

UNIVERSITEIT TWENTE.

Bachelorthese

Kwalitatief onderzoek naar de factoren die van invloed zijn op de intentie van
ouderen boven de 70 jaar om beeldbellen in de gezondheidszorg te gaan
gebruiken

Opdrachtgever:	Universiteit Twente
Faculteit:	Gedragwetenschappen
Opleiding:	Psychologie
Bachelorspecialisatie:	Gezondheidspsychologie
Datum:	27-8-2015
Plaats:	Enschede, Nederland
Begeleiders:	Hanneke Kip en Stans Drossaert
Derde Begeleider:	Martine Altena
Auteur:	Kaija Troost
Studentennummer:	S1222619

Inhoud

Samenvatting

Abstract

1. Inleiding
 - 1.1 Het probleem
 - 1.2 Consequenties van de stijgende kosten in de gezondheidszorg
 - 1.3 EHealth en beeldbellen
 - 1.4 Beïnvloedende factoren uit de literatuur
 - 1.4.1 Model 1 Theory of Planned Behavior
 - 1.4.2 Model 2 Technology Acceptance Model 2
2. Onderzoeksvragen
 - 2.1 Hoofdvraag
 - 2.2 Subvragen
3. Methode
 - 3.1 Deelnemers
 - 3.2 Materialen en procedure
 - 3.3 Analyse
4. Resultaten
 - 4.1 De Toegankelijkheid
 - 4.2 De geschatte eenvoudigheid van het gebruik van de computer, laptop of tablet
 - 4.3 De geschatte eenvoudigheid van het gebruik van beeldbellen
 - 4.4 Ervaring en kennis
 - 4.5 De subjectieve en sociale norm
 - 4.6 De attitude ten opzichte van de computer, laptop of tablet
 - 4.7 De attitude ten opzichte van beeldbellen
 - 4.8 De verwachte voor-en nadelen van het gebruik van beeldbellen
 - 4.9 De verwachte invloed van de gezondheidstoestand van de gebruiker op het gebruik van beeldbellen
 - 4.10 De manier van leren van beeldbellen
 - 4.11 Beeldbellen mag niet als vervanging voor persoonlijk contact dienen
5. Discussie
 - 5.1 Implicaties van de resultaten
 - 5.2 Model 3 Nieuw model op basis van TOPB en TAM2
 - 5.3 Sterke en zwakke punten van het onderzoek
6. Referenties
7. Bijlage

Samenvatting

Door de vergrijzing van de samenleving zijn er steeds meer ouderen mensen die zorg nodig hebben. De kosten voor de zorg lopen op en zullen op een bepaald moment niet meer draagbaar zijn voor de samenleving. Om dit probleem tegen te gaan moeten er oplossingen gezocht worden om te kunnen bezuinigen in de zorg. Beeldbellen zou een mogelijke oplossing kunnen vormen. In dit onderzoek zijn de factoren toegankelijkheid, de geschatte eenvoudigheid van het gebruik van de computer, de laptop of de tablet, de geschatte eenvoudigheid van het gebruik van beeldbellen, ervaring en kennis, de subjectieve en sociale norm, de attitude ten opzichte van de computer, laptop of tablet, de attitude ten opzichte van beeldbellen, de verwachten voor- en nadelen van het gebruik van beeldbellen, de verwachte invloed van de gezondheidstoestand van de gebruiker op het gebruik van beeldbellen, de manier van leren van beeldbellen en beeldbellen mag niet als vervanging voor persoonlijk contact dienen ten voorschijn gekomen die de intentie van ouderen boven de 70 beïnvloeden. Dit zijn onder andere factoren uit bestaande gedragsmodellen zoals de “Theory of Planned Behavior” en het “Technology Acceptance Model 2”. Verder zijn er naast de factoren uit de literatuur twee nieuwe factoren gevonden. Dit zijn de manier van leren van beeldbellen en het feit dat beeldbellen niet als vervanging mag gaan dienen voor persoonlijk contact. In de literatuur is nog niet veel bekend over de invloed van bepaalde factoren op de intentie van ouderen oven de 70 jaar om beeldbellen in de gezondheidszorg te gaan gebruiken. Door middel van semi- gestructureerde interviews zijn tien mannen en vrouwen boven de 70 jaar gevraagd naar hun intenties om beeldbellen te gaan gebruiken en naar de factoren, die deze intentie wel of niet beïnvloeden. Uit dit onderzoek is gebleken dat vooral de nieuw gevonden factor “manier van leren” volgens de deelnemers van invloed is op de intentie van ouderen om beeldbellen te gaan gebruiken. Het is van belang dat hier naar nog vervolgonderzoek gedaan wordt om bijvoorbeeld een cursus op te kunnen stellen waarin ouderen het gebruik van beeldbellen kunnen leren. De factoren toegankelijkheid, de geschatte eenvoudigheid van beeldbellen, de attitude ten opzichte van beeldbellen en het feit dat beeldbellen niet als vervanging zou mogen dienen, bleken naast de manier van leren nog van invloed op de intentie om beeldbellen te gaan

gebruiken. De invloeden van de overige factoren op de intentie van de ouderen om beeldbellen in de gezondheidszorg te gaan gebruiken waren volgens dit onderzoek minder relevant.

Abstract

Our society is getting “older” through the years. Every day there are more elderly people in need of adequate health care. The costs to provide this care are rising steady and will not be sustainable forever. Costs for health care will become too high in the future, so a solution for this problem must be provided. Video-tele-care could be a possible solution for the problem. This research has found different factors which influence the intention of use of video-tele-care by elderly people over the age of 70 years old. These factors are, accessibility, the assumed ease of use of the computer, laptop or tablet, the assumed ease of use of video-tele-care, experience and knowledge, the subjective and social norm standards, attitude towards the computer, laptop or tablet, the assumed pros and cons of the use of video-tele-care, the assumed influence of the health of the user on the use of video-tele-care, the way of learning to use video-tele-care and the fact that video-tele-care must never replace actual face to face contact with the health personal. Some of these factors are derived from behavioral models like the “Theory of Planned Behavior” or the “Technology Acceptance Model”. Some factors seem to influence the intention to use video-tele-care more than others. Two new factors were found. The way of learning to use video-tele-care and the fact that video-tele-care must never replace actual face to face contact with the health personal. There has not been written much in literature about which factors influence the intention of elderly people above the age of 70 to use video-tele-care. Therefore it is of great importance that research will be done on this topic in the future to ensure the future implementation of video-tele-care. Through semi structured interviews ten men and women above the age of 70 were interviewed about their intentions to use video-tele-care and the factors that influence their intention. This research has shown that especially the factor “way of learning” is of great influence on the intention of the elderly men and women. It is very important that more research will be done on this topic in the future. Findings could support the actualization of e.g. a training session for elderly people to learn more about the use of video-tele-care. The factors accessibility, the assumed ease of use of video-tele-care, the attitude towards video-tele-care and the fact that video-tele-care

must never replace actual face to face contact with the health personal, also seemed to be of influence on the intention of the elderly men and women. The influence of the other factors were neglect able according to this research.

1. Inleiding

1.1 Het probleem

De samenleving is aan het veranderen en wordt steeds “ouder”. Dit betekent dat mensen langer leven en de mortaliteit naar beneden gaat, maar aan de andere kant dat er minder baby’s geboren worden. Dit zorgt voor de “vergrijzing” van de samenleving (Gemert-Pijnen, Peters& Ossebaard,2013). Het aantal 65 plussers stijgt van 15 procent in 2012 tot 26 procent rond 2040. Het aantal jongeren daalt naar verwachting licht, terwijl het aandeel 20-64 jarigen aanzienlijk terugloopt (Stoeldraijer, v. Duin & Janssen, 2012). Volgens de huidige prognose zullen vanaf 2032 het aantal sterfgevallen zo hoog zijn opgelopen dat er sprake zal zijn van een krimpende bevolking, omdat er meer mensen te overlijden komen dan er geboren zullen worden (De Jong & van Duin, 2010). Dat er meer oudere mensen dan jonge mensen zijn is iets wat nog nooit eerder heeft gespeeld (World Health Organization,2010). De verhoogde levensverwachting van mensen heeft verschillende oorzaken, zoals bijvoorbeeld de ontwikkelingen in de gezondheidszorg, betere voeding, verbeterde sanitaire voorzieningen en de groei van de economie, waardoor mensen zich betere hulpmiddelen kunnen veroorloven in geval van ziekte etc. (Gemert-Pijnen, Peters& Ossebaard,2013). Mensen leven steeds langer. Dit is een indicatie voor het positieve algemene welzijn van een samenleving, maar dat de mensen ouder worden zorgt ook voor bepaalde problemen. Want dat mensen ouder worden wil niet zeggen dat ze niet ziek worden. Personen van 50 jaar en ouder hebben significant vaker een chronische ziekte (20.0%), terwijl personen van jonger dan 50 jaar significant vaker dan gemiddeld gezond zijn (van Rijen, 2005). Vaak voorkomende leeftijd gerelateerde (chronische) aandoeningen zijn: hart- en vaatziekten, dementie, ziekten van het bewegingsstelsel, diabetes en CVA/ hemiparese (Binnekade et. al, 2012). Een deel van het probleem is dat op een gegeven moment niet meer genoeg mensen ter beschikking staan om de ouderen op een adequate manier ondersteuning te bieden, omdat steeds meer mensen met pensioen

gaan, maar steeds minder nieuwe mensen op de arbeidsmarkt terecht komen. Er wordt ook wel over een tekort op de arbeidsmarkt gesproken (Bekkers, 2000). Dit betekent niet alleen dat er minder mensen zijn om te helpen, maar ook dat de hulp duurder gaat worden. De vergrijzing brengt dus ingrijpende economische effecten met zich mee, in het bijzonder voor de arbeidsmarkt en de houdbaarheid van de verzorgingsstaat. In de toekomst zullen steeds meer mensen een zorgbehoefte hebben. Uitgaand van de cijfers van het sociaal en cultureel planbureau zullen het aantal bewoners van verzorgingshuizen toenemen met 1.4 % per jaar. Verder merkt het bureau aan dat wel een tendentie te herkennen is, dat mensen steeds meer thuis kunnen en willen wonen. Maar wel met een aanzienlijke hoeveelheid thuiszorg (Sociaal en cultureel planbureau, 2009). Volgens Goudswaard (2009) zullen de kosten voor de thuiszorg stijgen. De arbeidsmarkt wordt krappere en de pensioenen en de gezondheidszorg worden duurder. Goudswaard concludeert verder dat de huidige arrangementen voor de zorg niet 'houdbaar' zijn, in de zin dat zonder beleidsaanpassing de overheidsfinanciën zullen ontsporen en een groeiende last zal worden doorgeschoven naar toekomstige generaties. Het is dus van groot belang dat onderzoek naar oplossingen voor dit probleem gedaan wordt.

1.2 Consequenties van de stijgende kosten in de gezondheidszorg

Het kost meer om een ouder persoon in een verzorgingstehuis te laten leven dan als deze persoon zelfstandig woont. Er wordt dus ook geprobeerd om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Ouderen die nog zelfstandig wonen moeten naar een praktijk of naar een ziekenhuis voor een consult en dit kost tijd en geld. Verder is het voor veel ouderen vaak heel moeizaam om een langere weg naar het ziekenhuis of naar een praktijk te komen, omdat veel ouderen gebruik moeten maken van bijvoorbeeld openbaar vervoer etc. omdat ze zelf niet meer in staat zijn om auto te rijden. Een langere reis naar de hulpinstantie vergroot bijvoorbeeld ook het gevaar om te vallen en zich te bezeeren. Vallen is een groot risico voor ouderen en is een grote factor die voor hoge morbiditeit, moraaliteit en vroegtijdige hulpverlening in een verzorgingstehuis verantwoordelijk is (Rubenstein, 2006). Zelfstandig wonen gaat voor ouderen vaak gepaard met problemen. Het succesvolle zelfstandig wonen gaat hand in hand met de hulpbronnen, die ouderen tot hun beschikking hebben en met de leeftijdsgroep waarin ze zich bevinden. Vanaf de leeftijd 75 jaar begint het aantal personen met matige of ernstige

lichamelijke beperkingen het aantal zonder of met slechts lichte beperkingen te overstijgen (Vrom, 2002). Verder draagt een minder belastend en korter arbeidsleven bij aan een gezondere levensstijl en een zo aan een succesvoller zelfstandig wonen (De Klerk et. al., 2004). Dit is soms lastig omdat er wel bepaalde zorg nodig is en ouderen vaak naar en ziekenhuis of artspraktijk moeten gaan (Woittiez et. al, 2009). Het feit dat mensen langer zelfstandig willen wonen maakt een deel uit van de participatiesamenleving. Mensen willen minder afhankelijk zijn en meer zelf doen voor hun maatschappij. Als mensen last hebben van chronische ziektes betekent dit dat de deelname aan het maatschappelijke leven flink verminderd (Hoeymans et. al., 2005). Maatschappelijke participatie staat voor allerlei positieve aspecten van ons menszijn, zoals zelfbeschikking, productiviteit, zelfontplooiing, het vermogen tot betrokkenheid, sociaal contact (het vermeiden van isolement), of zelfachting. Vele ouderen kunnen geen adequate zorg aan huis ontvangen, omdat dit te duur is en moeten vervolgens naar een verzorgingstehuis en dit zorgt ervoor dat de maatschappelijke participatie en alle daaraan verbonden positieve aspecten achteruit gaan (Hoeymans et. al., 2009). Voor alle bovengenoemde gevolgen van de vergrijzing van de samenleving, de consequenties voor de gezondheidszorg, de hulpverleners en de ouderen, moeten dus oplossingen bedacht worden, zodat op kosten bezuinigd kan worden en toch nog voor adequate hulpverlening gezorgd kan worden, die aansluiten op de behoefte van de patiënten, zoals langer thuis wonen en de actieve deelname aan de samenleving.

