven het laagste gemiddelde aan de adoptiebereidheid van de Philips Medido. Bij deze respondentengroep scoort zowel de compatibiliteit als de observeerbaarheid het laagste gemiddelde.

Van alle wijkteams van Buurtzorg in de provincie Zeeland die geïnccludeerd waren heeft het wijkteam Zierikzee Midden-West het hoogste gemiddelde van de adoptiebereidheid van de Philips Medido. Bij dit wijkteam heeft het relatieve voordeel het hoogste gemiddelde en de compatibiliteit het laagste gemiddelde. Het wijkteam Kapelle heeft het laagste gemiddelde van de adoptiebereidheid van de Philips Medido. Bij dit wijkteam scoort vooral de compatibiliteit laag, maar ook het testvermogen is niet hoog. Dit is een factor waarbij de innovatie, in dit geval de Philips Medido getest kan worden.

5.3 Aanbevelingen

De aanbevelingen zijn onderverdeeld in praktijk, opleiding en vervolgonderzoek.

5.3.1 Aanbevelingen voor de praktijk

Gezien de resultaten van de respondenten blijkt dat de Philips Medido bij de meerderheid van de respondenten niet bekend was. Literatuur van Buurtzorg is gebruikt door het gedeelte respondenten waarbij de Philips Medido bekend bij is, echter is ook andere literatuur geraadpleegd. Om op de hoogte te blijven van veranderingen, nieuws en innovaties is het belangrijk om het communicatieplein en/of de homepage van Buurtzorg door te nemen. Zo is zowel de zorgverlener als het wijkteam up-to-date van nieuws, maar ook van innovaties en de inzet ervan. Op de hoogte blijven van innovaties levert een bijdrage op aan de kwaliteit van zorg voor het wijkteam, maar ook voor de cliënt. Het is verstandig om hiernaar te kijken binnen het wijkteam en dan kan beslist worden of de taken verdeeld worden of dat iedere dag degene die de bereikbaarheidsdienst heeft het communicatieplein en/of de homepage controleert en belangrijke punten middels een rapportage doorgeeft aan het wijkteam.

De adoptiebereidheid is hoog, toch zijn een aantal factoren aanwezig die het gemiddelde van de adoptiebereidheid naar beneden halen. Om een innovatie goed te kunnen implementeren, moeten alle factoren van adoptiebereidheid positief zijn. De factoren compatibiliteit en observeerbaarheid scoren niet hoog en worden daarom als aandachtspunt benoemt.

Om een innovatie goed te kunnen implementeren is het handig als daar één aanspreekpunt binnen het wijkteam voor is.

Eén zorgverlener die meer weet van de innovatie en daar ook gemotiveerd informatie over vertelt middels een klinische les of een presentatie. Tevens wordt door het aanspreekpunt een vertegenwoordiger van de Philips Medido uitgenodigd om meer informatie te geven. Tijdens de teamvergadering wordt één zorgverlener uit het wijkteam in overleg benoemd worden tot aanspreekpunt. In een zelfsturend wijkteam zijn verschillende taken aanwezig, zo kan het uitzoeken van innovaties en implementeren van ook tot de taken behoren.

De adoptiebereidheid is hoog, echter is het nog niet tot implementeren gekomen. Innovaties en veranderingen zijn soms moeilijk te implementeren in een bestaande werkwijze. Echter is het van belang om de kwaliteit van zorg hoog te houden en open te staan voor veranderingen. Innovaties en veranderingen zijn niet altijd negatief voor bestaande werkwijzen en de zorgverleners van het wijkteam. Het wordt vaak gezien als 'een vervanging van' waar de zorgverleners twijfels over hebben. De Philips Medido is een hulpmiddel voor zowel de cliënt als de zorgverlener en kan de cliënt ondersteunen bij de medicatie inname en opslag. Als wijkteam open staan voor innovaties en veranderingen waardoor een implementatie van een innovatie of verandering gerealiseerd wordt. De organisatie Buurtzorg levert een bijdrage hieraan door het stimuleren van het implementeren van innovaties. Dit wordt gedaan door middel van meer informatie verspreiden via de regiocoach en meer mededelen via het communicatieplein en de homepage van Buurtzorg.

5.3.2 Aanbevelingen voor de opleiding

Middels de informatie uit de literatuurstudie aan de hand van de beschreven theorie van Rogers (2003) is inzicht verkregen in adoptiebereidheid, in dit geval van de Philips Medido. Om inzicht te krijgen in de adoptiebereidheid zijn de vijf factoren gebruikt, welke invloed hebben op de adoptiebereidheid, in dit geval van de Philips Medido. Met informatie van de adoptiebereidheid kan een implementatiestrategie opgesteld worden om zo tot een efficiënte implementatie van de Philips Medido te zorgen. De informatie over innovatie en implementatie en het gebruik hiervan in meetinstrumenten, zoals in enquêtes kan als voorbeeld dienen binnen de opleiding. Het is van belang dat deze informatie wordt toegelicht tijdens de lessen die behoren tot het uitvoeren van onderzoek. Dit zorgt ervoor dat leerling-verpleegkundigen meer handigheid krijgen in het meetinstrument en welke factoren nodig zijn om een innovatie te adopteren. Dit zorgt voor meer duidelijkheid rondom het adopteren van een innovatie en welke knelpunten en/of vertraging een innovatie op kan lopen en hoe hier mee om te gaan. De beginnende beroepsbeoefenaars gebruiken dan de kennis die geleerd is vanuit de opleiding.