1.3 EHealth en beeldbellen

Technologieën worden steeds vaker ingezet om kennisoverdracht en zorgdiensten effectiever, efficiënter en naar tevredenheid van de betrokkenen te krijgen (Blanson Henkemans et. al., 2010). Door het gebruik van technologieën wordt geprobeerd om de zorg effectiever en beter toegankelijk voor iedereen te maken (Eysenbach, 2001; Eysenbach, 2002). Informatie en Communicatie Technologieën (ICT) in de zorg wordt ook wel eHealth genoemd. EHealth versterkt het gepersonaliseerde dienstenaanbod ter ondersteuning van zorgverbetering en stimulering van zelfmanagement (Blanson Henkemans et. al., 2010). Er zijn veel verschillende vormen en eHealth kan in verschillende situaties toe worden gepast. Eysenbach definieert eHealth als volgt,

“eHealth is an emerging field in the intersection of medical informatics, public health and business, referring to health services and information delivered or enhanced through the internet and related technologies. In a broader sense, the term characterizes not only a technical development, but also a state-of-mind, a way of thinking, an attitude, and a commitment for networked, global thinking, to improve health care locally, regionally, and worldwide by using information and communication technology.” (Eysenbach, 2011).

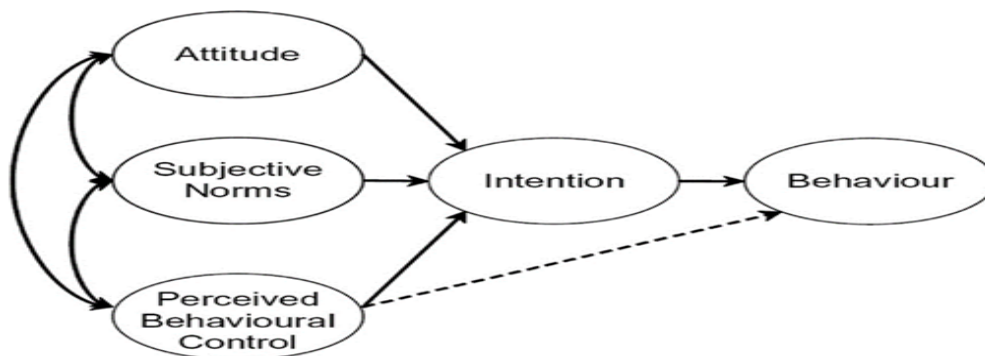
EHealth is onder andere het gebruik van ICT op het gebied van gezondheid, het gebruik van verschillende applicaties ter verbetering, preventie en monitoring van de gezondheid en kan communicatie door middel van technologie op gezondheidsvlak betekenen (Miyazaky, Igras, Liu & Ohyanagi, 2012; Gemert-Pijnen, Peters & Ossebaard, 2013). De communicatie kan plaatsvinden zonder dat de partijen op dezelfde plaats zijn of op dezelfde tijd communiceren (Gemert-Pijnen, Peters & Ossebaard, 2013). Een aspect van eHealth is beeldbellen. Beeldbellen houdt in dat ouderen in contact kunnen treden met hulpverleners als ze bijvoorbeeld vragen hebben over lichamelijke klachten, het gebruik van bepaalde medicijnen, etc. zonder hiervoor de vaak moeizame weg naar de artspraktijk of het ziekenhuis te hoeven nemen. Mensen kunnen thuis door hun zorginstaties bereikt kunnen worden en op eigen initiatief met deze in contact kunnen treden zonder het huis uit te moeten gaan. Dit gebeurt door middel van een combinatie van telefonie en in vele gevallen video (Bayer, Barlow & Curry, 2007). Een populair middel voor beeldbellen is het programma “Skype”. Zeshonderd miljoen mensen gebruiken Skype wereldwijd (Bloomberg Business Week). Skype heeft lage financiële kosten en is zeer bruikbaar op afstand (Armfield, Gray & Smith, 2012). Uit onderzoek is gebleken dat Skype niet de meest geschikte applicatie is voor het gebruik van beeldbellen in de gezondheidszorg (Luxton, Sirotin & Mishkind, 2010). Aan de hand van Skype is wel goed uit te leggen wat met beeldbellen wordt bedoeld, omdat veel mensen dit programma kennen. Beeldbellen heeft vele voordelen, bijvoorbeeld dat de patiënt niet naar de hulpinstatie moet reizen, wat onder andere het risico om te vallen tijdens de reis naar de hulpinstatie toe vermindert. Verder is er met beeldbellen sprake van een verminderde wachttijd, lagere kosten van het consult, het consult duurt minder lang en er zijn minder gemiste afspraken (Sarasohn-Kahn, 2010; Drossaert & Van Gemert-Pijnen, 2010; CEC, 2004). Er zijn ook nadelen als door middel van beeldbellen gewerkt wordt. Een beperkt visueel bereik, de patiënt

zowel als de hulpverlener, zien alleen maar de omgeving die de webcam vast kan leggen en kunnen op deze manier mogelijk belangrijke cues uit de omgeving van de ander missen. Verder kan het gebeuren dat door technische problemen sprake is van storingen zoals een verminderde kwaliteit of een vertraging van beeld of geluid (Miller et. al, 2008). Voor sommige gebruikers kan het te ingewikkeld zijn om beeldbellen te gebruiken en de privacy van de gebruikers kan niet altijd optimaal gegarandeerd worden (Hilty et. al, 2006).

1.4 Beïnvloedende factoren uit de literatuur

In de literatuur kunnen vele factoren gevonden worden die pleitten voor het gebruik van beeldbellen of juist tegen het gebruik zijn van beeldbellen in de gezondheidszorg. Het wordt vaak alleen niet duidelijk welke rol deze factoren precies spelen en hoe groot de invloed is van deze factoren op het gedrag van mensen. Uit eerder onderzoek is gebleken, dat er nog veel problemen zijn als het gaat om het implementeren van eHealth interventies in de gezondheidszorg. Volgens Gemert-Pijnen, Nijland, van Limburg, Kelders en van Velsen (2012) zijn er vier hoofdoorzaken waarom de implementatie van eHealth nog niet probleemloos verloopt. Dat zijn inadequate onderzoeksmethoden, te weinig kennis over het daadwerkelijke proces achter technologische innovaties, een ongepaste medische benadering van eHealth technologieën en het gebruik van verouderde (menselijke-) gedragstheorieën. Het komt er dus op neer dat er te weinig bekend is over het gebruik van eHealth in de gezondheidszorg. De gedragstheorieën die bestaan, zijn verouderd en kunnen niet gebruikt worden om uitspraken te doen over het gebruik van eHealth. Het is dus van belang dat hier nieuw onderzoek naar verricht wordt. Modellen zoals “The Technology Acceptance Model” en de extensie hiervan de “TAM 2” en gedragsmodellen zoals “The Theory of Planned Behavior” kunnen niet zo maar gebruikt worden als het gaat om het voorspellen van de intentie om gebruik te gaan maken van eHealth. De Theory of Planned Behavior stelt dat drie verschillende factoren van invloed zijn op elkaar en op de intentie om een bepaald gedrag te vertonen. Zoals in de volgende afbeelding te zien zijn deze drie factoren: Attitude, Subjectieve norm en verwachte gedragscontrole.

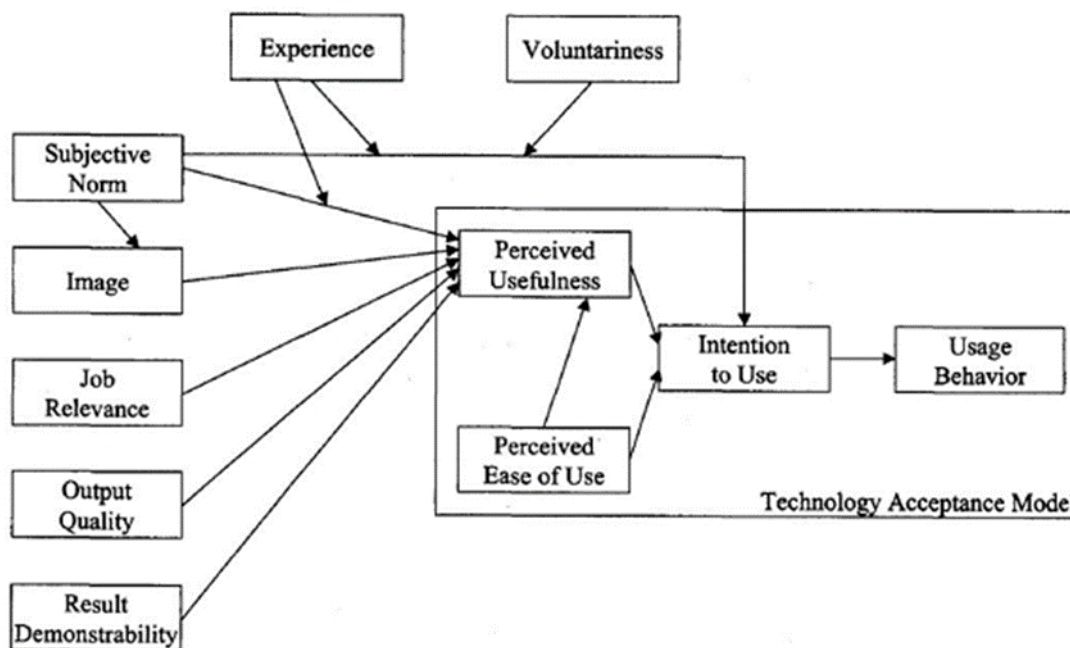
1.4.1 The Theory of Planned Behavior



Figuur X. *The Theory of Planned Behavior*.

Hoe mensen over vooral nieuwe technologieën denken wordt bepaald door verschillende factoren. Het Technology Acceptance Model 2 (Davis 1989, Davis et al. 1989) geeft als belangrijke factoren de “perceived ease of use” en de “perceived usefulness”. Volgens Davis et. al hangt de intentie om een nieuwe technologie te gebruiken sterk samen met de ervaren eenvoudigheid van gebruik. De ervaren eenvoudigheid van gebruik hangt samen met de ervaren bruikbaarheid van de technologie. Want als iets eenvoudig te gebruiken is kan het makkelijker en vaker gebruikt worden (Davis 1989, Davis et al. 1989). Determinant van het wel of niet gebruiken van een technologie zoals beeldbellen zijn dus de ervaren eenvoudigheid van het gebruik van beeldbellen en de ervaren bruikbaarheid van beeldbellen. Het probleem bij het Technology Acceptance Model is alleen dat deze factoren niet specifiek voor ouderen boven de 70 onderzocht zijn. Het is dus van belang dat hier nader onderzoek naar verricht wordt. Het Technology Acceptance Model 2 stelt dat er meer factoren zijn die van invloed zijn om bepaalde technologieën te gaan gebruiken. Dit model is specifiek ontworpen voor technologie-gerelateerd gedrag.

1.4.2 The Technology Acceptance Model 2 (TAM 2)



Figuur X. *The Technology Acceptance Model 2.*

Van belang is, dat verder onderzoek verricht wordt naar de invloed van de verschillende factoren op de intentie van het wel of niet gebruiken van beeldbellen. Want er is tot nu toe nog niet veel onderzoek verricht naar de intentie om beeldbellen te gebruiken en in het weinige onderzoek dat er is verricht komen tegenstrijdige conclusies naar voren. Aan de ene kant komt uit onderzoeken ten voorschijn dat de interpretatie en de expressie van emoties via beeldbellen goed verloopt (Bischoff, Hollist, Smith & Flack, 2004). Uit andere onderzoeken komt juist weer naar voren dat dit niet het geval is (Dobscha et al., 2006). Het is in ieder geval van belang dat de gebruikers van beeldbellen over de juiste apparatuur beschikken. Slechte beeld- en geluidskwaliteit kan de band tussen hulpverlener en patiënt negatief beïnvloeden (Starling & Foley, 2006; Elford et al., 2000). Waarom oudere mensen beeldbellen niet gebruiken en welke barrières er volgens hen zijn en hoe er voor gezorgd kan worden dat ouderen beeldbellen wel zullen gaan gebruiken, zal zeker nog nader onderzocht moeten worden, om een volledig succesvolle implementatie van beeldbellen in de gezondheidszorg te kunnen garanderen. Er kunnen verschillende factoren invloed uitoefenen op het wel of niet gebruiken van beeldbellen door oudere personen. Oudere mensen zijn niet opgegroeid met moderne technologie en moeten de omgang hiermee op late leeftijd leren. Het leren van nieuwe vaardigheden is op latere

leeftijd moeilijker dan op jongere leeftijd. Dit komt omdat het ouder worden het menselijk lichaam op allerlei manieren beïnvloedt. Onder andere het werkgeheugen, de verwerkingssnelheid, het leren van nieuwe vaardigheden gaan achteruit. Deze cognitieve capaciteiten zijn van belang als het om het leren van nieuwe, onbekende technologieën gaat (Czaja SJ, Lee CC., 2007).

Verder is uit onderzoek gebleken dat de attitude van oudere mensen ten opzichte van beeldbellen, een grote invloed heeft op het wel of niet gebruik maken van deze technologieën (Demiris et al., 2004). Door dat de adoptie en het gebruik van nieuwe applicaties zoals Skype voor oudere mensen door onder andere hun achteruitgang in cognitieve capaciteiten vermoeilijkt wordt, nemen veel mensen een afstandelijke houding in. Dit houdt in dat ze minder snel zelfstandig proberen de omgang met de applicaties te leren en een negatieve attitude ten opzichte van de applicaties ontwikkelen (Miller et. al., 2014). Dit vermindert wederom de waarschijnlijkheid dat ze de applicaties gaan gebruiken (Miller et. al., 2014). Naast de attitude van de ouderen ten opzichte van beeldbellen is ook de attitude ten opzichte van computers van belang (Miller et. al., 2014). Dit is een verdere determinant van het wel of niet gebruiken van de applicaties.

Het blijkt verder dat senioren vaak geen idee hebben in hoeverre de applicaties een positieve bijdrage aan hun leven kunnen geven, welke voordelen ze zouden kunnen hebben door gebruik te maken van deze technologieën en welke er überhaupt tot hun beschikking staan (Zajicek, 2006). Ook de subjectieve norm is van belang als het gaat om het wel of niet implementeren van een nieuwe technologie (Venkatesh & Davis, 2000). Subjectieve norm wordt gedefinieerd als: “ (...) of de persoon in kwestie denkt dat andere mensen om hem heen, mensen die voor hem of haar belangrijk zijn het gedrag, (in dit geval het gebruiken van beeldbellen) wenselijk zouden vinden of niet “ (Fishbein and Ajzen, 1975). Naast de subjectieve norm is ook de sociale norm, ook wel het “image” van belang bij het wel of niet gebruiken van nieuwe technologieën. Moore en Benbasat (1991) definiëren image als “de graad waarin het gebruik van een nieuwe technologie de ervaren status van een persoon in zijn sociale omgeving kan verhogen”. Geeft het gebruik van beeldbellen het gewenste beeld naar de sociale omgeving af of niet. Is dit wel het geval, zo is de waarschijnlijkheid dat beeldbellen in de toekomst gebruikt zal worden hoger dan als dit niet het geval is.

Volgens Venkatesh en Davis (2000) en het TAM 2 model spelen er nog twee belangrijke factoren een rol bij het wel of niet implementeren van beeldbellen. Naarmate de persoon meer ervaring heeft met nieuwe technologieën en soortgelijke applicaties en hier al kennis over heeft opgedaan, stijgt de waarschijnlijkheid dat deze persoon in toekomst gelijkwaardige applicaties zal gebruiken. Ervaring beïnvloedt volgens de literatuur de intentie en de “perceived usefulness” wat wederom weer de intentie beïnvloedt.

De vraag is nu in hoeverre de determinanten uit de gevonden literatuur daadwerkelijk een rol spelen bij ouderen. Wat is de betekenis van deze factoren voor et wel of niet willen gaan gebruiken van beeldbellen in de gezondheidszorg en zijn er nog andere factoren die de intentie om beeldbellen te gaan gebruiken beïnvloeden. Om nader te onderzoeken in hoeverre deze factoren het wel of niet gebruiken van beeldbellen beïnvloeden zijn volgende onderzoeksvraag en sub vragen geformuleerd:

2. Onderzoeksvragen

2.1 Hoofdvraag

Welke factoren zijn volgens de geïnterviewde ouderen van invloed op hun intentie om beeldbellen in de gezondheidszorg te gaan gebruiken?

2.2 Sub vragen

In hoeverre hebben ouderen toegang tot en ervaring met beeldbellen en met de computer, laptop of tablet? En wat weten ze over beeldbellen? (toegankelijkheid, kennis en ervaring)

Welke opvattingen hebben ouderen over de voor- en nadelen van beeldbellen en van de computer, laptop of tablet en hoe bruikbaar lijkt hun beeldbellen? (perceived usefulness en attitude)

Welke moeilijkheden voorzien ouderen m.b.t beeldbellen? (perceived behavioral control en perceived ease of use en cognitieve capaciteiten/ gezondheidstoestand)

Welke stimulerende of ontmoedigende reacties ontvangen ouderen vanuit hun sociale omgeving m.b.t beeldbellen? (sociale norm)

In hoeverre zijn ouderen van plan om in de toekomst gebruik te gaan maken van beeldbellen i.v.m. gezondheidsdoeleinden?

De dertien te onderzoeken determinanten zijn toegankelijkheid, de verwachte eenvoudigheid van het gebruik van een computer, laptop of tablet, de verwachte eenvoudigheid van het gebruik van beeldbellen, de subjectieve norm, de sociale norm, ervaring, kennis, de attitude van ouderen ten opzichte van de computer, de laptop of de tablet, de attitude van ouderen ten opzichte van beeldbellen, de ervaren voordelen, de ervaren nadelen en de gezondheidstoestand (de cognitieve capaciteiten) van de gebruiker.

3. Methode

3.1 Deelnemers

Als deelnemers zijn oudere mannen en vrouwen boven de 70 gekozen. Er is voor deze leeftijd gekozen, omdat volgens onderzoek na het 70ste levensjaar lichamelijke en psychosociale klachten een steeds belangrijker rol gaan spelen (GGD ZHW Seniorenonderzoek, 2008). Dus is de behoefte aan zorg is vanaf deze leeftijd hoger dan op jongere leeftijd. Verder zijn er alleen maar deelnemers die de Nederlandse taal konden spreken en goed konden verstaan, om mogelijke misverstanden door taalbarrières te vermijden. De interviews zijn alleen maar afgenomen bij ouderen met een stabiele gezondheid. De deelnemers leidden niet aan mentale (chronische) ziektes of andere beperkingen. Dit was van belang omdat mensen met chronische ziektes of andere mentale beperkingen een hoger risico lopen. Dit houdt in dat deze mensen in geval van twijfel, toch naar het ziekenhuis zouden moeten gaan, omdat ook lichte klachten met hun ziektebeeld samen zouden kunnen hangen. En omdat het gebruik van beeldbellen door cognitieve of bepaalde lichamelijke aandoeningen niet op een effectieve

manier plaats zou kunnen vinden. Verder was het belang dat de geïnterviewde ouderen niet al gebruik maakten van beeldbellen in de gezondheidszorg. Ouderen die al gebruik maakten van beeldbellen zouden irrelevant zijn, omdat dit onderzoek de intentie om gebruik te gaan maken van beeldbellen wil meten.

Deelnemers werden door middel van “convenience sampling” geselecteerd. Bij deze methode werden de meest toegankelijke proefpersonen gekozen voor de interviews. Dit waren bijvoorbeeld mensen uit persoonlijke, sociale of geografische omgeving van de onderzoeker. Deze methode was kosten en tijds- effectief (Marshall, 1996). Voor de afname van de interviews is er een pilot interview gehouden. Er zijn geen verdere aanpassingen verricht op basis van het pilot interview. Het transcript van het pilot interview is te vinden in bijlage 6. Het pilot interview is niet meegenomen in de analyse. Er zijn 10 ouderen geïnterviewd voor dit onderzoek. De gemiddelde leeftijd was 73.1 jaar met een standaarddeviatie van 3.01 en een maximale leeftijd van 79 en een minimale leeftijd van 70 jaar. 5 deelnemers waren mannen en 5 deelnemers waren vrouwen.

3.2 Materialen en procedure

Het gebruikte interviewschema is te vinden in de bijlage 1. Er werd onder andere gevraagd naar de frequentie van het gebruik van de computer, laptop of tablet, het wel of niet in bezit hebben van deze apparatuur, de attitude tegenover deze apparatuur en de attitude tegenover de technologisering van de zorg. Na deze algemene vragen volgde een uitleg over wat beeldbellen precies inhoud en door middel van foto's en een fictief scenario werd aan de participanten duidelijk gemaakt hoe beeldbellen gebruikt zou kunnen worden. Deze uitleg is te vinden in de bijlage (Bijlage 3). Ook werd hier uitgelegd in welke situaties beeldbellen gebruikt kan worden. Na deze uitleg werden vragen gesteld over beeldbellen en of de deelnemers het wel of niet zouden gaan gebruiken en wat hier de belangrijkste redenen voor zouden zijn. Verder werden vragen gesteld over de voor- en nadelen van beeldbellen, de attitude van de deelnemers ten opzichte van beeldbellen, de sociale en subjectieve norm, vragen over de verwachte moeilijkheidsgraad van beeldbellen en vragen over in hoeverre de gezondheidstoestand van invloed zou kunnen zijn op het wel of niet gebruiken van beeldbellen.

Voor de afname van de interviews hebben de mannen en vrouwen een informed consent (Bijlage 4) getekend. Voor het tekenen van deze informed consent werden de deelnemers ingelicht over het doel van het onderzoek, over wat er met de verkregen data zou gaan gebeuren. Ze werden verder over het feit ingelicht dat hun persoonlijke gegevens geanonimiseerd zouden worden en ze kregen te horen dat ze naderhand contact met de onderzoeker konden opnemen mochten ze hun data in willen zien. De deelname aan het onderzoek was geheel vrijwillig en er was geen sprake van een financiële of andere soort van compensatie. De deelnemers werden van te voren ingelicht over het feit dat ze het interview op elk moment mochten onderbreken voor vragen of geheel mochten stopzetten en niet door hoefden te gaan, en dat hier geen negatieve gevolgen aan vast zaten. Voor het opnemen van de interview is een audio recorder gebruikt. Alle deelnemers zijn geïnterviewd in ruimtes die rustig en niet vatbaar voor geluidsoverlast door de buitenwereld waren. Na het afnemen van de interviews zijn deze schriftelijk uitgewerkt.

3.3 Analyse

De data werd geanalyseerd door middel van het coderen van de transcripten in de dertien verschillende categorieën (Toegankelijkheid, eenvoudigheid apparatuur, attitude apparatuur, eenvoudigheid beeldbellen, attitude beeldbellen, verwachte voordelen, verwachte nadelen, bruikbaarheid, gezondheidstoestand, ervaring, kennis, subjectieve norm en sociale norm). Eerst is er deductief te werk gegaan. Er werd gekeken naar de uitspraken, die de deelnemers deden over de dertien in de literatuur gevonden categorieën.

De fragmenten die de geïnterviewde deelnemers over de dertien verschillende determinanten zijn in de transcripten gemarkeerd. Daarna zijn de gemarkeerde fragmenten in een lijst gezet. De fragmenten waren uitspraken die betrekking hadden op dertien in de literatuur gevonden factoren, die de intentie om beeldbellen wel of niet te gaan gebruiken beïnvloeden. Elke determinant kreeg een lijst met de uitspraken van alle tien deelnemers toegekend. Andere uitspraken over de intentie werden gemarkeerd.

Dit gebeurde op inductieve manier. De interviews werden geanalyseerd om mogelijke nieuwe categorieën te vinden. De nieuw gevonden en gemarkeerde uitspraken over de intentie werden verdeeld in toepasselijke categorieën. Toen is geteld hoe vaak bepaalde soort uitspraken gedaan werden. Dit is ook in de lijsten met fragmenten samengevat. Tot slot is er gekeken of sommige categorieën weggelaten of samengevoegd konden worden.

Over de factor ervaren bruikbaarheid hebben de deelnemers allemaal weinig tot niets gezegd. Het was niet mogelijk om aan deze factor bepaalde uitspraken/ fragmenten toe te kennen en daarom is deze factor uiteindelijk in de analyse weggelaten. De deelnemers zeiden te weinig over deze factor en in hoeverre ze verwachtten dat de factor hun intentie zou kunnen beïnvloeden.

Resultaten

In tabel 1 is te zien hoe vaak er uitspraken over de verschillende factoren zijn gedaan. De factor ervaren bruikbaarheid staat niet in de tabel. De vier determinanten kennis en ervaring en de subjectieve en sociale norm zijn samengevoegd tot de twee determinanten kennis en ervaring en subjectieve en sociale norm. Deze determinanten zeiden los van elkaar weinig over de intentie om beeldbellen wel of niet te gaan gebruiken in de gezondheidszorg. Naast deze determinanten zijn uit de interviews nog twee andere belangrijke nieuwe factoren ten voorschijn gekomen, die de intentie om beeldbellen te gaan gebruiken beïnvloeden. Deze factoren zijn: de manier van leren van beeldbellen en het feit dat beeldbellen niet als vervanging voor persoonlijk contact gebruikt zou mogen worden.

Tabel 1

Frequentie van uitspraken over de verschillende factoren

Factor	Frequentie van uitspraken over de factor
Toegankelijkheid	7
Geschatte eenvoudigheid gebruik apparatuur	11
Geschatte eenvoudigheid gebruik beeldbellen	14
Ervaring en Kennis	14
Subjectieve norm en Sociale norm	8
Attitude apparatuur	14
Attitude beeldbellen	13
Verwachtte voordelen en verwachtte nadelen	34 voordelen 20 nadelen
Gezondheidstoestand	10
Manier van leren	16
Geen vervanging	6

Negen van de tien participanten gaven aan dat ze gebruik zouden willen gaan maken van beeldbellen. Maar voegden er meestal omstandigheden aan toe wanneer ze het zouden gebruiken. Zes van de tien geïnterviewde gaven aan beeldbellen te willen gaan gebruiken onder bepaalde omstandigheden. Een deelnemer zei bijvoorbeeld:

In zoverre je het kunt gebruiken en je aan de andere via dat beeld kunt overbrengen en als dat niet gaat, ja dan wil ik gewoon zelf komen. Of de persoon, de zieke, die moet er naar toe. Maar dat, daar zitten ook grenzen aan hé?

Andere zouden alleen van beeldbellen gebruik willen maken als het nodig zou zijn,

Nou ten eerste, mogelijk zijn. Zou het nodig zijn, zou ik nou nog denken. Want ik, ik woon hier dicht bij de huisarts. Nu op dit moment heb ik het nog niet nodig. Maar mocht het zijn (...) Als ik ouder zou

worden, en als ik het niet meer zou kunnen, of niet meer mobiel zou zijn. Zou ik het best gaan gebruiken ja.

In totaal gaven vier van de zes deelnemers aan, dat ze beeldbellen zouden gebruiken als het nodig zou zijn. Bijvoorbeeld als zij minder mobiel zouden zijn in de toekomst. De overige twee zeiden gebruik te willen gaan maken van beeldbellen als de benodigde informatie op een adequate manier aan de arts overgespeeld kon worden. Drie van de tien mannen en vrouwen antwoorden met “ja” op de vraag of ze beeldbellen zouden willen gaan gebruiken, zonder bepaalde omstandigheden voor het gebruik van beeldbellen te noemen. Eén man van de tien geïnterviewde had niet de intentie om beeldbellen te gaan gebruiken in de toekomst. Hij zei:

Nou, ik betwijfel het (...) Ja, waarom niet? Omdat ik denk dat het gewoon heel moeilijk is om dat nog te leren. EN zeker als je er helemaal niets mee hebt, met de computer. Ik denk wel dat dat moeilijk wordt. Voor mij wel.

De algemene houding tegenover het gebruik van beeldbellen lijkt positief te zijn. Het merendeel van de deelnemers gaf aan de intentie om beeldbellen te gaan gebruiken te hebben. In de resultaten wordt samengevat wat de deelnemers over de verschillende factoren te zeggen hadden.

4.1 De Toegankelijkheid

Alle 10 geïnterviewde hadden toegang tot een beeldbelvaardig elektronisch apparaat, zoals een computer, laptop of tablet, in eigen huis. De meeste participanten hadden zelfs toegang tot meer dan een apparaat. De toegankelijkheid is een belangrijke factor als het om het gebruik van beeldbellen gaat volgens de deelnemers van dit onderzoek. Zo zei een vrouw tijdens een interview

Mocht ik hier geen laptop hebben staan, dan denk ik niet dat ik ergens anders heen zou lopen om er een te gebruiken. Voor Skype of wat dan ook.