5.3.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Uit de meningen van de respondenten blijkt dat verschillende factoren die de adoptiebereidheid beïnvloeden nog niet optimaal waren wat betreft het mogelijk gebruiken van de Philips Medido. Om het werkelijke gebruik van de Philips Medido te kunnen ervaren, is het verstandig om kwalitatief onderzoek uit te voeren onder dezelfde wijkteams met daarbij een pilot wat betreft het inzetten van de Philips Medido. Zo kunnen de wijkteams van Buurtzorg van de provincie Zeeland, maar ook de cliënten ervaren hoe het gebruik is, wat eventueel anders en/of beter kan en of de Philips Medido vaker ingezet kan worden. Het doel van deze pilot is om de wijkteams te stimuleren om de Philips Medido in te zetten bij cliënten. Met het kwalitatieve onderzoek wordt verder gevraagd naar de mening en ervaring van de populatie, wat voor meer diepgang zorgt dan met een kwantitatief onderzoek.

Bibliografie

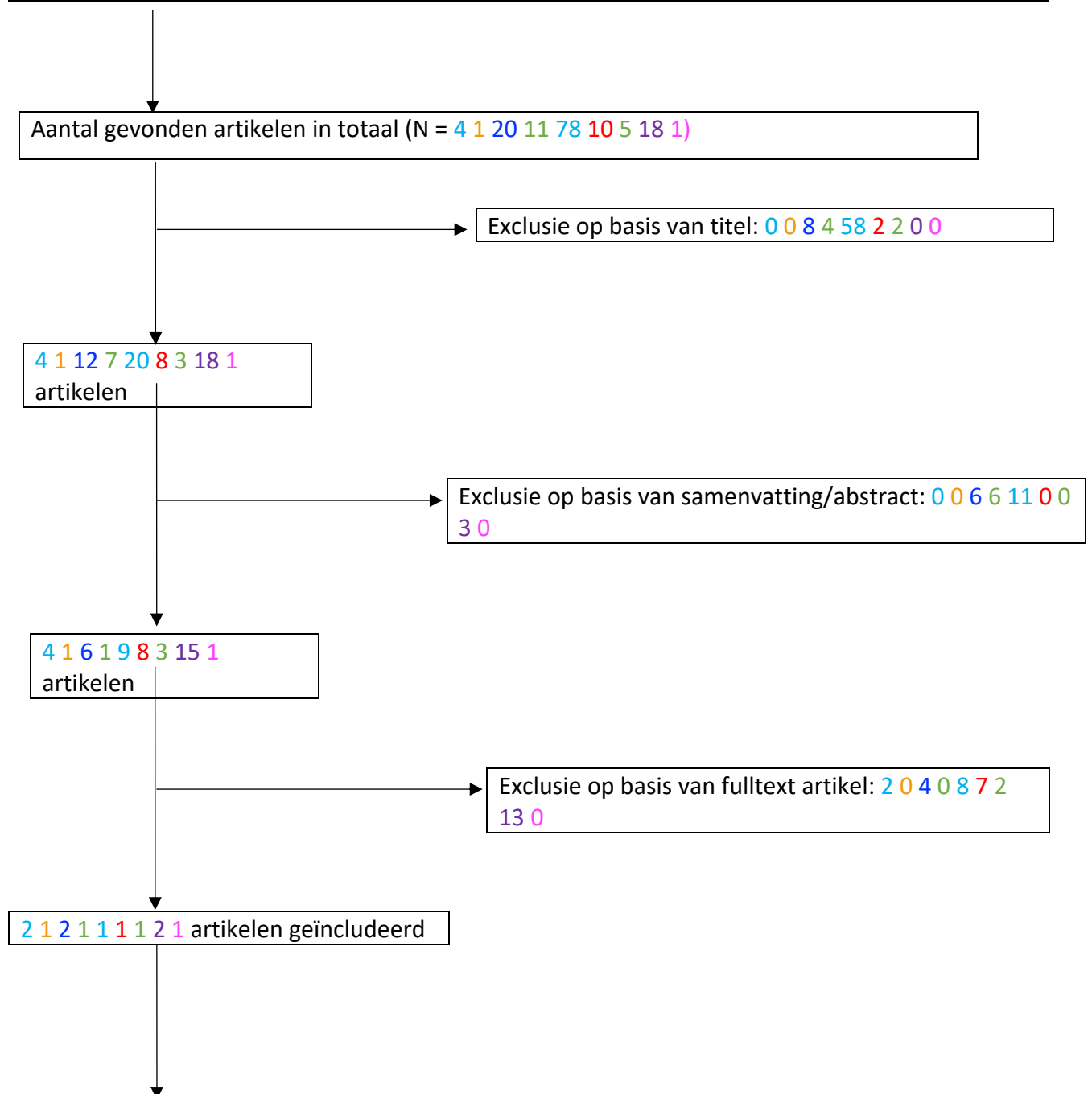
- Berkom, P. (2009). *Verpleegkundigen als innovatiebron*. UMC Utrecht, Masteropleiding Verplegingswetenschap.
- Braak, E. (2012). *Het ontwikkelen van een geautomatiseerd statistieken weergeefstelsel bij Innospense*. Den Haag: De Haagse Hogeschool. Opgehaald van HBO Kennisbank: https://hbo-kennisbank.nl/record/sharekit_hh/oai:surfsharekit.nl:94b442da-553a-4afb-88a1-b113a0b5494d
- Buitelaar, F. (2011). *In case of emergency*. Vlissingen: HZ University of Applied Sciences.
- Buurtzorg Nederland. (2018, Maart). Cijfers Medido. Almelo.
- Buurtzorg Nederland. (2018). *Overzicht teams*. Opgehaald van Buurtzorgweb: www.buurtzorgweb.nl
- Davis, F. (1989). *Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use and User Acceptance of Information Technology*. Opgehaald van DOI: 10.2307/249008
- Doolaar, A., Mollema, J., Kuijten, A., Schouwenaar, E., Tijmstra, R., Tummers, M., . . . Willems, P. (2017). *De APA-richtlijnen uitgelegd: een praktische handleiding voor bronvermelding in het hoger onderwijs*. Opgehaald van https://hz.nl/uploads/documents_secure/De-APA-richtlijnen-uitgelegd-een-praktische-handleiding-voor-bronvermelding-in-het-hoger-onderwijs.pdf