Iemand zou een apparaat moeten brengen of de participanten zouden naar het apparaat toe moeten gaan. Volgens een participant is het belangrijk om een apparaat aan huis te hebben, omdat hij anders ook naar de doctor zelf toe zou kunnen gaan, in plaats van naar een apparaat buiten huis.

Heeft geen nut, om nog ergens anders heen te zouden moeten gaan. Dan kan ik ook naar de doctor zelf.

Alle geïnterviewde mannen en vrouwen die de intentie hebben om gebruik te gaan maken van beeldbellen in de gezondheidszorg (met of zonder omstandigheden), hadden toegang tot een beeldbelvaardig apparaat.

4.2 De geschatte eenvoudigheid van het gebruik van de computer, laptop of tablet

Twee van de tien geïnterviewde deelnemers gaven aan het gebruik van de computer, laptop, tablet etc. eenvoudig te vinden. Eén man zei tijdens het interview over zijn omgang met de laptop,

(gebruik)...dus op allerlei gebied. De meeste zeggen ook wel: " Jij bent helemaal bij", zeggen ze.

Vijf van de tien deelnemers ging het gebruik van de computer, laptop of tablet volgens hun gemiddeld goed of slecht af. Eén vrouw omschreef haar computergebruik als volgt,

Ja, ik heb eigenlijk alles wat ik nodig heb dat kan ik wel. Het zijn gewoon nieuwe dingen, die ik zelf moet uitvinden, als ik dan doorklik en doorklik dan denk ik, oh je dan kom ik daar in terecht en dan kom ik daar in terecht. Wat ik niet nodig heb dat gebruik ik gewoon niet.

Een andere vrouw, die het gebruik van de computer etc. ook als niet eenvoudig en niet moeilijk, maar als gemiddeld omschreef, zei tijdens het interview,

Maar ik probeer het natuurlijk wel. Maar ik ben niet echt een kenner. Wel een beetje een digibeet, vind ik wel. nou ja, sommige weten helemaal niks. En dan denk ik wel van, die kan ik wel weer wat vertellen. Dat is het wel.

Drie van de tien geïnterviewde gaven aan dat ze het gebruik van de computer, laptop of tablet moeilijk vonden. Eén man zei over zijn persoonlijk gebruik van computers,

Nee, en de computer daar doe ik ook niets mee. Ik kan het nog niet uitzetten.

Participanten die aangaven, dat ze met het gebruik van de computer etc. moeite hadden, waren toch bijna allemaal, behalve één, bereid om gebruik te gaan maken van beeldbellen in de gezondheidszorg.

Zowel de participanten die aangaven onder bepaalde omstandigheden er gebruik van te gaan maken, als degene die geen omstandigheden hadden genoemd. De participanten die aangaven geen moeite te hebben met het gebruik van de benodigde elektronica, of het gebruik als niet eenvoudig maar ook niet moeilijk inschatten, waren ook allemaal bereid om van beeldbellen gebruik te gaan maken (met en zonder omstandigheden).

4.3 De geschatte eenvoudigheid van het gebruik van beeldbellen

Zes van de tien deelnemers gaven aan weinig moeite te hebben met het gebruik van beeldbellen. Drie van de deelnemers gaven aan dat ze het volgens hen wel zouden kunnen als ze het een paar keer zouden kunnen oefenen

Het is een kwestie van een paar keer doen. En zeker als je dus het systeem kent. Nou dat is een kwestie van wennen, van leren eventjes leren. En dat er eventjes bij hebben liggen van hoe werkt het systeem, hoe werkt het en wat is de volgorde. En doet alles het wel prima. he, dus dat is een kwestie van leren eventjes, van leren denk ik, ja.

En één man schatten het leren en het gebruik als lastig in.

Omdat ik denk dat het gewoon heel moeilijk is om dat nog te leren. En zeker als je er helemaal niets mee hebt, met de computer. Ik denk dat dat moeilijk wordt. Voor mij wel.

De participanten die het gebruik van beeldbellen als eenvoudig of mogelijk om te leren vinden, gaven verder aan om gebruik te willen gaan maken van beeldbellen in de gezondheidszorg. Een participant gaf duidelijk aan geen gebruik te willen gaan maken van beeldbellen. Deze schatte het leren en het gebruik van beeldbellen als moeilijk in.

4.4 Ervaring en kennis

Op de vraag hoe hoog de participanten hun eigen kennis van computers etc. inschatten, antwoorden twee participanten met goed of gevorderd, vier participanten gaven aan dat hun kennis gemiddeld was en vier participanten schatten hun eigen kennis als laag in. Degene die hun kennis als beneden gemiddeld inschatten hadden ook minder ervaring met de elektronica, maakten er minder gebruik van

en deden er minder dingen mee. Deelnemers met hogere geschatte kennis en meer ervaring gaven aan, dat ze meer activiteiten verrichtten op de apparaten. De deelnemers, die meer ervaring hadden met computers etc. gaven verder aan minder moeite te hebben met het leren van beeldbellen. Participanten die aangaven onder omstandigheden gebruik te willen gaan maken van beeldbellen hadden niet meer of minder kennis en ervaring, dan de participanten die zonder omstandigheden gebruik zouden willen gaan maken van beeldbellen. Eén man had niet de intentie om gebruik te gaan maken van beeldbellen. Deze participant gaf aan heel weinig kennis ("nihil") van computers etc. te hebben en nauwelijks ervaring. Hij vertelde in het interview,

Een spelletje heb ik wel eens gespeeld.

4.5 De subjectieve en sociale norm

Op de vraag hoe de sociale omgeving van de participanten zou reageren als zij gebruik zouden gaan maken van beeldbellen, antwoorden de geïnterviewde personen op verschillende manieren. Vier van de tien deelnemers verwachtten dat hun omgeving op hun gebruik van beeldbellen op positieve manier zou reageren. Een man zei hierover,

Nou, die vinden dat prima denk ik. Ik denk dat mijn kinderen zullen zeggen van of misschien straks mijn kleinkinderen, nou het is prima dat opa dat doet. Dus (...) Die staan er wel positief tegenover.

Twee geïnterviewde mensen gaven aan dat hun gebruik van beeldbellen niet door de houding van hun sociale omgeving beïnvloed zou worden. Op de vraag wat zijn omgeving ervan zou vinden antwoorde een man met,

Ik denk (...), wat ze vinden: " vind ik helemaal prima". Ik doe toch wat ik zelf wil.

Een vrouw schatte de reactie van haar omgeving als verwonderd in.

Oh die zouden daar alleen maar verwonderd vinden, die zijn daar verwonderd over. Die zeggen van goh kan dat allemaal? weet je.

4.6 Attitude ten opzichte van de computer, laptop of tablet

De attitudes ten opzichte van de computer etc. varieerde onder de geïnterviewde personen. Drie van de tien deelnemers beschouwden de computer etc. als een verbetering, toevoeging en in het geheel als iets positiefs, maar voegden er wel aan toe dat er ook negatieve dingen aan verbonden waren. Een vrouw beschreef haar attitude als volgt,

Ja geweldig! Het heeft twee kanten, of wel meer kanten, maar in elk geval, dat er ook dingen zijn waar mensen zo ontzettend lang mee bezig kunnen zijn, en hun zo kan bezighouden dat het ook stoort en niet beleefd is meer, zo in een gezelschap begeven. Zeg maar, niet alleen met computers maar ook met, je weet alle toestanden wel.

Verdere nadelen die nog genoemd werden waren, het afhandelen van zaken of het oplossen van problemen via de computer etc. die beter mondeling opgelost zouden kunnen worden om misverstanden te voorkomen, het verslaafd zijn aan internet etc., de veiligheid van de informatie en het “ongepast zijn” in sociale situaties (smartphones als stoorzender in sociaal verband). Eén deelnemer van de tien beweerde een geheel positieve attitude ten opzichte van computers enz. te hebben. Deze man antwoorde op de vraag wat hij van computers vond met “prima” en voegde hier verder geen negatieve aspecten aan toe. Drie mensen gaven verder aan een neutralere houding ten opzichte van de computer en soortgelijke apparatuur te hebben. Een vrouw zei bijvoorbeeld,

Maar het hoort ook bij de tijd, zeg ik dan. het is nou eenmaal in deze tijd. Het zij zo. En voor de rest vind ik de computers, ik vind het, ik doe er nou niet zo heel veel op, maar je kunt er ontzettend veel op. Informatie zeg maar, de media, de hele zeg maar het hele wereldgebeuren, je kunt alles opzoeken.

Eén man bleek een geheel negatieve houding ten opzichte van computer te hebben.

Maar ik heb er niets mee. helemaal niks. Maar we hebben nou ook de telefoon laats ook kapot gehad. Daar zit ook allemaal glasvezelkabel in. Ik zeg ja, en dat kunnen ze niet voor elkaar krijgen. Hebben ze ons een week niet kunnen bereiken. Ja, ik heb er helemaal niets mee met die dingen.

Deze man gaf ook verder aan geen gebruik te willen gaan maken van beeldbellen. De overige deelnemers gaven aan dit wel te willen gaan doen.

4.7 Attitude ten opzichte van beeldbellen

Eén vrouw noemde het gebruik van beeldbellen in de gezondheidszorg een moeilijke ontwikkeling. Deze vrouw gaf wel aan beeldbellen te willen gaan gebruiken, omdat ze het vooral een moeilijke ontwikkeling vond voor ouderen mensen.

Voor ouderen mensen, dat het gewoon wel lastiger wordt. Kijk in feite is het natuurlijk wel, als je dit zou doen met jongere mensen kan ik het me helemaal voorstellen. Wat een geweldige ontwikkeling. Maar ik denk juist de generatie die straks veel naar de arts zal gaan, met allerlei kwaaltjes, dat juist door hun gesteldheid, dat ze er steeds minder gebruik van kunnen maken misschien.

Zeven mensen hadden een positieve houding ten opzichte van beeldbellen. Eén man zei over beeldbellen,

Maar goed, in dit geval, ik zou er verder wel achter staan. Dat wel. Ik zou niet onwillig tegenover alles wat nieuw is staan of wat modern is. Juist niet.

En een van de zeven deelnemers gaf aan dat hij achter beeldbellen zou staan zo lang hier geen misbruik van gemaakt zou worden,

Ja, in zover dat men er geen misbruik van maakt. Dat de huisarts of wie dan ook zegt, oh ja dan moet ik er lekker niet heen Je moet het wel kunnen inschatten. Is het waar, wat die patiënt zegt? Als hij ook maar enigszins niet het vertrouwen heeft dat het juiste antwoord gegeven wordt dan moet de huisarts of de fysiotherapeut of wat

De overige twee participanten hadden een neutralere houding ten opzichte van beeldbellen. Ze gaven aan dat ze beeldbellen als iets wat bij “deze tijd” hoorde beschouwden en spraken over een modernisering in de gezondheidszorg,

Ja, tuurlijk dat is ook de modernisering zeg maar. Alles maakt een ontwikkeling door en dat heb je ook in de gezondheidszorg en ook op het gebied van wat jij net al zei, van mensen bij wie het niet meer kan, daar kan het niet meer.

4.8 De verwachte voor- en nadelen

Tabel 2

De verwachte voor- en nadelen

Voordelen (aantal keren genoemd door deelnemer)	Nadelen (aantal keren genoemd)
Tijd (2)	Anders gedragen (1)
Mobiliteit (vervoer) (7)	Grotere Afstand (2)
Ontlasting familie en vrienden etc. (2)	Moeilijk door slechte mentale gesteldheid(4)
Gemak (2)	Onzekerheid in gebruik (4)
Wachttijden (6)	Onbekendheid (3)
Snel contact (3)	Beperkte communicatie (3)
Iets extra's dan telefoon (1)	Verminderde sociale contacten (1)
Onafhankelijkheid (4)	Geen garantie veiligheid verbinding (1)
Kostenbesparend (5)	Moeilijk om te leren (1)
Voorinformatie aan arts (2)	

In totaal noemden de deelnemers tien verschillende categorieën van voordelen. Het feit dat als mensen zelf niet meer zo mobiel zijn ze geen vervoer zouden moeten regelen en de verminderde wachttijden werden het meest genoemd. Eén vrouw zei betreffend het vervoer,

En als je niet goed te been bent, dat je niemand lastig hoeft te vallen om er naar toe te gaan.

Dan is het gewoon dat je denkt, nou dan hoef ik niet weg ik ga even bellen. Klaar.

Verder vond een mannelijke deelnemer het van voordeel dat hij niet meer zo lang op een afspraak zou moeten wachten,

Bij de huisarts al, als je een huisarts belt dan mag dat tussen acht en tien en dan zijn er zes wachtende voor u en dan bel je en dan kan je de andere week pas terecht bij de huisarts.

Verdere voordelen die nog genoemd zijn waren de kosten die er in de gezondheidszorg bespaart zouden kunnen worden en het feit dat er minder (reis)kosten voor patiënt en arts zouden zijn. Een deelnemer aan het onderzoek zei hierover,

Het zou zo zijn of het zal zou moeten gaan gebeuren, vanwege de toekomst om het allemaal betaalbaar te houden. Waar ik zelf wel goed in mee kan denken, omdat de gezondheidszorg waanzinnig duur is.

Alle geïnterviewde konden voordelen bedenken bij het gebruik van beeldbellen in de gezondheidszorg. Ook de deelnemer die aangaf geen gebruik te willen gaan maken van beeldbellen noemde de voordelen “mobiliteit “ en “wachtijden”.

Er werden in totaal door de geïnterviewde mannen en vrouwen negen verschillende categorieën van nadelen genoemd. Vier van de tien mannen en vrouwen gaven aan dat het grootste ervaren nadeel in hun ogen de onzekerheid in het gebruik en de complicaties van gebruik door een slechte mentale gesteldheid van ouderen, waren. Over de slechte mentale gesteldheid zei een deelnemer het volgende,

Maar ik denk juist de generatie die straks veel naar de arts zal gaan, met allerlei kwaaltjes, dat juist door hun gesteldheid, dat ze er steeds minder gebruik van kunnen maken misschien. Omdat het allemaal niet meer helemaal goed te begrijpen is.