- Driessens, O., Walrave, M., & Bie, M. (2007). *De adoptiebereidheid van een elektronisch patiëntendossier bij Vlaamse internetgebruikers*. Opgehaald van Researchgate: https://www.researchgate.net/profile/Michel_Walrave2/publication/242140864_De_adoptiebereidheid_van_een_elektronisch_patiëntendossier_bij_Vlaamse_internetgebruikers/links/5461eb440cf2c1a63c0072a3/De-adoptiebereidheid-van-een-elektronisch-patiëntendossier-
- Erasmus MC, NIVEL, Radboud UMC en PHARMO. (2017). *Eindrapport: vervolgonderzoek medicatieveiligheid*.
- Grol, R., Wensing, M., Eccles, M., & Davis, D. (2013). *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care*. Opgehaald van Books Google: https://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=oEEzUjFbDM8C&oi=fnd&pg=PT9&ots=6YbjVdIIRO&sig=J7FuVifl6TEmbv3hrs7IarPmcXI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=true
- Holden, R., & Karsh, B. (2010). *The Technology Acceptance Model: Its past and its future in health care*. Opgehaald van DOI: 10.1016/j.jbi.2009.07.002
- Jueng, R.-N., Huang, S.-H., Li, T.-P., Liang, H.-Y., & Huang, C.-M. (2017). *Application of a Q method study to understanding nurses' perspective of adopting evidence-based nursing*. Opgehaald van DOI: 10.1016/j.anr.2017.09.001
- Koninklijke Philips. (2014). *Medicijn dispenser Medido*. Opgehaald van Philips: <https://www.philips.nl/c-dam/b2bhc/nl/sites/medido/more-information/Medido-brochure-thuiszorg-v16-LR.pdf>
- Krijgsman, J., Swinkels, I., Lettow, B., Jong, J., Out, K., Friele, R., & Gennip, L. (2016). *Meer dan techniek; eHealth-monitor 2016*. Opgehaald van Nictiz: <https://www.nictiz.nl/SiteCollectionDocuments/Rapporten/eHealth-monitor%202016%20%28web%29.pdf>
- Lee, C.-C., Lin, S.-P., Yang, S.-L., Tsou, M.-Y., & Chang, K.-Y. (2013). *Evaluating the influence of perceived organizational learning capability on user acceptance of information technology among operating room nurse staff*. Opgehaald van DOI: 10.1016/j.aat.2013.03.013
- Mulder, A., Hartog, M., Zijda, D., & Gorp, A. (2017). *Maatschappelijke informatievoorziening*. Den Haag: De Haagse Hogeschool in samenwerking met De E-Health Academie Delft.