Vier van de tien deelnemers zagen de onzekerheid van gebruikers (en ook van de artsen etc.) als ander groot nadeel met betrekking tot het gebruik van beeldbellen. Een vrouw zei hier over,

Als ze er niet goed mee om kunnen gaan. Als mensen zich door, onzeker door voelen als ze er niet goed mee om kunnen gaan. De druk die dat oplicht aan mensen. En ook van de verzorging. Ja, ze hebben nou eenmaal dat Skype en ze proberen dat zo goed mogelijk te doen, maar die kunnen ook onzekerder worden. Van heb ik het goed ingeschat? Goed genoeg ingeschat? Als je ernstig zieke mensen hebt en ze skypen, door beeldbellen en ze geven advies dan kan het ook zijn dat je na der hand denk, misschien was dit niet het goede advies. Dat die er onzeker van worden. Voor hun geeft het ook druk van ja we kunnen niet altijd meer naar de patiënten toe, dan moet het zo maar.

De beperkte communicatie door middel van beeldbellen en het feit dat het voor veel ouderen mensen een onbekend iets is, beschouwden drie van de tien deelnemers als een nadeel van beeldbellen. Over de beperkte communicatie gaf een participant aan,

Je kunt niet de blik van de ogen zien en het totaal, de drie dimensies zou ik zeggen. Je ziet maar een vlak en daarom heeft het ook een bepaalde beperking. Ja, kijk en ik kan ook niet ruiken. En als ik bij een patiënt ben en het is een suikerpatiënt dan kan ik het ruiken. Of als een wond, ik kan een wond wel bekijken, als ik dan ook al ruik dat bepaalde bacterie 's zijn, die kunnen nog heel erg stinken. Ja, dan weet ik wat ik allemaal (onverstaanbaar) moet doen. Ik noem maar een paar voorbeelden.

En een andere deelnemer zei over het feit dat beeldbellen voor veel mensen een onbekend middel is,

Ja, onkunde, ja onkunde, zeg maar en het niet overzien. (...) Het staat vreemd. Helemaal computer vreemd een beetje.

Verdere nadelen die genoemd werden, waren: de verminderde sociale contacten door het gebruik van beeldbellen, de veiligheid van de verbinding tijdens het beeldbellen, de moeilijkheidsgraad om het te leren, de grotere afstand tussen arts en patiënt en het feit dat mensen zich anders zouden kunnen gaan gedragen, als ze gebruik zouden maken van beeldbellen, als dat ze dat anders zouden doen.

4.9 Verwachte invloed van de gezondheidstoestand van de gebruiker op het gebruik van beeldbellen

Op de vraag of de (geestelijke) gezondheidstoestand van de gebruiker het wel of niet gebruiken van beeldbellen in de gezondheidszorg zou beïnvloeden, gaf de helft van de deelnemers aan dat ze verwachtten dat naar mate hun gezondheidstoestand slechter zou worden, ze minder gebruik van beeldbellen zouden gaan maken. Een vrouwelijke deelnemster zei hier over,

Maar ik denk dat als je slechter wordt of als je het niet helemaal meer op de rij hebt geestelijk dat je gewoon toch weer terugvalt in het oude patroon. En gewoon zelf naar de doctor wilt. Dat denk ik, dat weet ik dus niet. Dat is ook echt moeilijk. Maar misschien kun je het dan niet eens meer helemaal goed. Want ook dat gaat dan natuurlijk ook achteruit. Dat je het dan misschien niet meer helemaal snapt, hoe het werkt.

Drie geïnterviewde verwachten dat de gezondheidstoestand geen invloed zou hebben op het gebruik van beeldbellen, maar dat het meer aan de gebruikers zelf zou liggen. De overige twee van de tien mannen en vrouwen konden niet duidelijk zeggen wat ze verwachtten van de invloed van de gezondheidstoestand op het gebruik van beeldbellen.

4.10 De manier van leren van beeldbellen

Uit de interviews is gebleken dat voor de deelnemers vooral de manier van het leren van beeldbellen een belangrijk aspect was. Ook al werd er in de interviews niet naar deze “determinant” gevraagd, was het heel duidelijk dat de manier van leren voor de geïnterviewde van groot belang was. Een vrouw vergeleek het leren van beeldbellen met het scannen van producten in een supermarkt en vond het aspect “het zelf te kunnen doen” van groot belang. Ze zei hierover,

Dat zie je ook een beetje in de supermarkt waar je nu zelf kunt scannen. Oudere mensen doen dat niet. Die gaan naar de kassa. Het is helemaal niet moeilijk maar het is zo anders. Dat ze het liever denk ik niet doen. (...) Ja, kijk maar, die gaan allemaal gewoon naar de kassa. Het is te nieuw. En dan moet je ze. En dat is dat nou makkelijk als je ze gewoon, als het personeel ze mee zou nemen en het gewoon met hun een paar keer in de winkel door gaan met dat ding in de hand dat ze dan het gevoel van vertrouwen krijgen. Maar nu lopen ze er gewoon voorbij.

Verder gaven de deelnemers aan dat ze het belangrijk vonden om het geleerde een paar keer te mogen herhalen (met supervisie), een man zei:

Ja, want dat gebeurt vaak niet. Sommige ouderen die een computer hebben, dat dan een computerfanaat langskomt en die hun gaat uitleggen hoe het werkt. Maar die gaan ernaast zitten, die laat wel die ouderen daar mee werken. En als ze dat een keer gedaan hebben. En vaak niet een keer, dat moet je een paar keer herhalen. Want het gaat niet, want als jong dan neem je vel sneller op. Als je ouder bent dan neem je veel trager op. En moet je het herhalen. Door herhaling hou je het vast. Dan slijt het niet.

Twee geïnterviewde vertelden dat ze zich er aan stoorden, dat als ze iets uitgelegd kregen, dit vaak te snel gebeurde en de dingen uit hun handen genomen werden. Om iets goed te leren zou dit volgens

deze man en vrouw niet mogen gebeuren. Ze noemden allebei persoonlijke situaties waar ze hier mee geconfronteerd werden. De man gaf aan,

Ja, je moet het gewoon oefenen. Maar ik denk dat het mij eerst voorgedaan moet worden. Dat denk ik wel. Want ja, we hebben een schoonzoon die zit in de computers. Die is IT, als er iets met de computer is dan komt hij. Of dan komt, hij komt vaak hier. Maar als er wat is dan zeggen we: Er is wat met de computer en dan kijkt hij. Ja, dan heeft hij al daar op gedrukt. Overal op gedrukt. Wat heeft hij nou eigenlijk gedaan dan? Dat is gewoon zijn werk hé. Ja, daar leer je niks van. Want hij heeft al vijf dingen gedaan, die er eerst moeten gebeuren. Daar moet je stap voor stap moet je daar mee beginnen.

4.11 Beeldbellen mag geen vervanging voor persoonlijk contact worden

Zes van de tien deelnemers legden nadruk op het feit, dat beeldbellen niet vervangend mocht gaan werken. Ze vonden het heel belangrijk dat de mogelijkheid om naar de arts toe te gaan zou blijven. Ze zeiden dat ze anders niet graag gebruik zouden gaan maken van beeldbellen. Een geïnterviewde zei hierover,

Kijk het is heel wat anders als het je opgelegd wordt. Als je alleen nog maar gebruik kan maken van Skype. Dan is het een ander verhaal. Maar als ik zelf kan beslissen, dan zie ik er ook geen nadeel in.

Een man zei dat beeldbellen tot op een bepaalde hoogte gebruikt zou mogen worden. Maar dat als er iets was, wat door het scherm niet op een adequate manier overgebracht zou kunnen worden, dat hij dan wel naar de dokter of verpleegkundige zelf toe zou willen kunnen gaan.

In zoverre je het kunt gebruiken en je aan de andere via dat beeld kunt overbrengen en als dat niet gaat, ja dan wil ik gewoon zelf komen. Of de persoon, de zieke, die moet er naar toe.

En een vrouw vertelde,

Maar dan zou ik zeggen van, ik zou het een keertje nog proberen, maar als het niet helpt kan je er nog naartoe gaan. Maar als het niet helpt heb ik wel graag dat dan mij live zou onderzoeken of zo.

De twee mannen en twee vrouwen zeiden verder nog, dat de communicatie via een scherm niet te vergelijken was met de communicatie als mensen in dezelfde ruimte zouden zijn en dat hier rekening mee gehouden moest worden als beeldbellen in de gezondheidszorg gebruikt zal gaan worden.

5. Discussie

Uit het onderzoek is duidelijk naar voren gekomen, dat de meeste mannen en vrouwen gebruik zouden willen gaan maken van beeldbellen. Deze mensen hadden een positieve houding ten opzichte van beeldbellen en ten opzichte van de computer, ze verwachtten geen negatieve reacties van hun sociale omgeving en hadden niet het gevoel dat beeldbellen lastig om te leren is. Verder hadden ze weinig tot geen moeite met het gebruik van de computer en gaven aan beeldbellen, mocht het nodig zijn, te willen leren. Ze konden veel voordelen bedenken bij het gebruik ervan, maar ook waren ze zich bewust van de nadelen. Wat in dit onderzoek bijzonder ten voorschijn is gekomen is het feit dat de manier van leren heel belangrijk is. Deelnemers gaven aan dat ze veel baat bij een adequate instructie, hoe beeldbellen te gebruiken is, zouden hebben en dat dit hun intentie om beeldbellen te gaan gebruiken op een grote wijze positief zou beïnvloeden.

5.1 Implicaties van de resultaten

De Theory of Planned Behavior (model 1.4.1) (Ajzen, 1985,1991) en het TAM 2 model (model 1.4.3)(Venkatesh& Davis, 2000) laten alletwee de praktische randvoorwaarden buiten beschouwing. Ouderen zullen alleen gebruik maken van beeldbellen als een beeldbelvaardig apparaat tot hun beschikking staat, omdat het voordeel van niet naar buiten hoeven voor contact met de arts anders alsnog wegvalt. In eerder onderzoek onder andere uit TAM 2 model (1.4.2)(Venkatesh& Davis, 2000) is gebleken, dat de “perceived ease of use” een belangrijke factor is, die de intentie volgens het model direct beïnvloedt. In dit onderzoek is gekeken naar de “perceived ease of use” van beeldbelvaardig apparatuur zoals de computer, de tablet of de laptop en naar de “perceived ease of use” van beeldbellen op zich. Uit onderzoek van Venkatesh (2000) is gebleken dat de manier waarop mensen in het algemeen over de apparatuur denken van groot belang is op het gebruik van systeem specifieke

programma's zoals beeldbellen. Dit onderzoek veronderstelt dat de factor "perceived ease of use" van beeldbelvaardig apparatuur niet van groot belang is. De deelnemers schatten de "perceived ease of use" van beeldbellen grotendeels als eenvoudig in. Dit komt overeen met het Technology Acceptance Model 2 (Model 1.4.2). Een mogelijke verklaring voor het feit dat de factor "perceived ease of use" van een beeldbelvaardig apparaat niet van invloed op de intentie blijkt te zijn volgens de deelnemers en de factor "perceived ease of use" van beeldbellen juist wel, zou kunnen zijn dat het gebruik van een beeldbelvaardig apparaat een heel brede factor is. Het gebruik van beeldbellen op zich zijn een paar enkele stappen, die volgens de meeste deelnemers binnen een korte periode te leren vallen. Het gebruik van een computer, tablet of laptop houdt veel meer in dan alleen het gebruik van beeldbellen. Verder zou de "perceived ease of use" samen kunnen hangen met de "perceived ease of learning". Veel deelnemers gaven aan dat ze het leren van beeldbellen niet als heel lastig inschatten. Dit kan van invloed zijn op het feit dat ze "perceived ease of use" van beeldbellen wel van invloed is op de intentie volgens de deelnemers en de "perceived ease of use" van beeldbelvaardig apparatuur niet.

Veel onderzoek toont aan dat ervaring met het te vertonen gedrag van invloed is op de intentie van het uitvoeren van gedrag en op het gedrag op zich (Ajzen en Fishbein,1980). Vooral de kennis die in eerdere ervaringen is opgedaan wordt een grote invloed op de intentie toegekend (Eagley & Chaiken,1993). De factoren ervaring en kennis spelen volgens dit onderzoek geen grote rol als het gaat om het gebruik van beeldbellen. Ook Venkatesh en Davis (2000) en het TAM 2 model geven aan dat ervaring van invloed is op de "percieved usefulness" en op de intentie om een technologie te gebruiken. Dit onderzoek minimaliseert de rol van deze factoren. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat ook al hadden de deelnemers weinig kennis en ervaring met beeldbellen, ze beeldbellen wel als eenvoudig te leren inschatten. Een andere verklaring voor het feit dat kennis en ervaring in dit onderzoek weinig zegt over de intentie, zou kunnen zijn dat de deelnemers het vergaren van de nodige kennis als eenvoudig inschatten. Een gebrek aan kennis en ervaring is dus in dit geval voor de deelnemers geen rede om geen gebruik van beeldbellen te gaan maken.

Met de attitude ten opzichte van de computer, de laptop of tablet wordt niet direct de attitude ten opzichte van het gewenste gedrag (beeldbellen) gemeten en dit geval is te vergelijken met de "perceived ease of use" en de "perceived ease of learning" van het gebruik van beeldbellen. Hoe

mensen over de computer, tablet of laptop denken is niet dwingend conform met hoe mensen over het gebruik van beeldbellen denken. De attitude ten opzichte van de computer etc. lijkt ook van weinig invloed te zijn op de intentie om beeldbellen te gaan gebruiken. De gevonden resultaten komen dus niet overeen met wat de literatuur zegt. Onder andere Venkatesh en Davis (2000) en Ajzen (1985, 1991) gaan er van uit, dat de attitude ten opzichte van de apparaten van invloed is op de intentie om het gewenste gedrag door middel van deze apparaten te vertonen. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn, dat de attitude ten opzichte van de apparatuur niet veel zegt over hoe mensen over beeldbellen denken. Uit dit onderzoek is gebleken, dat zowel de geschatte eenvoudigheid van de beeldbelvaardige apparaten en de attitude van mensen ten opzichte van deze apparaten volgens de deelnemers weinig invloed heeft op de intentie om beeldbellen te gaan gebruiken. In eerdere onderzoeken zoals bij Venkatesh (2000) is gebleken dat de manier waarop mensen over de apparatuur denken van grote invloed is op de intentie om specifieke programma's zoals beeldbellen te gaan gebruiken.