- Perez, G., Popadiuk, S., & Coelho Cesar, A. (2017). *Internal factors that favor the adoption of technological innovation defined by information systems: a study of the electronic health record*. Opgehaald van DOI: 10.1016/j.rai.2016.12.003
- Rommelink, J. (2013). *STERK in het werk. Een kwalitatief onderzoek naar de adoptie van een programma gericht op het Stimuleren van Eigen Regie en Kwaliteit van leven (STERK) van nierpatiënten door zorgverleners*. Groningen.
- Rogers, E. (2003). Diffusion of innovations. In E. Rogers, *Diffusion of innovations*. New York: The Free Press.
- Schippers, E. (2017). *Geneesmiddelenbeleid: Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Opgehaald van Tweede Kamer: https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2017Z01429&did=2017D02997
- Stichting Farmaceutische Kengetallen. (2016). *Data en feiten*. Opgehaald van SFK: <https://www.sfk.nl/publicaties/data-en-feiten/data-en-feiten-2016>
- Stoeldraijer, L., Duin, C., & Huisman, C. (2017). *Bevolkingsprognose 2017-2060: 18,4 miljoen inwoners in 2060*. Opgehaald van Centraal bureau voor de Statistiek: <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2017/51/18-4-miljoen-inwoners-in-2060>
- Swinkels, I., Jong, J., Wouters, M., & Veer, A. (2017). *Steeds meer zorgverleners in de ouderenzorg gebruiken eHealth-toepassingen. Grote kloof tussen behoefte aan en gebruik van digitale dubbele medicatiecontrole*. Opgehaald van Nivel: https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/eHealth_ouderenzorg.pdf
- Tung, F.-C., Chang, S.-C., & Chou, C.-M. (2008). *An extension of trust and TAM model with IDT in the adoption of the electronic logistics information system in HIS in the medical industry*. Opgehaald van DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2007.06.006
- Veer, A., & Francke, A. (2010). *Attitudes of nursing staff towards electronic patient records: A questionnaire survey*. Opgehaald van DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2009.11.016
- Vektis. (2017). *Wijkverpleging*. Opgehaald van Zorgprisma publiek: <https://www.zorgprismaopenbaar.nl/producten/zorg-dichtbij/wijkverpleging/>
- Verhoeven, N. (2016). Wat is onderzoek? In N. Verhoeven, *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken* (pp. 31, 39, 41, 184-186, 203, 208-214, 286-288, 377-383). Amsterdam: Boom uitgeverij.
- Verkerk, M., Pijl, G., & Asperen, E. (2009). *ICT as an Enabler for Innovation Adoption*. Rotterdam: Erasmus School of Economics.
- Vilans. (2018). *eHealth*. Opgehaald van Vilans: <https://www.vilans.nl/themas/ehealth>
- Vilans. (2018). *Wijkverpleging: uitdagingen en knelpunten*. Opgehaald van Vilans: <https://www.vilans.nl/getattachment/Actueel/artikelen/Hugo-Borst-en-Carin-Gaemers-te-gast/Factsheet-Wijkverpleging.pdf?lang=nl-NL>
- VMSzorg. (2017). *Wat is medicatieveiligheid?* Opgehaald van VMS zorg: <https://www.vmszorg.nl/medicatie-veiligheid/wat-is-medicatieveiligheid/>
- Zwaanswijk, M., Verheij, R., Wiesman, F., & Friele, R. (2011). *Benefits and problems of electronic information exchange as perceived by health care professionals: an interview study*. Opgehaald van DOI: 10.1186/1472-6963-11-256

Bijlage 1: Zoekboom

Tabel 8: De zoekboom met de bronnen uit het literatuuronderzoek

Databanken	Zoekwoorden	Filters
HBO kennisbank	Adoptie Medido	Gezondheid
Narcis	Adoptiebereidheid OR Adoption willingness Acceptance AND implementation AND home care Adoptie	Open access, > 2008 Open access, > 2008
ScienceDirect	Adoption factors AND innovation AND nurse Acceptance AND implementation AND home care Adoption AND nurse Adoption AND obstacles AND nurse	Open access, > 2008



1. Mulder, A.W., Hartog, M.W., Zijda, D.J., & Gorp, A. van. (2017) *Maatschappelijke informatievoorziening*. Den Haag: De Haagse Hogeschool in samenwerking met De E-Health Academie Delft.
2. Buitelaar, F. (2011). *In case of emergency*. Vlissingen: HZ University of Applied Sciences.
3. Braak, E.A. van de. (2012). *Het ontwikkelen van een geautomatiseerd statistieken weergeefstelsel bij Innospense*. Den Haag: De Haagse Hogeschool.
4. Verkerk, M., Pijl, G.J. van der. & Asperen, E. van. (2009). *ICT as an Enabler for Innovation Adoption*. Rotterdam: Erasmus School of Economics.
5. Zwaanswijk M., Verheij R.A., Wiesman F.J., & Friele R.D. (2011). *Benefits and problems of electronic information exchange as perceived by health care professionals: an interview study*. DOI: 10.1186/1472-6963-11-256.
6. Veer, A. de., & Francke A. (2010). *Attitudes of nursing staff towards electronic patient records: A questionnaire survey*. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2009.11.016
7. Remmelink, J.T. (2013). *STERK in het werk. Een kwalitatief onderzoek naar de adoptie van een programma gericht op het Stimuleren van Eigen Regie en Kwaliteit van leven (STERK) van nierpatiënten door zorgverleners*.
8. Tung, F.-C., Chang, S.-C. & Chou, C.-M. (2008). *An extension of trust and TAM model with IDT in the adoption of the electronic logistics information system in HIS in the medical industry*. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2007.06.006.
9. Perez, G., Popadiuk, S. & Coelho Cesar, A.M.R.V. (2017). *Internal factors that favor the adoption of technological innovation defined by information systems: a study of the electronic health record*. DOI: 10.1016/j.rai.2016.12.003.
10. Lee, C.-C., Lin, S.-P., Yang, S.-L., Tsou, M.-Y. & Chang K.-Y. (2013). *Evaluating the influence of perceived organizational learning capability on user acceptance of information technology among operating room nurse staff*. DOI: 10.1016/j.aat.2013.03.013.
11. Jueng, R.-N. Ph.D., RN, Huang, S.-H. Ph.D., RN, Li, T.-P. MS, RN, Liang, H.-Y. Ph.D., RN & Huang C.-M. Ph.D., RN. (2017). *Application of a Q method study to understanding nurses' perspective of adopting evidence-based nursing*. DOI: 10.1016/j.anr.2017.09.001.