Net als bij de geschatte eenvoudigheid van beeldbellen lijkt de directe attitude ten opzichte van het gewenste gedrag wel van invloed te zijn op de intentie in tegenstelling tot de attitude ten opzichte van beeldbelvaardig apparatuur. De Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1985, 1991) en het Technology Acceptance Model 2 (Venkatesh & Davis, 2000) schrijven een grote rol toe aan de invloed van attitude op de intentie om het gewenste gedrag te vertonen. Samenvattend kan dus gezegd worden, dat de geschatte eenvoudigheid en de attitude ten opzichte van het directe gewenste gedrag (beeldbellen) van invloed zijn op de intentie. De manier waarop over de apparatuur gedacht wordt, blijkt niet van grote invloed te zijn volgens dit onderzoek. Het is van belang dat hier vervolgonderzoek naar verricht wordt.

In de literatuur zijn verschillende voor- en nadelen van beeldbellen genoemd. De genoemde voor- en nadelen kunnen als goede basis voor vervolgonderzoek dienen. Want "perceived benefits" en "perceived barriers" zijn van groot belang voor de implementatie. Nadelen als dat mensen met een slechte mentale gesteldheid slecht gebruik zouden kunnen maken van beeldbellen kunnen verholpen worden. Deze mensen zouden bijvoorbeeld speciale begeleiding kunnen krijgen. Ook door aan te tonen dat de verbinding veilig is en hier instructie over te geven kunnen ervaren nadelen verminderd worden. En tot slot kunnen er door bijvoorbeeld cursussen te geven, sociale contacten gelegd worden, in plaats van dat deze verminderen. De deelnemers die aangaven de intentie te hebben om beeldbellen

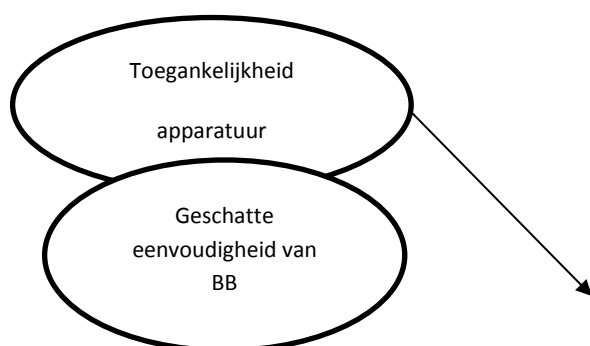
te gaan gebruiken in de toekomst noemden zowel voor –als nadelen. En de persoon die aangaf geen gebruik van beeldbellen te willen gaan maken kon ook voor-en nadelen bedenken. De deelnemers van dit onderzoek gaven aan dat deze factoren minder van belang waren met betrekking tot de intentie om beeldbellen in de gezondheidszorg te gaan gebruiken. Dat de genoemde voor- en nadelen weinig zeggen over het feit of de deelnemers gebruik zouden willen gaan maken van beeldbellen zou met het feit dat de voor- en nadelen onderdeel uit maken van de algemene attitude van de deelnemers ten opzichte van beeldbellen. Voor vervolgonderzoek zou het interessant kunnen zijn om uit te zoeken hoe de verwachte voor- en nadelen de attitude ten opzichte van het gedrag beïnvloeden.

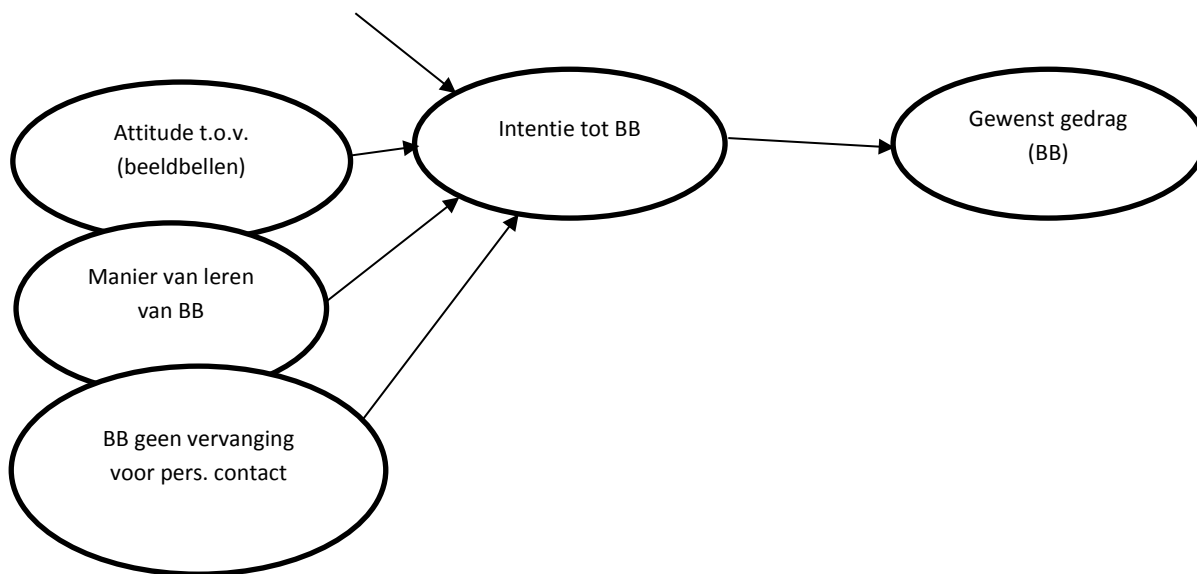
Onderzoek heeft aangetoond dat fysiologische processen slechter worden naar mate mensen ouder worden. Ouderen zijn niet meer zo goed in staat om complexe informatie te verwerken (Birren, Woods & Williams, 1980). Een belangrijke implicatie van dit feit is de manier van leren van de nieuwe programma's of technologieën. Dit is ook wel het belangrijkste gevonden resultaat, waarvan de meeste deelnemers aangaven dat het van grote invloed op hun intentie is. De geïnterviewde mannen en vrouwen waren heel duidelijk over hoe ze beeldbellen het liefste zouden leren en als dit niet op deze manier gebeurt dan zullen er waarschijnlijk minder mensen gebruik van gaan maken. Herhaling was een belangrijk punt, wat de deelnemers van het onderzoek noemden. Dit komt overeen met bijna elke grote leertheorie zoals de theorie van het klassische conditioneren van Pavlov (Bouton, 1993) , het operante conditioneren van Skinner (1953) of de leertheorie van Watson (1913). Verder was het voor hun van belang dat ze het zelf konden oefenen en het niet alleen maar voorgedaan werd. Een ander belangrijk punt als het om de manier van leren ging, was voor de geïnterviewde mannen en vrouwen het tempo. Beeldbellen zou hun in een tempo uitgelegd moeten worden, wat zij bij zouden kunnen houden. Deze aspecten van de factor “manier van leren” zijn volgens de deelnemers van dit onderzoek van grote invloed op de intentie om beeldbellen in de gezondheidszorg te willen gaan gebruiken. De modellen van Venkatesh en Davis (2000) en de theory of planned behavior van Ajzen (1985,1991) laten de manier van leren alle buiten beschouwing. Dat de manier van leren van groot belang is voor de implementatie van beeldbellen in de gezondheidszorg is hierdoor ook evident geworden. Een aanbeveling op basis van dit onderzoek zou dus kunnen zijn om al tijdens het leren van beeldbellen, een interventie plaats te laten kunnen vinden. Als een artspraktijk of een ziekenhuis

besluit gebruik te gaan maken van beeldbellen, dan zouden ze mensen op pad kunnen sturen om beeldbellen aan de ouderen uit te leggen. Een aanbeveling op basis van dit onderzoek zou zijn, dat deze “beeldbel-specialisten” dan naar het huis of appartement van de ouderen patiënten toe zouden moeten gaan om beeldbellen met de ouderen te oefenen. Dit zou een paar keer moeten gebeuren, afhankelijk van hoe snel iemand er mee leert omgaan en hoe zeker de patiënt zich in de omgang ermee voelt. Een probleem bij de implementatie was volgens de geïnterviewde het feit dat veel ouderen onzeker zijn in de omgang met nieuwe technologieën of programma’s. Verder zou een mogelijk vervolgonderzoek in kunnen gaan op de gevonden determinant “manier van leren”. Dit zou als experiment opgezet kunnen worden. Deelnemers zouden bijvoorbeeld in drie verschillende categorieën ingedeeld kunnen worden. Eén groep zou geen instructie krijgen hoe ze beeldbellen moeten gebruiken, de tweede groep zou een beschrijving op papier krijgen en de derde groep zou beeldbellen door een instructeur of instructrice uitgelegd krijgen.

Naast de “manier van leren” is er nog een factor gevonden, die in de literatuur en in de modellen van Venkatesh en Davis (2000) en Ajzen (1985, 1991) buiten beschouwing gelaten is. Deze factor is volgens het onderzoek van invloed op de intentie om beeldbellen te gaan gebruiken. Veel deelnemers gaven aan dat ze beeldbellen alleen maar zouden gebruiken, als de mogelijkheid om naar de arts toe te gaan zou blijven bestaan. Zo niet zouden ze het liever niet gebruiken. Het is dus voor de implementatie van beeldbellen belangrijk dat dit heel duidelijk gesteld wordt, zodat de ouderen niet aan de twijfel raken. Dit zou hun intentie op een negatieve manier beïnvloeden.

Op basis van dit onderzoek kan een nieuw model geïntroduceerd worden, wat specifiek is ontworpen voor de doelgroep “ouderen boven de 70 jaar” en voor de intentie tot het gebruik van beeldbellen in de gezondheidszorg. Het is wel van belang dat er vervolgonderzoek gedaan wordt naar dit nieuwe model wat een aangevulde combinatie is van het Technology Acceptance model 2 van Venkatesh en Davis (2000) en de Theory of planned behavior van Ajzen (1985, 1991). Beeldbellen wordt in dit figuur afgekort met BB.





Figuur X. *Nieuw model op basis van TPB en TAM 2.*

5.6 Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Dat negen van de tien participanten gebruik wouden gaan maken van beeldbellen, laat blijken dat beeldbellen in de gezondheidszorg in de ouderenpopulatie goed geaccepteerd zou kunnen worden. Mits de voorwaarden zoals de manier van leren en zo voort behouden worden. In hoeverre de verschillende factoren van invloed zijn op de intentie en welke betekenis de deelnemers aan deze factoren toekennen is in dit onderzoek goed duidelijk geworden. Een sterk punt van dit onderzoek was het feit dat er niet alleen maar een vragenlijst bij de deelnemers is afgenomen, maar dat de interviews face to face hebben plaatsgevonden. Op deze manier was er een veel uitgebreidere interactie mogelijk en kon er meer waardevolle informatie verkregen worden. In dit onderzoek om te kijken welke betekenis de deelnemers aan de factoren toekennen. Het is wel belangrijk om rekening te houden met het feit dat er naar intentie van het gedrag “beeldbellen” is gevraagd. Dat mensen zeggen dat ze iets gaan doen betekent niet dat ze het gedrag daadwerkelijk zullen gaan vertonen. Dit heet de intention-behavior gap. Intentie verklaart niet honderd procent van het gedrag.

Door de kwalitatieve aard van het onderzoek was er veel ruimte voor de interpretaties van de factoren door de deelnemers. Ze hebben vaak heel goed en uitgebreid duidelijk kunnen maken in hoeverre ze

de verschillende factoren van belang achtten. De mensen waren niet in hun antwoordmogelijkheden gelimiteerd. Door dat het interview op deze manier plaats vond, konden de mannen en vrouwen meer vertellen en zo is duidelijk geworden dat bijvoorbeeld de manier van leren heel belangrijk voor de ouderen is.

Dat er veel ruimte was voor open interpretaties van de vragen in het interview en de factoren op zich is ook een zwak punt van dit onderzoek. Door dat het interview zo open geformuleerd was, was het mogelijk geweest dat de deelnemers bepaalde dingen op verschillende manieren interpreteren.

Een zwak punt van dit onderzoek was verder nog dat het de mensen alleen aan de hand van foto's en een beschrijving uitgelegd werd hoe beeldbellen werkt. Ideaal zou het zijn geweest als de ouderen het zelf een paar keer hadden kunnen proberen, om echt een goed idee te krijgen van wat beeldbellen precies inhoudt. Gevolg hiervan was het feit dat mensen het over voor hun heel abstracte dingen hadden. Ze konden vaak alleen maar over hun intentie en welke invloed de determinanten hierop hadden speculeren.

Ook het codeerproces had anders kunnen verlopen. Het was beter geweest als er een tweede codeur was geweest met oog op de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

Dit onderzoek heeft bloot gelegd dat de bestaande gedragsmodellen niet zonder meer overgenomen kunnen worden als het om de doelgroep ouderen boven de 70 jaar en om het specifieke gedrag "beeldbellen" gaat. De invloed van belangrijke factoren, zoals kennis en ervaring, subjectieve en sociale norm, attitude en geschatte eenvoudigheid van gebruik van de computer, laptop of tablet, de voor- en nadelen en de bruikbaarheid, uit de bestaande modellen werd door dit onderzoek geminimaliseerd. En twee nieuwe factoren zijn duidelijk ten voorschijn gekomen. Het voorgestelde model uit figuur 3 zal in vervolgonderzoek nader onderzocht moeten worden, om te kijken of het ook in grotere steekproeven op deze manier tot uiting komt. Dit onderzoek heeft specifiek de doelgroep ouderen boven de 70 en de intentie tot het gedrag beeldbellen onderzocht en heeft hier concrete uitspraken over kunnen doen.

Referenties

- Adler R. (2006). *Older Americans, broadband and the future of the net*. Santa Clara, CA: SeniorNet.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. *Springer Verlag, Action control: From cognition to behavior*, pp. 11-39.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, pp. 179-211.
- Ajzen, I., Fishbein, M. (1980) *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1980.
- Armfield, N.R., Gray, L.C., Smith, A.C. (2012). Clinical use of Skype: A review of the evidence base. *Journal of Telemedicine and Telecare* 18(3)pp. 125-127.
- Bagozzi, R. P. (1981). Attitudes, Intentions, and Behavior: A Test of Some Key Hypotheses, *Journal of Personality and Social Psychology* 41(4)pp. 607-627.
- Bayer, S., Barlow, J., & Curry, R. (2007). Assessing the impact of a care innovation: telecare. *System Dynamics Review*, 23(1), 61-80.
- Bekkers, R. (2000). Kerklidmaatschap en participatie in vrijwilligerswerk. *Sociologische Gids* 47(4) pp. 268-292.
- Binnekade, T.T., Eggermont, L.H.P. & Scherder, E.J.A. (2012). *Onbewogen om te bewegen: lichamelijke (in)activiteiten in zorginstellingen*. Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Bischoff, R.J., Hollist, C.S., Smith, C.W., & Flack, P. (2004). Addressing the mental health needs of the rural underserved: Findings from a multiple case study of a behavioral telehealth project. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 26, pp. 179-198.
- Blanson Henkemans, O.A., Molema, J.J.W., Alpay L.L., Schoone M., Otten, W., van der Boog, P.J.M., Rövekamp, A.J.M., Hilgersom, M.J.C. & Dumay, A.C.M. (2010). Innovaties voor zelfmanagement: ontwikkelen van diensten en technologie voor duurzame gezondheidszorg. 88(3)pp. 122.
- Bouton, M.e. (1993). Context, time and memory retrieval in the interference paradigms of Pavlovian learning. *Psychological Bulletin*, 114, pp. 80-99.
- Czaja SJ, Charness N, Dijkstra K, Fisk AD, Rogers WA, Sharit J. (2006). Create common core battery of measures: Technical Report, Atlanta, GA. *Center for Research and Education on Aging and Technology Enhancement*.
- Czaja SJ, Lee CC. (2007). The impact of aging on access to technology. *Univ Access Inform Soc*, (5),

- 341–349.
- Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quart.* 13(3), pp. 319–339.
- Davis, F. D., Bagozzi, R. P., and Warshaw, P. R. "User Acceptance of Computer Technology: A Comparison of Two Theoretical Models," *Management Science*, 35, pp.982-1003.
- Dobscha, S.K., Corson, K., Pruitt, S., Crutchfield, M., & Gerrity, M.S. (2006). Measuring depression and pain with home health monitors. *Telemedicine Journal and E-Health*, 12, pp.702-706.
- Drossaert, S., & Gemert-Pijnen, L. van (2010). *Gezondheidspsychologie bij patiënten*. EHealth.
- Eagly, A. H. and Chaiken, S. (1993). *The Psychology of Attitudes*, Harcourt Brace Jovanovich Inc., Orlando, FL.
- Eysenbach, G. (2001). What is eHealth? *Journal of Medical Internet Research* 3(2).e20.
- Eysenbach, G. (2008). Social networking, collaboration, participation, apomediation and openness. *J Med Internet Res*, 10(3),e22.
- Fishbein, M., I. Ajzen. (1975). Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research. *Addison-Wesley, Reading, MA*.
- Glerum, E. (2012). *Wat zijn ouderen?* Regionale VTV, Regionaal Kompas Volksgezondheid Zuid-Holland West. Zoetermeer: GGD Zuid-Holland West, Regionaal Kompas Zuid-Holland West.
- Goudswaard, K.P. (2009). Inspelen op vergrijzing, *AE Consultancy*, pp.1-8.
- Grossman, J. (2008). Disruptive innovation in health care: Challenges for engineering. *The Bridge*. 38(1).<http://www.nae.edu/Publications/Bridge/EngineeringandtheHealthCareDeliverySystem/DisruptiveInnovationinHealthCareChallengesforEngineering.aspx>. [Ref list]
- Hall D., Mansfield R. (1975). Relationships of age and seniority with career variables of engineers and scientists. *Journal of Applied Psychology*, 60, pp. 201-211.
- Hilty, D.M., Yellowlees, P.M., & Nesbitt, T.S. (2006). Evolution of telepsychiatry to rural sites: Changes over time in types of referral and in primary care providers' knowledge, skills and satisfaction. *General Hospital Psychiatry*, 28, pp. 367-372.
- Hoeymans, n., Timmermans, J.M., Klerk, M.M.Y., Boer, A.H., Deeg, D.J.H., Poppelaars, J.L., Thissen, F., Droogleever, J.C., Fortuijn, Hollander, A.E.M. (2005). *Gezond actief: De relatie tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie onder Nederlandse ouderen*. RIVM Rapport 270054001/2005.
- De Jong, A., van Duin, C. (2009). Regionale prognose 2009-2040: Vergrijzing en omslag van groei naar krimp. *Planbureau voor de leefomgeving, Centraal Bureau voor de statistiek*.
- Klerk, M.M.Y. de (red.), 2004, *Rapportage ouderen 2004; Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en cultureel Planbureau.
- Luxton, D.D., Sirotnin, A.P., & Mishkind, M.C. (2010). Safety of telemental healthcare delivered to clinically unsupervised settings: a systematic review. *Telemedicine Journal and eHealth*, 16(5), pp.705-711.
- Marshall, M.N. (1961). Sampling for qualitative research. *Family Practice* 1996. (13), 522-525.
- Miller, D.I., Aubé, F., Talbot, V., Gagnon, M., and Messier, C. (2014) *Telemedicine and e-Health*. 20(2), pp.152-156.
- Miller, T.W., Clark, J., Veltkamp, L.J., et al. (2008). Teleconferencing model for forensic consultation, court testimony, and continuing education. *Behavioral Sciences and the Law*, 26, pp.301-331.
- Mitzner, T.L., Boron, J.B., Fausset, C.B., Adams, A.E., Charness, N., Czaja, S.J., Dijkstra, K., Fisk, A.D., Rogers, W.A., Sharit, J. (2010). Older Adults Talk Technology: Technology Usage and Attitudes. *Computers in Human Behavior* 26.6(6), pp.1710-1721.
- Moore, G. C., I. Benbasat. (1991). Development of an instrument to measure the perceptions of adopting an information technology innovation. *Inform. Systems Res.* 2,pp. 192-222.

- Oliver R.L., Bearden W.O. (1985). Crossover effects in the theory of reasoned action: A moderating influence attempt. *Journal of Consumer Research*, 12, pp. 324-340.
- Reinicke J., Schmidt P., Ajzen I. (1996). Application of the theory of planned behavior to adolescents' condom use: A panel study. *Journal of applied Psychology*, 26, pp. 749-772.
- Van Rijen, A.J.G. (2005). *Internetgebruiker en veranderingen in de zorg*. Flycatcher, Raad voor de Volksgezondheid en zorg.
- Rubenstein, L.Z. (2006). Clinical risk assessment, interventions and services Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing*. pp35-37:
- Sarasohn-Kahn, J. (2010). Tele-health beginning to go mainstream, but long road lies ahead. *IHealth Newsletter*.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and Human Behavior*. New York: Macmillan.
- Starling, J., & Foley, S. (2006). From pilot to permanent service: Ten years of pediatric telepsychiatry. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12, pp. 80-82.
- Stoeldraijer, L., v. Duin, C., & Janssen, F. (2012). Bevolkingsprognose 2012-2060: Model en veronderstellingen betreffend de sterfte. *Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)*.
- Taylor, S., Todd, P. (1995). Assessing IT Usage: The Role of Prior Experience. *MIS Quarterly*, 19, 4, pp. 561-570.
- Venkatesh, V. (2000). Determinants of Perceived Ease of Use: Integrating Control, Intrinsic Motivation, and Emotion into the Technology Acceptance Model. *Information Systems Research*, 11, 4, pp. 342-365
- Venkatesh, V., Davids, F.D. (2000). A Theoretical Extension of the Technology Acceptance Model Four Longitudinal Field Studies. *Management Science INFORMS*. 46, 2, pp. 186-204.
- Watson, J.B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20, pp.158-177.
- Woittiez, I., Eggink, E., Jonker, J.J. & Sadiraj, K. (2009). Vergrijzing, verpleging en verzorging. Ramingen, profielen en scenario's 2005-2030. *Sociaal en Cultureel Planbureau*.
- World Health Organization (2010). *Medical devices: managing the mismatch. Barriers to innovation in the field of medical devices*. Background Paper 6. Geneva, Switzerland: WHO.
- Zajicek, M. (2006). Aspects of HCI research for older people. *Universal Access Information Society*, 5, pp. 279-286.

Bijlage

Bijlage 1
<i>Interviewschema</i>

Eerst Introductie (zie Bijlage 2)

Toegankelijkheid

1: Heeft u een computer, tablet etc. ?

1.2: Zo nee, zou u die van een ander kunnen gebruiken?

1.3: Zou u dat ook doen?

1.4: Waarom wel, waarom niet?

Ervaring

2: Welke ervaringen met de computer, de tablet of laptop heeft u in het verleden opgedaan?

2.2: Hoe vaak heeft u er gebruik van gemaakt? (dagelijks, wekelijks, maandelijks, minder?)

Kennis & Vaardigheden

3: Hoe schat u uw eigen kennis van computers in op een schaal van 1-10?

3.1: Waarom cijfer x en niet hoger/lager/ hoger of lager?

3.2: Wat maakt het gebruik van computers voor u lastig? Wat voor soort kennis ontbreekt er? Wat lukt er niet?

3.3: Zou u deze dingen willen leren?

3.4: Zo niet, waarom niet? - Zo ja, waarom wilt u dat leren?

Attitude ten opzichte van computers

4: Wat vindt u van computers?

4.1: Wat vindt u van de technologisering van de zorg, spreek dat er steeds meer gebruik wordt gemaakt van de computer, het internet, van de tablet enz. in de gezondheidszorg?

“Wat is beeldbellen?” (zie Bijlage 3)

5: Mocht het mogelijk zijn, zou u gebruik van beeldbellen gaan maken?

Toegankelijkheid

Ervaring en kennis

Eenvoudigheid van gebruik van de computer

Attitude ten opzichte van computer

Eenvoudigheid van het gebruik van beeldbellen

Attitude ten opzichte van beeldbellen

Ervaren bruikbaarheid

Voordelen

Nadelen

Subjectieve norm of Sociale norm

Gezondheid

Eenvoudigheid van gebruik van beeldbellen

6: Hoe lastig denkt u dat beeldbellen is?

6.1: Welke dingen maken het lastig?

6.2: Zou u de dingen die het lastig maken willen leren?

6.3: Zo niet, waarom niet? Zo ja, waarom wel?

Attitude ten opzichte van beeldbellen

7: Wat vindt u van beeldbellen in de gezondheidszorg?

Ervaren bruikbaarheid

8: Hoe nuttig schat u beeldbellen in de gezondheidszorg in?

8.1: Waarom? (wel of niet?) welke factoren?

Voordelen

9: Welke voordelen heeft beeldbellen in de gezondheidszorg volgens u?

Nadelen

10: Welke nadelen brengt beeldbellen in de gezondheidszorg met zich mee?

Subjectieve norm & Image

11: Wat denkt u wat uw familie, vrienden en bekenden ervan zouden denken als u beeldbellen zou gaan gebruiken?

Positief: denkt u dat het uw intentie kan beïnvloeden?

Negatief: denkt u dat het uw intentie kan beïnvloeden?

Gezondheid

12: In hoeverre denkt u dat uw gezondheidstoestand uw gebruik van beeldbellen zal beïnvloeden?

Eindvraag:

Samenvattend

Zou u gebruik gaan maken van beeldbellen in de gezondheidszorg en wat zijn hier de belangrijkste redenen voor?

Bijlage 2

<i>Introductie</i>

Begin met introductie

- Naam
- Universiteit Twente
- Onderzoek voor bachelor these
- Doel van onderzoek
- Lengte van interview
- “Heeft u vragen?”
- Invullen Informed consent (zie Bijlage 4)
- Invullen persoonlijke gegevens (zie Bijlage 5)
- Vragen 1-4
- Introductie “wat is beeldbellen?” (zie Bijlage 3)
- Vragen 5-12

Voorbeeld:

Hallo, mijn naam is Kaija Troost en ik studeer aan de Universiteit van Twente. Ik ben bezig met mijn bachelor these en hiervoor doe ik onderzoek naar of beeldbellen door ouderen gebruikt zou kunnen worden in de gezondheidszorg. Wat maakt dat het wel en niet gebruikt zal worden om iets specifieker te zijn. Daarvoor ga ik u nu in de komende ca. 40 minuten interviewen. Als u tijdens het interview vragen heeft of iets niet duidelijk is dan stelt u deze gerust.

Doel van het onderzoek is om naar de factoren te kijken die uitmaken of beeldbellen wel of niet gebruik zal worden door ouderen. De samenleving is aan het vergrijzen, dit houdt in dat steeds meer mensen ouder worden en er steeds minder mensen geboren worden. Op een gegeven moment zullen er meer ouderen zijn, die zorg nodig hebben dan mensen die zorg aan de ouderen kunnen verlenen. Het is dus van belang dat er naar oplossingen voor dit probleem gezocht wordt. Door gebruik te gaan maken van beeldbellen in de zorg zou er bezuinigd kunnen worden maar niet ten koste van de kwaliteit van de zorg. Ik ga u in de volgende ca. 40 minuten verschillende vragen stellen. Ik zal u eerst vragen stellen over de computer, de tablet etc. en daarna zal ik een korte uitleg geven over wat beeldbellen precies inhoud. Na deze uitleg zal ik nog een paar vragen over beeldbellen stellen

Uw gegevens zullen anoniem verwerkt worden. Ik heb mijn mobiele telefoon bij me om ons gesprek op te nemen. Alleen ons gesprek zal opgenomen worden. De webcam staat uit, u wordt dus niet gefilmd of op een andere manier opgenomen. Het gesprek ga ik later analyseren en de gegevens zullen voor derden anoniem zijn. Uw naam en uw verdere gegevens zullen dus niet bekend worden gemaakt.

Zoals ik al zei kunt u op elk moment tijdens het interview vragen stellen over het interview. Mocht u op een gegeven moment niet door willen gaan met het interview dan beëindigen wij het interview gelijk. U zult hiervan geen nadelige gevolgen ondervinden en u hoeft geen redenen te noemen waarom u het interview beëindigt.

Als u nu zo vriendelijk zou willen zijn om deze twee formulieren (informed consent en persoonlijke gegevens) te lezen en in te vullen dan kunnen wij spoedig met de afname van het interview beginnen.