Sneeuwbalmethode:

12. Holden R.J. & Karsh B.T. (2010). *The Technology Acceptance Model: Its past and its future in health care*. DOI: 10.1016/j.jbi.2009.07.002
13. Rogers, E.M. (2003) *Diffusion of Innovation*. New York: The Free Press.
14. Davis, F.D. (1989). *Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology*. DOI: 10.2307/249008.
15. Driessens, O., Walrave, M. & Bie, M. De. (2007). *De adoptiebereidheid van een elektronisch patiëntendossier bij Vlaamse internet gebruikers*.

Bijlage 2: Operationalisatieschema

Tabel 9: Het operationalisatieschema per deelvraag en enquête stelling verdeeld aan de hand van de DOI en de TAM.

Enquête stellingen/vraag	Deelvragen	Literatuur
Zegt de Philips Medido u iets?	1. Hoe is de bekendheid van de Philips Medido bij de wijkteams van Buurtzorg in de provincie Zeeland?	(Stagiaire en leerling-) verpleegkundigen zouden op zoek moeten gaan in wetenschappelijke- en vakliteratuur over de laatste innovaties, in dit geval de Philips (Jueng, Huang, Li, Liang, & Huang, 2017).
De Philips Medido in de praktijk		
1. Zelfredzaamheid omtrent medicatie inname is zowel voor de cliënt als de zorgverlener belangrijk. 2. Het inzetten van een zorgmoment voor alleen medicatie aanreiken is onnodig bij cliënten die het zelf kunnen met een hulpmiddel. 3. Binnen de wijkzorg kan meer gebruik gemaakt worden van technologische hulpmiddelen. 4. Het gebruik van de Philips Medido zal mij tijd besparen. 5. Ik zie de Philips Medido als een goed hulpmiddel binnen mijn werk. 6. De Philips Medido past binnen mijn persoonlijke manier van werken. 7. De Philips Medido past binnen de huidige middelen om medicatie te verstrekken aan cliënten. 8. Het werken met de Philips Medido lijkt mij eenvoudig. 9. De Philips Medido kan ik gemakkelijk opnemen in mijn manier van werken. 10. De Philips Medido moet eerst gestandaardiseerd zijn in de wijk voordat ik er mee wil werken. 11. Ik sta open voor de mogelijkheid om de Philips Medido te testen. 12. Ik ben bereid cliënten voorlichting te geven over de Philips Medido, wanneer hier de mogelijkheid voor is. 13. Ik wil meer leren omtrent de Philips Medido. 14. Ik wijk af van een protocol op basis van individuele klinische ervaring, wanneer dit de cliëntenzorg ten goede komt. 15. In mijn team wordt gecommuniceerd over het aanpassen van bestaande werkwijzen en ontwikkelen van nieuwe werkwijzen, methode e.d. 16. Er zijn te weinig cliënten in ons cliëntenbestand waarbij de Philips Medido een uitkomst zou bieden. 17. De Philips Medido is weer 'zo'n systeem' om de medicatie veiligheid te bevorderen (weer een hetzelfde soort apparaat).	2. In hoeverre komt de waargenomen bruikbaarheid (TAM) overeen met het relatieve voordeel (DOI) wat betreft de Philips Medido volgens de (stagiaire en leerling-) verpleegkundigen van de Buurtzorg wijkteams in de provincie Zeeland? 3. In hoeverre komt het waargenomen gebruiksgemak (TAM) overeen met de complexiteit (DOI) wat betreft de Philips Medido volgens de (stagiaire en leerling-) verpleegkundigen van de Buurtzorg wijkteams in de provincie Zeeland?	Het Diffusion of Innovation Model (Rogers, 2003) richt zich op de weergave van de innovatie zelf. Deze stellingen zijn opgebouwd middels de vijf factoren van adoptiebereidheid.

Waargenomen bruikbaarheid van de innovatie		
18. Mijn werk zou moeilijk uit te voeren zijn zonder de Philips Medido. 19. Het gebruik van de Philips Medido zal mij meer controle over mijn werk geven. 20. Het gebruik van de Philips Medido zal mijn werkprestaties verbeteren. 21. De Philips Medido beantwoordt mijn werk gerelateerde behoeften. 22. Het gebruiken van de Philips Medido zal mij tijd besparen. 23. Met de Philips Medido zal ik meer werk kunnen doen dan anders mogelijk zou zijn. 24. Het gebruiken van de Philips Medido zal de tijd verminderen die ik aan onproductieve activiteiten besteed. 25. Het gebruik van de Philips Medido zal mijn effectiviteit op het werk verbeteren. 26. Het gebruik van de Philips Medido zal de kwaliteit van het werk dat ik doe verbeteren. 27. Het gebruik van de Philips Medido zal mijn productiviteit verhogen. 28. Ik vind de Philips Medido nuttig in mijn werk.	2. In hoeverre komt de waargenomen bruikbaarheid (TAM) overeen met het relatieve voordeel (DOI) wat betreft de Philips Medido volgens de (stagiaire en leerling-) verpleegkundigen van de Buurtzorg wijkteams in de provincie Zeeland? 3. In hoeverre komt het waargenomen gebruiksgemak (TAM) overeen met de complexiteit (DOI) wat betreft de Philips Medido volgens de (stagiaire en leerling-) verpleegkundigen van de Buurtzorg wijkteams in de provincie Zeeland?	Het Technology Acceptance Model is gericht op het gebruik van de innovatie, in dit geval de Philips Medido (Davis, 1989). De enquête bevat alleen het deel waargenomen bruikbaarheid wegens inclusiecriteria. De waargenomen bruikbaarheid is een bepalende factor om over te gaan op het implementeren van de innovatie (Zwaanswijk, Verheij, Wiesman, & Friele, 2011).

Bijlage 3: Enquête

Beste Buurtzorg collega,

Voor de opleiding tot hbo-verpleegkundige die ik volg aan de University of Applied Sciences HZ te Vlissingen ga ik een praktijkgericht onderzoek doen. Het onderwerp betreft het inzetten van de Philips Medido, een automatische medicijndispenser die op afstand geregeld kan worden. De Philips Medido kan cliënten ondersteunen bij de medicatie inname. Bij de stellingen staat meer informatie over de Philips Medido. Het doel van mijn onderzoek is de acceptatie (adoptie) van de Philips Medido te meten onder (leerling-, stagiaire-) (wijk)verpleegkundigen in de wijk bij Buurtzorg in de provincie Zeeland.

De enquête is anoniem en zal enkel gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden. In deze enquête zijn geen goede of foute antwoorden van toepassing. De enquête bestaat uit vier algemene vragen en 28 stellingen, waarbij u kan reageren in hoeverre u het met de stelling eens/oneens bent. Het invullen van de enquête zal 10 tot 15 minuten van uw tijd in beslag nemen. Het invullen van de enquête kan tot 13 september.

Ik wil u alvast vriendelijk bedanken voor uw tijd en het invullen van de enquête.

Mocht u nog vragen hebben over de enquête, het praktijkgerichte onderzoek of de Philips Medido kan u contact opnemen met mij. Dit kan u doen door een mail te sturen naar: e.vanzweeden@buurtzorgnederland.com

Emma van Zweeden

Verpleegkundige in de wijk, team Vlissingen

1. In welk team bent u werkzaam?
2. Wat is uw leeftijd?
 - ☐ 15 – 25
 - ☐ 26 – 35
 - ☐ 36 – 45
 - ☐ 46 – 55
 - ☐ 56 – 65
 - ☐ 66 – 75
3. Wat is uw huidige functie?
 - ☐ Leerling verpleegkundige niveau 4
 - ☐ Verpleegkunde stagiaire niveau 4
 - ☐ Leerling verpleegkundige niveau 5
 - ☐ Verpleegkunde stagiaire niveau 5
 - ☐ Leerling verpleegkundige niveau 6
 - ☐ Verpleegkunde stagiaire niveau 6
 - ☐ Verpleegkundige niveau 4
 - ☐ Verpleegkundige niveau 5
 - ☐ Verpleegkundige niveau 6
4. Zegt de Philips Medido u iets?
 - ☐ Ja, wij hebben de Medido als team in gebruik voor één of meerdere cliënten
 - ☐ Ja, wij hebben de Medido als team aangevraagd voor één of meerdere cliënten
 - ☐ Ja, ik heb daarover gelezen op Myshopeye, communicatieplein of de homepagina (bron is Buurtzorg)
 - ☐ Ja, ik heb daarover gelezen elders bijvoorbeeld op Nursing, Zorg voor Beter of V&VN.
Voeg hierbij uw bron toe:
 - ☐ Ja, ik heb daarover gehoord via een collega
 - ☐ Nee, de Philips Medido is niet bij mij bekend

Philips Medido

De Philips Medido is een automatische medicijndispenser die op afstand ingesteld en geregeld kan worden. Door middel van de baxterrol kan de medicijndispenser het medicatie zakje uitgeven op de gewenste tijden. De cliënt hoeft een kleine handeling te verrichten door op de 'OK' knop te drukken en het medicatie zakje komt eruit met een klein knipje erin. De Philips Medido kan ervoor zorgen dat een zorgmoment afvalt waarin alleen medicatie wordt aangereikt, de Philips Medido bevordert daarbij ook de autonomie en zelfredzaamheid van de cliënt. Daarnaast is het ook mogelijk om eerder de medicatie uit te nemen bij visite of een etentje.

Hieronder volgen stellingen over de Philips Medido, hulpmiddelen in het algemeen, medicatie inname bij de cliënt en werkwijzen. U kunt antwoord geven op deze stellingen in hoeverre u het ermee eens bent door middel van een cijfer tussen de 1 en 10 te geven. Hierbij staat 1 voor de laagst mogelijke waarde en 10 voor de hoogst mogelijke waarde.

De Philips Medido in de praktijk	
Zelfredzaamheid omtrent medicatie inname is zowel voor de cliënt als de zorgverlener belangrijk.	
Het inzetten van een zorgmoment voor alleen medicatie aanreiken is onnodig bij cliënten die het zelf kunnen met een hulpmiddel.	
Binnen de wijkzorg kan meer gebruik gemaakt worden van technologische hulpmiddelen.	
Het gebruik van de Philips Medido zal mij tijd besparen.	
Ik zie de Philips Medido als een goed hulpmiddel binnen mijn werk.	
De Philips Medido past binnen mijn persoonlijke manier van werken.	
De Philips Medido past binnen de huidige middelen om medicatie te verstrekken aan cliënten.	
Het werken met de Philips Medido lijkt mij eenvoudig.	
De Philips Medido kan ik gemakkelijk opnemen in mijn manier van werken.	
De Philips Medido moet eerst gestandaardiseerd zijn in de wijk voordat ik er mee wil werken.	
Ik sta open voor de mogelijkheid om de Philips Medido te testen.	
Ik ben bereid cliënten voorlichting te geven over de Philips Medido, wanneer hier de mogelijkheid voor is.	
Ik wil meer leren omtrent de Philips Medido.	
Ik wijk af van een protocol op basis van individuele klinische ervaring, wanneer dit de cliëntenzorg ten goede komt.	
In mijn team wordt gecommuniceerd over het aanpassen van bestaande werkwijzen en ontwikkelen van nieuwe werkwijzen, methode e.d.	
Er zijn te weinig cliënten in ons cliëntenbestand waarbij de Philips Medido een uitkomst zou bieden.	
De Philips Medido is weer 'zo'n systeem' om de medicatie veiligheid te bevorderen (weer een hetzelfde soort apparaat).	

Waargenomen bruikbaarheid van de innovatie	
Mijn werk zou moeilijk uit te voeren zijn zonder de Philips Medido.	
Het gebruik van de Philips Medido zal mij meer controle over mijn werk geven.	
Het gebruik van de Philips Medido zal mijn werkprestaties verbeteren.	
De Philips Medido beantwoordt mijn werk gerelateerde behoeften.	
Het gebruiken van de Philips Medido zal mij tijd besparen.	
Met de Philips Medido zal ik meer werk kunnen doen dan anders mogelijk zou zijn.	
Het gebruiken van de Philips Medido zal de tijd verminderen die ik aan onproductieve activiteiten besteed.	
Het gebruik van de Philips Medido zal mijn effectiviteit op het werk verbeteren.	
Het gebruik van de Philips Medido zal de kwaliteit van het werk dat ik doe verbeteren.	
Het gebruik van de Philips Medido zal mijn productiviteit verhogen.	
Ik vind de Philips Medido nuttig in mijn werk.	

Hartelijk bedankt voor het invullen van de enquête.

Bijlage 4: Variable view SPSS



	Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing	Columns	Align	Measure	Role
1	RN	Numeric	8	0	Respondentnummer	None	999	8	Right	Nominal	Input
2	Team	Numeric	8	0	Team werkzaam	{1, Team ...}	999	2	Right	Nominal	Input
3	LFTD	Numeric	8	0	Leeftijd	{1, 15-25...}	999	2	Right	Scale	Input
4	FNCT	Numeric	8	0	Huidige functie	{1, Leerl...}	999	2	Right	Ordinal	Input
5	PHLPMSD	Numeric	8	0	Bekendheid Philips Medido	{1, Ja, wij ...}	999	2	Right	Nominal	Input
6	ZLFRDZMHD	Numeric	8	0	Zelfredzaamheid omtrent medicatie inname	{1, 1}...	999	2	Right	Scale	Input
7	INZTTN	Numeric	8	0	Inzetten zorgmoment onnodig	{1, 1}...	999	2	Right	Scale	Input
8	WKZRG	Numeric	8	0	Wijlzorg meer technologische hulpmiddelen	{1, 1}...	999	2	Right	Scale	Input
9	GBRK	Numeric	8	0	Gebruik tijd besparen	{1, 1}...	999	2	Right	Scale	Input
10	HLPMDL	Numeric	8	0	Philips Medido goed hulpmiddel	{1, 1}...	999	2	Right	Scale	Input
11	PRSNLK	Numeric	8	0	Persoonlijke manier van werken	{1, 1}...	999	2	Right	Scale	Input
12	HDCMDLN	Numeric	8	0	Huidige middelen medicatie verstrekken	{1, 1}...	999	2	Right	Scale	Input
13	EENVDC	Numeric	8	0	Philips Medido eenvoudig	{1, 1}...	999	2	Right	Scale	Input
14	PNMN	Numeric	8	0	Gemakkelijk opnemen	{1, 1}...	999	2	Right	Scale	Input
15	GSTDNRD	Numeric	8	0	Gestandaardiseerd zijn in de wijk	{1, 1}...	999	2	Right	Scale	Input
16	TSTN	Numeric	8	0	Open voor mogelijkheid om te testen	{1, 1}...	999	2	Right	Scale	Input
17	VRCHTNG	Numeric	8	0	Voorlichting aan cliënten	{1, 1}...	999	2	Right	Scale	Input
18	LBN	Numeric	8	0	Meer leren over Philips Medido	{1, 1}...	999	2	Right	Scale	Input
19	PRTCL	Numeric	8	0	Afwijken protocol op ervaring	{1, 1}...	999	2	Right	Scale	Input
20	CMMNCT	Numeric	8	0	Communicatie team werkwijzen	{1, 1}...	999	2	Right	Scale	Input
21	CLINTNBSTND	Numeric	8	0	Te weinig cliënten	{1, 1}...	999	2	Right	Scale	Input
22	SSTM	Numeric	8	0	Weer z'n systeem voor medicatieveiligheid	{1, 1}...	999	2	Right	Scale	Input
23	CNTRL	Numeric	8	0	Meer controle over werk	{1, 1}...	999	2	Right	Scale	Input
24	WRKPRSTTS	Numeric	8	0	Werkprestaties verbeteren	{1, 1}...	999	2	Right	Scale	Input

Figuur 10: Print screen van de variable view, de variabelen één tot en met 24 in SPSS.

Codeboek Philips Medido.sav [DataSet 1] - IBM SPSS Statistics Data Editor

	Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing	Columns	Align	Measure	Role
25	BHFTN	Numeric	8	0	Philips Medido werk gerelateerde behoeften	{1, 1}..	999	2	Right	Scale	Input
26	TD	Numeric	8	0	Philips Medido tijd besparen	{1, 1}..	999	2	Right	Scale	Input
27	MCLK	Numeric	8	0	Meer werk kunnen doen dan anders mogelijk	{1, 1}..	999	2	Right	Scale	Input
28	PRDCTF	Numeric	8	0	Onproductieve activiteiten verminderen	{1, 1}..	999	2	Right	Scale	Input
29	EFFCTVTT	Numeric	8	0	Effectiviteit verbeteren	{1, 1}..	999	2	Right	Scale	Input
30	VRBTRN	Numeric	8	0	Kwaliteit werk verbeteren	{1, 1}..	999	2	Right	Scale	Input
31	PRDCTVTT	Numeric	8	0	Productiviteit verhogen	{1, 1}..	999	2	Right	Scale	Input
32	NTTG	Numeric	8	0	Philips Medido nuttig	{1, 1}..	999	2	Right	Scale	Input
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											
40											
41											
42											
43											
44											
45											
46											
47											
48											
49											

Data View Variable View

IBM SPSS Statistics Processor is ready

Figuur 11: Print screen van de variable view, de variabelen 25 tot en met 32 in SPSS.

Bijlage 5: Data view SPSS

Figuur 12: Print screen van de data view van de eerste tot en met de 21ste respondent in SPSS.

</

Figuur 13: Print screen van de data view van de 64ste tot en met de 80ste respondent in SPSS.

Bijlage 6: Toestemmingsformulier uitvoering praktijkgericht onderzoek

Bijlage 3 Schriftelijke toestemming uitvoering praktijkgericht onderzoek

Nadat de opleiding fase 1B heeft goedgekeurd dient ook de organisatie of instelling akkoord te gaan met de uitvoering zoals die beschreven is in het onderzoeksvoorstel (fase 1B).

Door dit formulier te ondertekenen wordt er toestemming gegeven aan Emma van Zweeden om het praktijkgerichte onderzoek uit te voeren bij de benoemde instelling zoals beschreven in de onderzoeksopzet van fase 1B.

Naam instelling : Buurtzorg Nederland, team Vlissingen
Naam begeleider/contactpersoon : Annie Joosse
Functie begeleider/contactpersoon : Regio coach
Adres : Postbus 69
Postcode en Plaats : 7600 AB Almelo
E-mail begeleider/contactpersoon : a.joosse@buurtzorgnederland.com

De student scant na ondertekening het formulier en stuurt dit op naar de begeleider (docent) van het praktijkgerichte onderzoek.

Datum
01-06-2018

Plaats
Vlissingen

Handtekening



J.E. Joosse