Bijlage 3
<i>Wat is beeldbellen?</i>

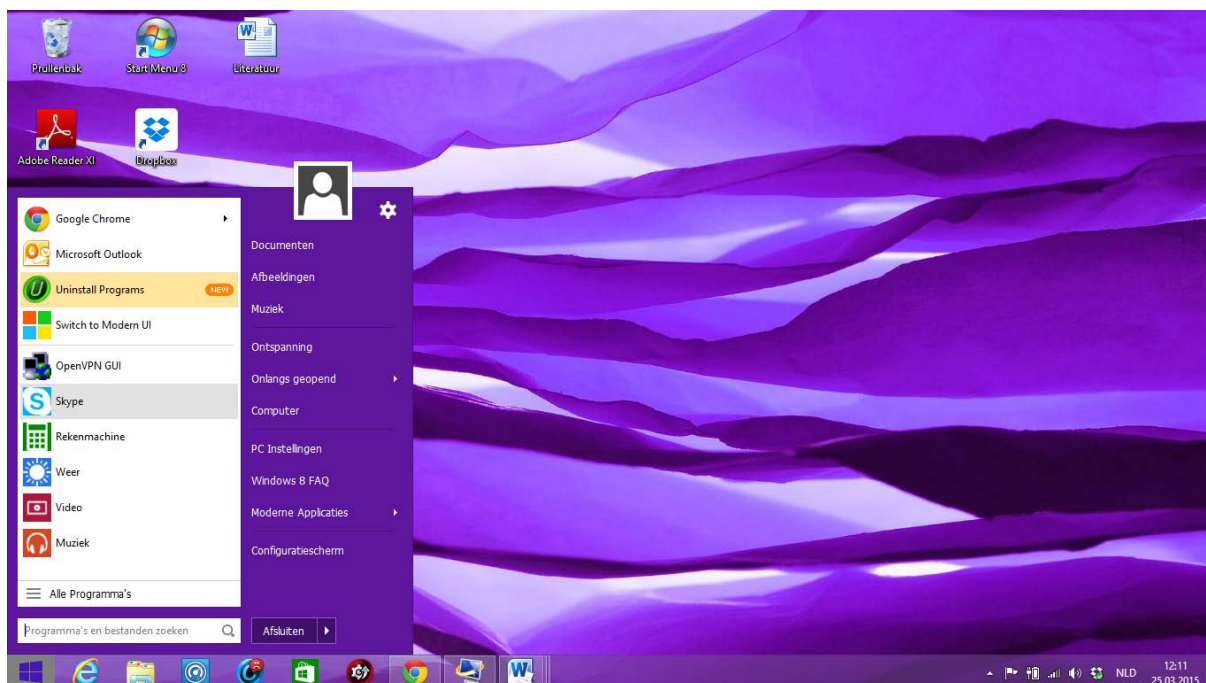
“Wat is beeldbellen”

Beeldbellen doet u via de computer. Er zijn verschillende applicaties/ programma's waarmee u kunt beeldbellen. Een van deze programma's is Skype. Aan de hand van Skype zal ik u straks uitleggen hoe beeldbellen werkt. Maar eerst zal ik het erover hebben waarom u beeldbellen zou kunnen gebruiken. Door middel van beeldbellen kunt u in contact kunt treden met uw huisarts of uw arts/ verpleegkundige in het ziekenhuis via uw eigen computer of tablet. In een paar stappen die ik u zo uit ga leggen kunt u door middel van uw computer uw arts of verpleegkundige niet alleen horen, maar ook zien. Beeldbellen zorgt dus ervoor dat u met uw arts kunt consulteren zonder van huis weg te moeten gaan. Hiermee spaart u zowel tijd, moeite, transportkosten enz. Beeldbellen dient gebruikt te worden als u lichte klachten heeft, als u vragen over uw medicijngebruik heeft of als u andere soort vragen heeft. Als u ernstige klachten heeft dan is het van belang dat u wel naar het ziekenhuis of naar de praktijk van uw arts gaat.

Uitgelegd door middel van Skype

Scenario: U heeft lichte klachten omdat u pijn heeft in uw linker heup. Voor de zekerheid lijkt het u een goed idee om uw arts te consulteren over wat u nu het beste kunt doen. In plaats van naar de praktijk of naar het ziekenhuis te gaan gaat u nu gebruik maken van beeldbellen via uw computer of tablet in eigen huis.

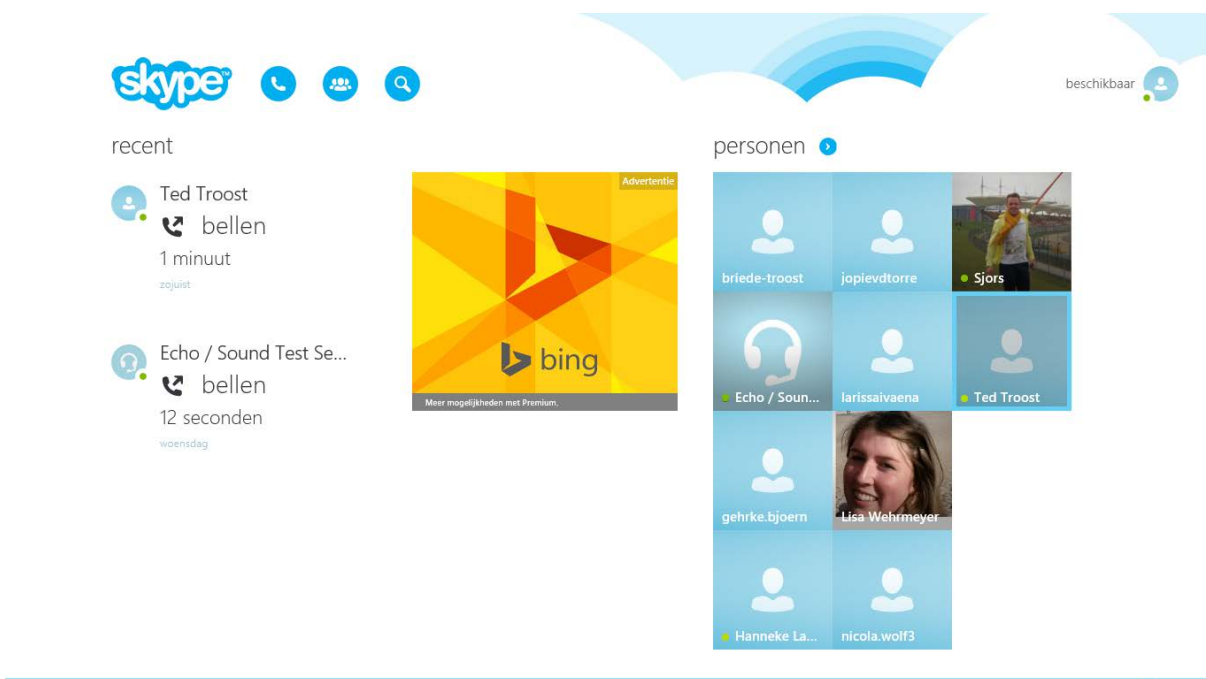
Stap 1 START Venster op computer. Klik op Skype.



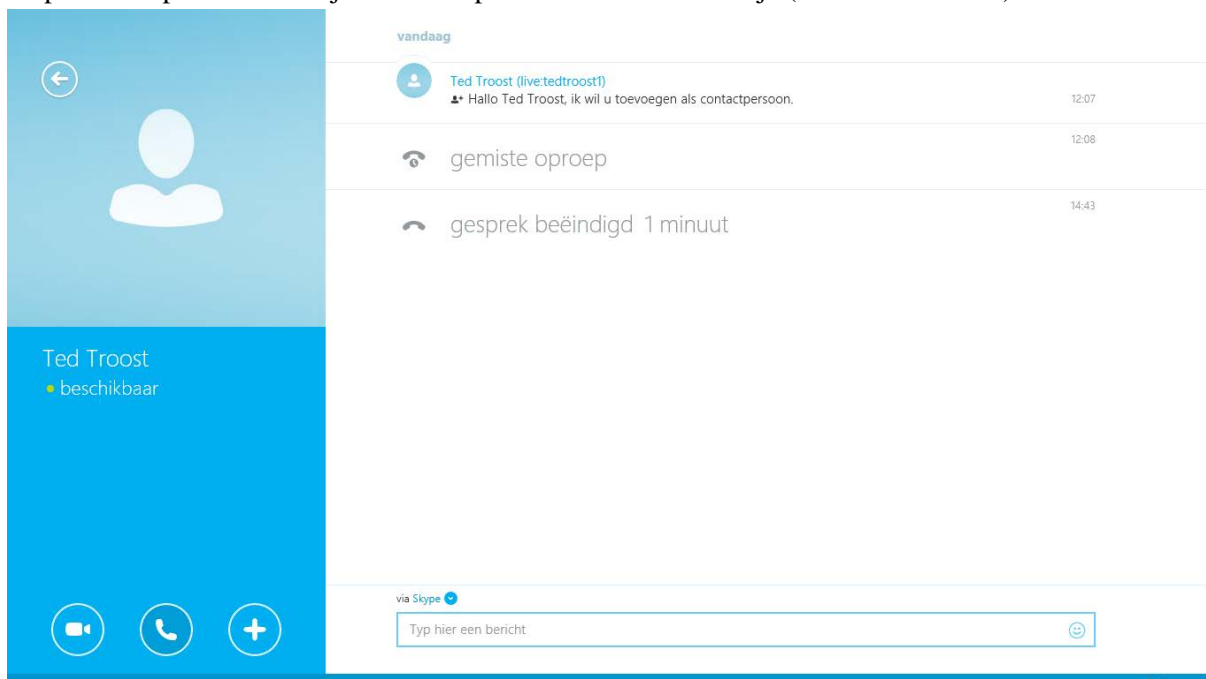
Stap 2 Skype laadt. Wacht een moment.



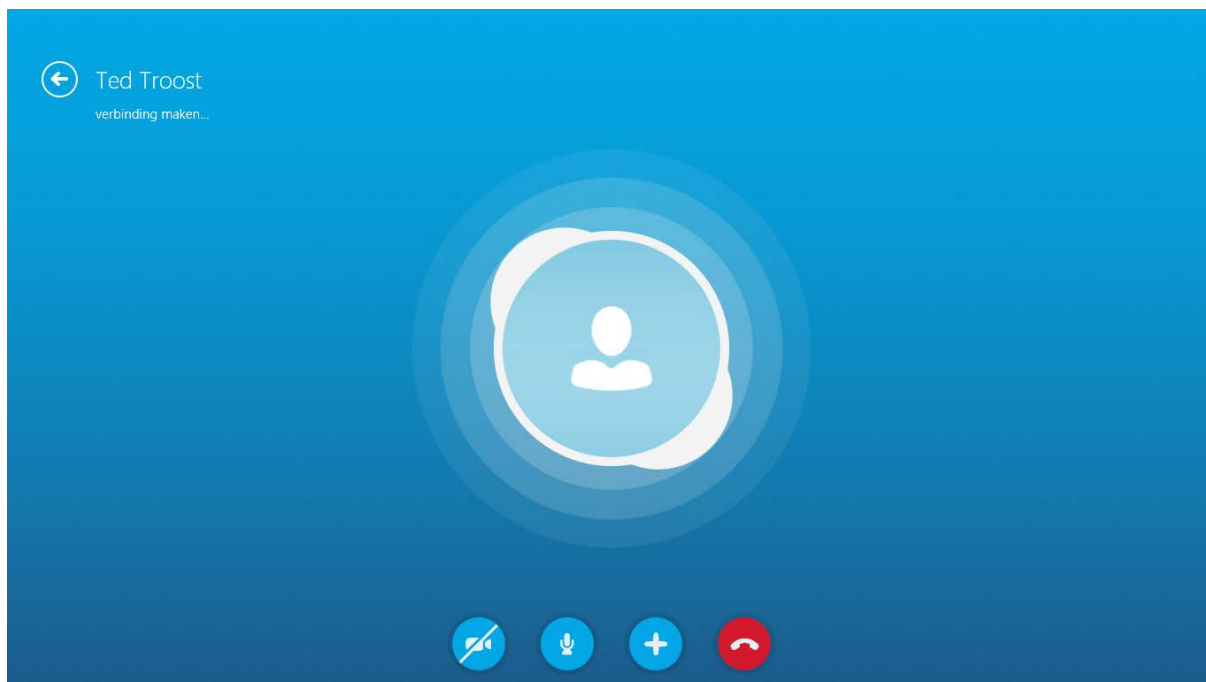
Stap 3 Kies uit personen uw doctor en klik op de naam. In dit geval is de naam van mijn doctor Ted Troost.



Stap 4 Klik op het telefoontje en de knop links van het telefoontje (De videocamera).



Nu hoort u de telefoon overgaan. U wacht tot de doctor aan de andere kant van de lijn opneemt.



Stap 5 Nu kunt u met uw arts praten en hem of haar tegelijkertijd zien.



U kunt het nu over de klachten die u in uw heup heeft met de arts hebben. U kunt aan hem of haar laten zien waar de klachten zich precies lokaliseren in uw heup en wat de consequenties van de pijnlijke heup zijn. Uw arts kan u vertellen wat er te doen is en u kunt als het nodig is een afspraak maken. Aan het einde van het gesprek drukt u op het rode telefoontje aan de rechter kant van het scherm en op deze manier sluit u het venster en het contact met uw arts is nu verbroken.

Bijlage 4

<i>Informed consent (Toestemmingsverklaringsformulier)</i>
--

Toestemmingsverklaringsformulier (informed consent)

Titel onderzoek: *Intentie van ouderen boven de 70 jaar om beeldbellen te gaan willen gebruiken in de gezondheidszorg*

Verantwoordelijke onderzoeker: Kaija Troost

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en het doel van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik begrijp dat audiomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaft van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

Datum:

Handtekening deelnemer:

In te vullen door uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:

Datum:

Handtekening onderzoeker:

Bijlage 5
<i>Persoonlijke gegevens</i>

Persoonlijke gegevens

Proefpersoon Nr. (ingevuld door onderzoeker):

Naam

Leeftijd

Geslacht

Hoe vaak gaat u gemiddeld per 6 maanden naar de huisarts of naar het ziekenhuis? :

.....

Woonachtig in:

.....

Uw gegevens zullen in dit onderzoek anoniem worden verwerkt.

Datum:

Handtekening: