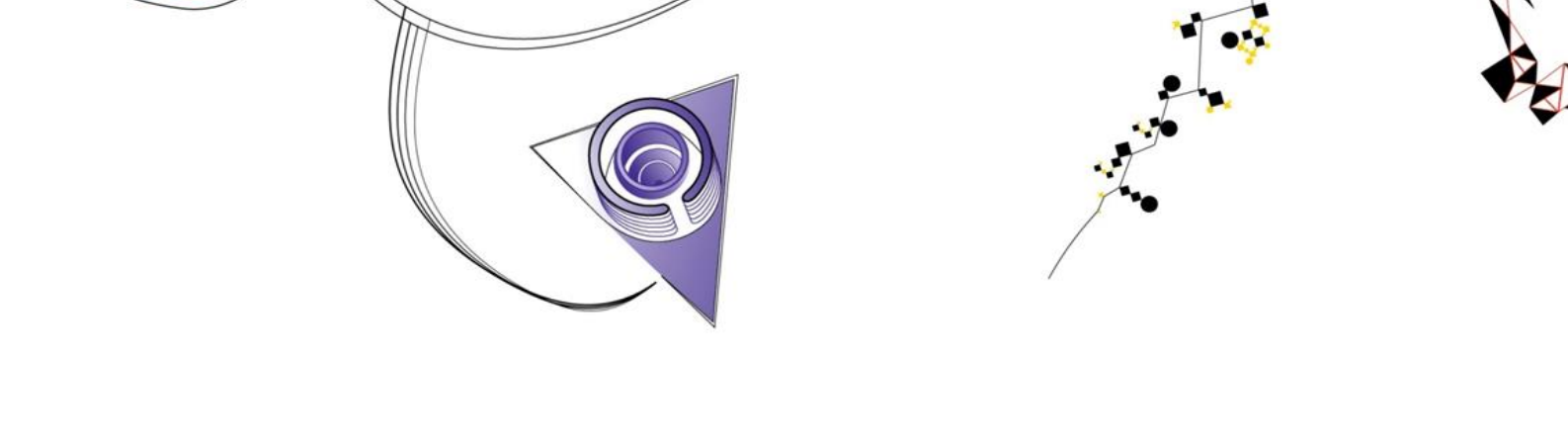
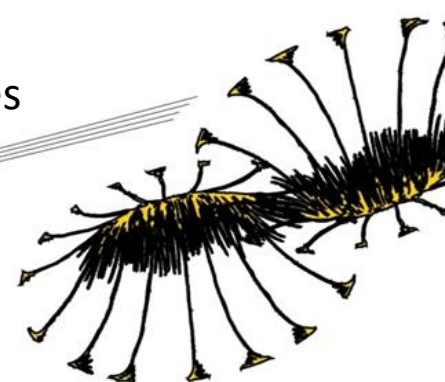




Understanding the interplay of Motivation and Contextual Factors in eHealth Acceptance:

A Qualitative Study Exploring
Healthcare Professionals' Perspectives



Appendices

Graduation Committee

Dr. J. Karreman, 1st supervisor

Dr. S. Janssen, 2nd supervisor

Master Thesis

Annelies Bloemers

1721038

Date

August 2018

Bijlagen

Bijlage I:	Interviewschema
Bijlage II:	Casus Peter zonder en met virtuele assistent
Bijlage III:	Uitnodiging deelname onderzoek
Bijlage IV:	Presentatie tijdens onderzoek
Bijlage V:	Codeerschema
Bijlage VI:	Coderingen eerste en tweede codeur en Cohen's Kappa
Bijlage VII:	Gegevens participanten

Bijlage I: Interview schema

1. Introductie
- 1.1 Welkom, doel onderzoek/privacy participant/wat is komend uur de bedoeling/ geïnformeerde instemming
- 1.2 Kun je mij wat vertellen over wat voor werk je doet?
 - Aantal mensen in het team, + en – punten-
 - Waarom vak gekozen?

- 2 eHealth technologie
- 2.1 Hoe zou je eHealth omschrijven?
 - In welke fase van het zorgproces zou je het van toepassing vinden? Diagnose/behandeling/monitoring/zelfmanagement/preventive/evaluatie van zorg
- 2.2 Wat vind je van het gebruik van eHealth in de gezondheidszorg? En jouw specifieke werkgebied?
 - Uit onderzoek blijkt dat implementaties in ziekenhuizen achterblijft bij het potentieel. Wat zijn uw gedachten daarover?
- 2.6 Heb je zelf ervaring met eHealth? Nee → 3 Ja → 3 a

- 3a eHealth → Geen ervaring
- 3a.1 Kun je aangeven waarom je aangeven waarom je eHealth op dit moment niet gebruikt?
 - Factoren
- 3a.2 In hoeverre verwacht je in de toekomst gebruik te maken van eHealth?
 - Factoren (onder meer: eigen wensen, vakvereniging, organisatie, patiëntenbeweging, privacy/ wet- en regelgeving)

- 3 eHealth > Ervaring
- 3.1 Kun je de eHealth technologie waar je ervaring mee hebt kort beschrijven?
- 3.2 Wat gaf de aanleiding om met deze technologie te starten?
- 3.3 Welke doelen had je voor ogen/Verwachtingen?
- 3.4 In hoeverre zijn deze uitgekomen? (Waarom wel/niet)
- 3.5 In hoeverre ben je gefaciliteerd in het gaan gebruiken van de technologie?

3.6 Welke impact heeft eHealth op jouw dagelijkse werk van voor je met eHealth werkte?

- Rol in het proces (autonomie versus grotere mate van afhankelijkheid)
- Jouw waarden en persoonlijke drijfveren
- Betrokkenheid bij het zorgproces
- Kwaliteit van zorg
- Samenwerkingsrelaties
- Welke uitdagingen ervaar je?

3.7 In hoeverre verschilt dit van de verwachtingen die je had aan het begin?

3.8 Welke impact heeft de eHealth technologie op jouw competenties als zorgprofessional?

- Digitale vaardigheden
- Vaardigheden die passen bij een veranderende rol van jou als professional
- Gewenste ondersteuning

3.9 Welke impact heeft de technologie op patiënten in hun leven met de specifieke ziekte?

- Kwaliteit van leven
- Kwaliteit van zorg
- Betrokkenheid en rol
- eigen regie
- privacy ethische bezwaren?
- Vereiste vaardigheden
- Gewenste ondersteuning hierbij

>>>> Presentatie Scenario Virtuele Agent NOA <<<<

4 Kun je mij iets vertellen over wat dit scenario bij je oproept?

- In hoeverre vind je het scenario realistisch?
- Op welke termijn zou je zoiets voor je zien?
- Welke factoren spelen een rol: (onder meer: eigen wensen, vakvereniging, organisatie, patiëntenbeweging, privacy/ wet- en regelgeving? etc.)

4.1 Welke impact verwacht je dat eHealth heeft op jouw dagelijkse werk?

- Rol in het proces (autonomie versus grotere mate van afhankelijkheid)
- Jouw waarden en persoonlijke drijfveren
- Betrokkenheid bij het zorgproces
- Kwaliteit van zorg
- Samenwerkingsrelaties
- Te verwachten uitdagingen?
- Competenties en vaardigheden

4.2 Wat zijn je verwachtingen ten aanzien van de impact van eHealth op jouw competenties als zorgprofessional?

- Digitale vaardigheden
- Vaardigheden die passen bij een veranderende rol van jou als professional
- Gewenste ondersteuning

4.3 Wat verwacht je van de impact van deze technologie voor de patiënt in zijn leven met de specifieke ziekte?

- Kwaliteit van leven
- Kwaliteit van zorg
- Betrokkenheid en rol
- Vereiste vaardigheden
- Gewenste ondersteuning hierbij

4.4 Welke kansen en uitdagingen zie je ten aanzien van eHealth ontwikkelingen?

4.5 Welke factoren spelen een rol?

onder meer: eigen wensen, vakvereniging, organisatie, patiëntenbeweging, privacy/ wet- en regelgeving?)

Bijlage II: Casus zonder virtuele assistent (huidige situatie) en met virtuele assistent (toekomstig scenario met eHealth)

Casus Peter

Peter (59 jaar) is medewerker facilitaire dienst bij een groot schoonmaakbedrijf in Twente. Peter is van nature niet sportief, maar houdt wel van voetbal kijken en daar hoort een biertje bij. Dagelijks beweegt Peter te weinig ten opzichte van de aanbevolen norm (NNGB). Peter is een gadgetfreak. Zijn vrienden keken hem raar aan toen hij als een van de eersten een robotstofzuiger had. Zodra het op de markt kwam kocht Peter de Apple watch.

Jarenlang heeft Peter overgewicht. Zijn voornamelijk zittende beroep helpt hier niet erg bij. Op zijn 55e is Diabetes type 2 vastgesteld. Hiervoor heeft hij regelmatig controles bij de praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk. Peters' vrouw Anneke houdt erg van koken en is bewust met voeding bezig en nog meer sinds Peter de diagnose heeft gekregen.

Op het werk eet Peter tussen de middag stevast samen met collega's. Soms neemt hij boterhammen van huis mee, maar vaak eet hij een gehaktbal uit het vet of een kroketje. "Moet kunnen", vindt Peter. Immers is hij op aandringen van Anneke en de kinderen ook al een aantal jaren geleden gestopt met roken, terwijl zijn collega's nog vervente rokers zijn. Als Peter uit het werk komt, drinkt hij graag een biertje. Even stoom afblazen.

Na de diagnose diabetes type 2, is Peter, mede op aandringen van zijn vrouw en oudste dochter beter op zijn eetpatroon gaan letten. Vaker neemt hij boterhammen van huis mee die hij tussen de middag opeet. Ook is hij meer gaan bewegen. Eens per week, op woensdagavond, wandelt Peter zo'n zeven kilometer met de buurman, Carel. In het begin gaat het goed; Peter valt af en ruilt de kroketten en gehaktballen op het werk vaker in voor soepje en boterhammen met kaas. De wekelijkse wandelingen met de buurman zijn best gezellig. Peter voelt zich er goed bij. Door de weeks laat hij vaker de alcohol staan.

Na een paar maanden komt langzaam maar zeker de klad erin. Een stabiel gewicht blijft uitdagend. Steeds vaker neemt Peter een warme snack uit de kantine. Mede op aandringen van zijn collega's. De wekelijkse wandeling komt er al een aantal weken niet meer van. Peter komt aan. Dan, als hij wordt uitgedaagd door zijn schoonzoon om eindelijk eens een keer mee te gaan hardlopen om te zien of die ouwe nog een beetje mee kan komen, voelt Peter druk op de borst. Eerst legt Peter de oorzaak bij een verkoudheid. Wanneer hij tijdens een volgende intensive avondwandeling met Carel weer pijn op de borst merkt, twijfelt Peter en deelt dit met Anneke. De volgende dag gaan ze samen naar de huisarts. Na enkele onderzoeken verwijst deze Peter direct naar de cardioloog. Peter heeft vernauwde kransslagaderen en moest een operatie ondergaan met vijf omleidingen. De operatie gaat goed. Peter zal intensief moeten revalideren en de rest van zijn leven medicijnen moeten slikken. Geruime tijd zal naar de verpleegkundig specialist in het ziekenhuis moeten voor metingen. Peter accepteert het, maar is er niet blij mee.

Peter had sinds een jaar ook al problemen met plassen en slikt hiervoor plastabletten. Nadat hij in een boekje moet hij bijhouden hoeveel hij plast, moet hij nu ook thuis catheteriseren. om nierschade te voorkomen. Soms vergeet Peter het boekje mee te nemen en schrijft hij het op een briefje. Niet altijd even nauwkeurig.

Naast op zijn eet- en beweegpatroon letten met regelmatige bezoeken aan de POH' er, moet Peter nu een cardio revalidatietraject volgen en vaak voor metingen naar het ziekenhuis. Ook krijgt hij thuis vragenlijsten die hij moet invullen. Voor zijn plasproblemen houdt hij in een papieren dagboekje bij hoeveel hij plast. Moet van de uroloog. Regelmatig twijfelt Peter. En dan nog overzicht houden over de verschillende medicijnen. Peter is erg onzeker over zijn gezondheid en het vertrouwen in zijn lichaam kwijt. Steeds vaker is Peter somber.

Peter is onder behandeling bij de huisarts, de cardioloog en de uroloog en volgt daarnaast een revalidatieprogramma met fysiotherapie. Alleen hij zelf heeft het complete beeld. De brieven van de specialisten naar de huisarts worden niet structureel verstuurd heeft Peter opgemerkt. Daarbij kijkt ieder specialisme, overigens met grote betrokkenheid en vakkundigheid, naar een eigen stukje van Peters' gezondheid. Zou dat niet anders kunnen?

PACT Scenario met virtuele agent NOA

People – Activities – Context -Technology

In ZGT, het innovatieve ziekenhuis waar Peter onder behandeling is, wordt geëxperimenteerd met een nieuwe technologie, een zogenaamde **virtuele agent, NOA** genaamd. Peter (59) wordt gevraagd deel te nemen aan een pilot. Een virtuele assistente vindt Peter vreemd en tegelijkertijd wel interessant klinken. ‘Krijg ik ook eindelijk ook eens een assistent!’ Peter staat ervoor open om dit te gaan proberen samen met zorgprofessionals uit het ziekenhuis.

Peter heeft laten zien dat hij zelf wat wil doen om zijn gezondheid te verbeteren en ook dat er van dag tot dag verschillende moeilijke momenten zijn om regie op het leven met zijn ziekte te kunnen houden. Om meer vertrouwen te krijgen in zijn lichaam en bewuste keuzes te kunnen maken zou het voor Peter fijn zijn om op een laagdrempelige manier begeleid te worden in zijn dagelijks leven.

NOA is een virtuele persoonlijke agent. Ingesteld op Peters’ leven met zijn chronische ziekten en de daaraan verbonden behandelplannen en medicatie. De virtuele assistent heeft **verschillende verschijningsvormen**. Een hologram, draagbaar en kan door Peter op elke gewenste plek in huis worden gezet. Daarnaast is deze agent gekoppeld aan **Peters’ smartwatch**.

Iedere ochtend maakt de assistent Peter wakker en vraagt hem hoe hij zich voelt. De assistent **vraagt Peter om zijn antistollingsmedicatie te nemen en vraagt Peter wat hij voor ontbijt neemt en hoe het smaakt**. Peter bakt een ei met spek. **NOA schudt haar hoofd en kijkt Peter vragend aan**. “Ja, vandaag wel”, bromt Peter. Ondertussen **vertelt de assistent Peter de belangrijkste nieuwsberichten van de dag en de weersverwachting**. Ook **vraagt NOA of Peter muziek wil horen**. “Vandaag niet, geen zin in”. **Peter meet zijn bloeddruk en weegt zich**. De **waarden geeft hij door aan NOA die ervoor zorgt dat dit direct in het ZIS (cardiologie) en HIS komt te staan**. Peter moet dit **bevestigen met zijn vingerafdruk**.

De verpleegkundig specialist van de afdeling cardiologie ziet de waarden van Peter voorbij komen en dat er geen reden voor extra actie nodig is. De hartrevalidatie verloopt goed. **NOA complimenteert Peter**. Hoewel de bloeddruk ietwat aan de hoge kant is, hoeft Peter zich geen zorgen te maken **stelt NOA hem gerust; de verpleegkundig specialist laat weten dat het in orde is voor nu**. Kleine schommelingen zijn niet erg. Het is mooi weer. Waarom ga je vandaag niet op de fiets naar het werk? **Tipt NOA Peter om hem te stimuleren**. In de lunchpauze **attendeert NOA Peter op zijn eerdere keuze bij zijn ontbijt**. Wat denk je ervan om vandaag soep en een boterham voor lunch te nemen? Na de lunch moet Peter **katheteriseren**. **Heb je je handen al gewassen? Helpt NOA Peter herinneren**. **Aan NOA geeft Peter door hoeveel hij geplast heeft**. De data wordt direct doorgegeven aan het ZIS **bij Urologie**.

In de loop van de middag **merkt NOA op dat Peter nog niet heeft laten weten dat hij zijn Beta blocker heeft geslikt**. Verhip denkt Peter, helemaal vergeten. Hij neemt ze direct. Dan wordt Peter gebeld door een assistente van de polikliniek urologie. **De metingen van de afgelopen twee weken laten zien dat Peter minder plast**. **De verpleegkundig specialist van urologie krijgt een melding en zij overlegt direct met de uroloog**. Via **NOA ontvangt Peter een uitnodiging voor een polibeziek die ook in zijn agenda is toegevoegd**. Vooraf zal een echo worden gemaakt van zijn nieren. De afspraak is al over twee dagen. Op weg naar huis belt Anneke Peter of hij nog even langs de supermarkt wil gaan voor bak en braad en eieren. **NOA merkt op dat de supermarkt vlakbij nog open is**.

Thuisgekomen **vraagt NOA wat Peter die avond gaat doen**. “Er is een voetbal wedstrijd op TV”, zegt Peter. Het is toch woensdag? **NOA activeert Peter**. Ga toch even wandeling maken, vier kilometer is ook al mooi. Wacht, **ik bel even naar Carel... Die avond wandelt Peter met Carel. Hij vertelt over NOA**. Eerst trekt de buurman zijn wenkbrauwen op. Na de wandeling overtuigd; ideal! **NOA complimenteert Peter met zijn doorzettingsvermogen en geeft het aantal stappen door**. Vandaag 15.000! Denk je wel aan je cholesteralverlager? **Helpt ze hem herinneren**. Ja, doe ik. Zometeen ga ik naar bed en is het voor jou ook wel even klaar he voor vandaag. Morgen om 07.00 uur meld je je maar weer.

Voorafgaand aan zijn ziekenhuisbezoek krijgt Peter door NOA vragen voorgelegd die hij moet beantwoorden. **Peters’ antwoorden worden direct geregistreerd in het ZIS van urologie**. Heb je zelf eigenlijk nog vragen die je aan de uroloog wilt stellen Peter? Peter denkt erover na, maar kan zo even niets verzinnen. Ik heb ook

informatie over een echo van de nieren voor je. Wil je weten wat je staat te wachten? “Nee, die echo geloof ik wel” zegt Peter. Waar zit de radiologie ook alweer? NOA vertelt de locatie van radiologie in het ziekenhuis.

Op de dag voor de afspraak vraagt NOA Peter nogmaals of hij vragen heeft voor de specialist. Peter heeft enkele vragen. Peters’ spraak wordt door het systeem omgezet in tekst in het ZIS. Zodat de specialist ze vooraf ziet.

“Er is een weg afgezet”, vertelt NOA Peter op weg naar het ziekenhuis. NOA stelt Peter een alternatieve route voor. Doe maar rustig aan, de actuele poliwachtijd is 20 minuten, dus we hebben nog wel even. Peter lacht. “Handig, zo’n NOA”.

De verpleegkundig specialist heeft alle data van Peter ontvangen en voorafgaand aan het consult bekeken. Met de uroloog neemt ze het kort door. De uroloog beantwoordt Peters vragen die hij vooraf ontving. De uroloog laat Peter een grafische weergave zien van zijn urineafname. Samen bekijken ze de echo. Peter kan nog even op dezelfde voet verder. Het is belangrijk dat hij de metingen nauwkeurig bijhoudt. Met zeven minuten staat Peter weer buiten. Al zijn vragen zijn beantwoord, niets vergeten. Peter is gerustgesteld en gaat gauw door naar zijn werk; hij heeft al zoveel verzuimd. Fijn dat zijn situatie zo goed in de gaten wordt gehouden en hij weet wat hij zelf kan doen. Als zijn hartrevalidatie nu ook naar wens blijft verlopen, ziet het er best positief uit.

Bijlage III: Uitnodiging deelname onderzoek

Van: Nagtegaal - Bloemers, A

Verzonden: vrijdag 28 april 2017 15:05

Aan: XXX

Onderwerp: Verzoek deelname onderzoek naar eHealth

Beste XXX

Graag zou ik je willen benaderen voor het volgende.

Op dit moment doe ik naast mijn functie onderzoek bij ZGT naar de acceptatie van eHealth onder zorgprofessionals (in het kader van het afronden van mijn studie aan de UT). Voor mijn onderzoek houd ik de komende weken 25 interviews van een klein uur.

Mijn vraag aan jou: zou je mee willen werken aan zo’n interview? Ik ben erg geïnteresseerd naar jouw ideeën ten aanzien van eHealth. Uiteraard is je privacy gewaarborgd.

Kunnen we hiervoor een afspraak maken? Indien ja, wat is een handig moment?

Hartelijk dank alvast voor je reactie.

Met vriendelijke groet,

Annelies Nagtegaal-Bloemers

communicatieadviseur

Aanwezig op: dinsdag, woensdag en vrijdag

bureau communicatie

Zilvermeeuw 1 Postbus 7600 7600 SZ Almelo

e. a.bloemers@zgt.nl | t. [088 708 34 80](tel:0887083480) | m. [06 23 49 31 66](tel:0623493166)

Volg ons online:

ZGT.NL | Facebook | LinkedIn | Twitter | Youtube

UNIVERSITY OF TWENTE.

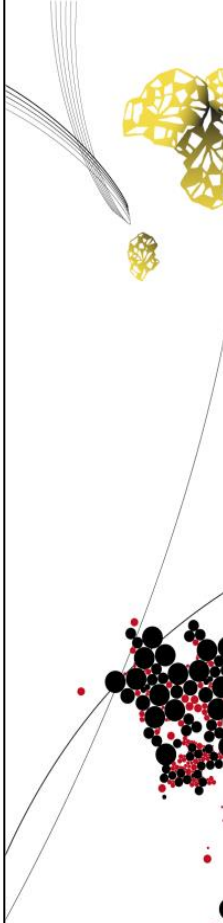
eHealth acceptatie

Onderzoek naar motivatie van zorgprofessionals

April 2017

Annelies Nagtegaal, begeleid door:

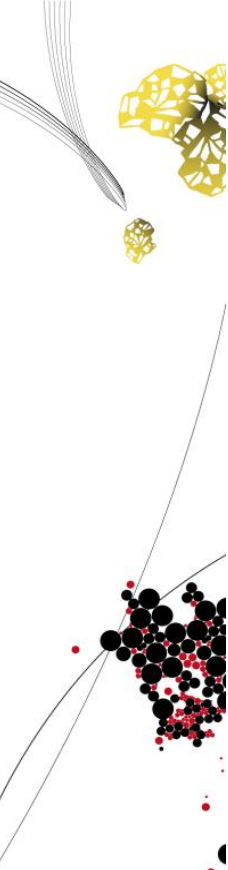
Dr. J. Karreman, dr. Suzanne Jansen (Utwente), Prof. dr. M. Vollenbroek (ZGT)



In komend uur...

- In gesprek over jouw ideeën over eHealth
- Neem ik je mee in een scenario
- Bespreken we jouw beelden en ideeën
- Privacy is gegarandeerd

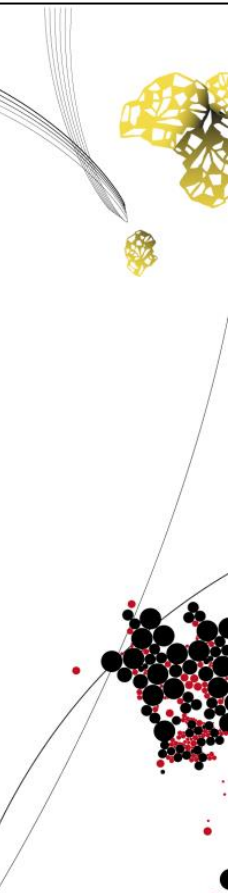
UNIVERSITEIT TWENTE.



In komend uur...

- In gesprek over jouw ideeën over eHealth
- Neem ik je mee in een scenario
- Bespreken we jouw beelden en ideeën
- Privacy is gegarandeerd

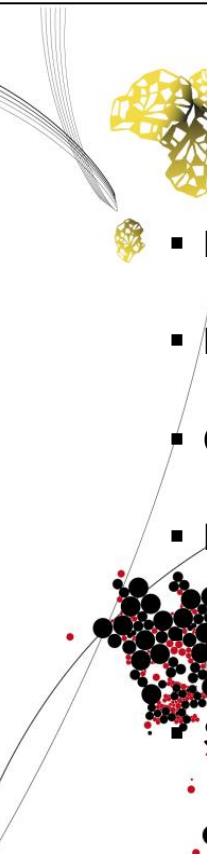
UNIVERSITEIT TWENTE.



Patiënt

- Peter 59 jaar > getrouwd > twee kinderen
- Mw. facilitaire dienst bij een regionaal schoonmaakbedrijf
- Levensgenieter
- Recent gestopt met roken
- Overgewicht
- Gadget freak

UNIVERSITEIT TWENTE.



Wat is er met Peter aan de hand?

- Diabetes type 2
- Druk op de borst: 5 omleidingen
- Gebruikt betablockers
- Meet thuis bloeddruk en gewicht

Bij uroloog, plastabletten, houdt urine bij

- Sinds operatie onzeker en wat somber

UNIVERSITEIT TWENTE.



Pilot

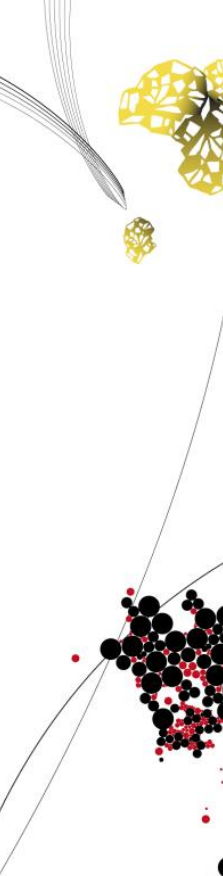
Virtuele persoonlijke agent NOA



UNIVERSITEIT TWENTE.

Videofragment virtuele assistent Hikari:

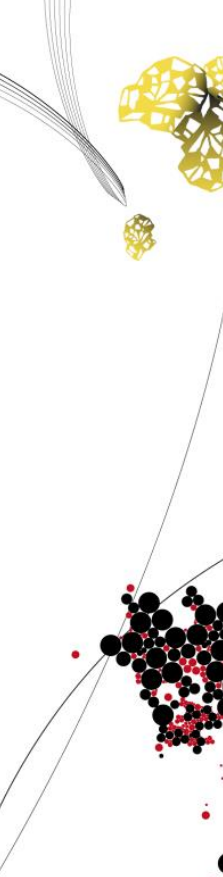
<https://www.youtube.com/watch?v=nkcKaNgfykq>



Uit het leven van Peter met NOA (1/2)

- Wordt gewekt
- Bakt ei
- Doet metingen
- Gaat naar zijn werk
- Lunch

UNIVERSITEIT TWENTE.



Uit het leven van Peter met NOA (2/2)

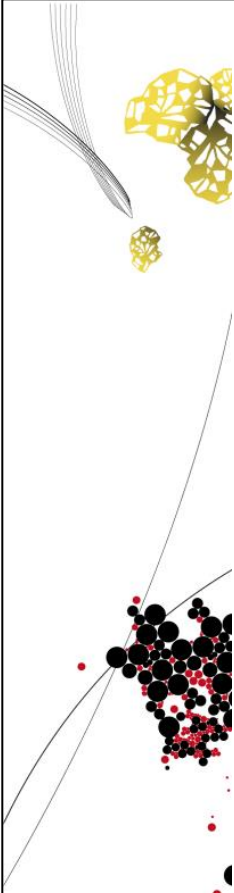
- Metingen
- Boodschappen op weg naar huis
- Avond: tv-kijken of toch wandelen

De volgende dag..

- Voorbereiden op consult
- Op weg naar de afspraak in het ziekenhuis

UNIVERSITEIT TWENTE.

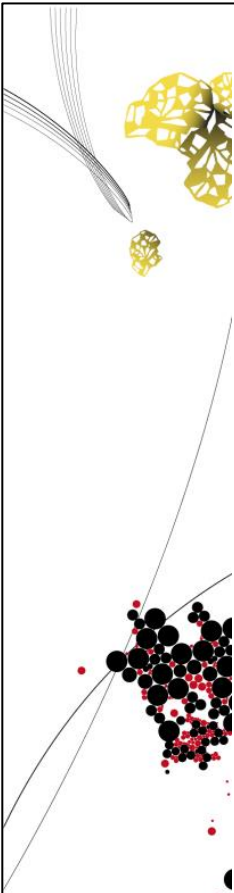
<--



In ZGT..

- Verpleegkundig specialist cardio krijgt bericht over waarden.
- Concludeert op basis van gegevens NOA dat er geen actie vereist is.
- Verpleegkundig specialist uro ziet dat er actie nodig is en plant een afspraak in voor een echo en consult.

UNIVERSITEIT TWENTE.



In ZGT..

- Verpleegkundig specialist stuurt vragenlijst naar patiënt: invullen voorafgaand aan het bezoek
- Ontvangt ingevulde vragenlijst retour in HiX
- Bespreekt extra binnengekomen vragen voorafgaand aan het consult nog even met de uroloog.
- Ziet dat Peter het ziekenhuis is binnengekomen.
- Loopt naar Peter die meteen mee kan lopen de spreekkamer in.

UNIVERSITEIT TWENTE.

Bijlage V: Codeerschema

Codenr	Motieven en factoren van SDT & HOT-fit	Definitie
	Motiveven gericht op profesional zelf om eHealth te accepteren	
A1	Autonomie	De vrijheid die de zorgprofessional ervaart om eigen keuzes te kunnen maken/handelen. Of interesse in persoonlijke ontwikkeling, nieuwe vaardigheden leren.
	Competentie	
A2	<i>eigen baan</i>	De mate waarin de zorgprofessional zichzelf de vaardigheden toedicht om taken behorende bij zijn/haar functie te kunnen voldoen.
A3	<i>zelf management ondersteunen</i>	De mate waarin de professional het idee heeft dat zijn competenties afhankelijk zijn van de vaardigheden van patiënten om technologie te gebruiken.
A4	Geïntrojecteerd gereguleerd	De motivatie van zorgprofessionals om eHealth te accepteren is gedreven door het vermijden van angst of schuldgevoelens of ten behoeve van eigen ego. De persoon is erop gericht het gevoel van eigenwaarde te handhaven of te verbeteren (Gagné & Deci, 2005; Ryan & Deci, 2000a). Bijvoorbeeld: 'Ik doe dit werk omdat het mij het gevoel geeft een waardig persoon te zijn'.
A5	Geïntegreerd gereguleerd	De zorgprofessional accepteert eHealth omdat hij/zij het belangrijk vindt en het in lijn ligt met eigen persoonlijke waarden, geloof, behoeften en identiteit. (Gagné & Deci, 2005)
A6	Geïdentificeerd gereguleerd	De zorgprofessional accepteert eHealth omdat het helpt om bepaalde doelen te behalen. eHealth wordt hier gezien als een instrument om deze doelen te realiseren.
	Factoren gericht op professional zelf die motivatie van zorgprofessional ondermijnen	
B1	Autonomie	eHealth doet afbreuk aan de vrijheid die de zorgprofessional ervaart om eigen keuzes te kunnen maken/handelen of persoonlijke interesses.
	Competentie	
B2	<i>eigen baan</i>	eHealth heeft impact op de vaardigheden om zijn/haar functie te kunnen voldoen
B3	<i>zelf management ondersteunen</i>	eHealth vraagt om (nieuwe/meer) vaardigheden om zelfmanagement van patiënten te kunnen ondersteunen. De zorgprofessional vindt deze vaardigheden nodig om goede zorg te kunnen bieden. Om goede zorg te kunnen bieden acht de professional deze vaardigheden nodig.)
B4	<i>afhankelijkheid van systeem kwaliteit</i>	De zorgprofessional heeft het gevoel dat zijn vaardigheden om de functie naar wens uit te voeren afhankelijk zijn van de eHealth technologie. Zijn eigen vaardigheden alleen zijn niet langer doorslaggevend.
B5	<i>afhankelijkheid van zelfmanagement vaardigheden van patiënten</i>	De zorgprofessional het gevoel heeft dat zijn vaardigheden afhankelijk zijn van de zelfmanagementvaardigheden van patiënten. Zijn eigen vaardigheden zijn niet langer doorslaggevend.
B6	Verbondenheid	De zorgprofessional schat in dat eHealth afbreuk doet aan de ervaren verbondenheid/het contact met de patient
	Motiveven van professional gericht op de patient om eHealth te accepteren	
C1	Competentie	De zorgprofessional schat in dat de patiënt de juiste vaardigheden heeft om eHealth te gebruiken

	Factoren gericht op de patient om eHealth niet te accepteren	
D1	Autnomie	De zorgprofessional schat in dat eHealth afbreuk doet aan de mate waarin de patient vrijhied ervaart.
D2	Competentie	De zorgprofessional schat in dat de patiënt onvoldoende vaardigheden heeft om eHealth te gebruiken
D3	Verbondenheid	De zorgprofessional schat in dat eHealth afbreuk doet aan de ervaren verbondenheid/het contact van de patient met de zorgprofessional. Focus ligt hier op patient en niet de verbondenheid die de professional ervaart.
	Demotiverende factoren organisatiestructuur	
E1	Type, aard, structuur	Specifieke kenmerken van de betreffende organisatie.
E2	Visie, Cultuur, Strategie	De wijze waarop de organisatie zijn missie realiseert, 'zo doen we dat hier', werkwijze.
E3	Managementondersteuning, leiderschap	De mate waarin er richting wordt gegeven en eHealth ontwikkeling/gebruik wordt gestimuleerd.
	Demotiverende factoren omgeving van de organisatie	
F1	Zorgstelsel	Hoe de zorg (in Nederland) georganiseerd is
F2	relaties met andere organisaties	Bijvoorbeeld eerste lijn (huisartsen),thuiszorg, zorgverzekeraars
F3	Financiering	Geldstromen in de zorgsector
G1	Demotiverende factor netto resultaat	De zorgprofessional kan niet inschatten of betwijfelt in hoeverre de (kwaliteit van zorg) er daadwerkelijk op vooruitgaat of in hoeverre de patient er nou daadwerkelijk beter van wordt.

Bijlage VI: Overeenstemming coderingen eerste en tweede codeur

Nr.	Fragment	Codeur A	Codeur B	0= oneens
1	En sommige mensen die.. zeker in dit deel van Nederland, die uiten zich niet zo snel. Dus ik vraag me af of dit dan hier, wel voor de gewone vragen maar als het gaat om echt de innerlijke vragen die een mens bezig houdt die ontstaan door onzekerheid. Vraag me af of je die dan boven tafel krijgt.	D2	D2	
2	Je moet echt afspraken maken over de mogelijkheden die je dan wil bieden daarin. Alle gezichten.. of alle neuzen moeten dezelfde kant op wijzen.	E2	E2	
3	Het wordt minder persoonlijk denk ik. (Stilte) Het wordt wel minder persoonlijk, dat denk ik wel.	B6	B6	
4	dat je eerder kunt anticiperen denk ik op, op een klachten van mensen. Dat je ze bij de afspraak, dat je dan niet hoeft te zeggen van goh ik bel je terug omdat de verpleegkundige eerst een aantal acties moet uitzetten. Of ik bericht je er later over of u ontvangt thuis bericht. Maar dat je gewoon al van te voren weet wat je moet doen voor dat die patiënt in huis komt en dat je die patiënt dan de uitslag kunt geven of afspraken kunt geven die die nodig heeft.	A6	A6	
5	Nou gewoon, nou ja omdat ik dat gewoon niet waar kan maken, mensen verwachten dat ze dezelfde dag een mailtje terug krijgen, en als ik buiten m'n, uhm, de, ik weet niet hoeveel uren ik moet gaan werken per week, 's avonds nog mijn dingen moet gaan beantwoorden, ja dan moeten ze gewoon een afspraak krijgen op het spreekuur.	B2	B2	
6	Of de spreekuren moeten zo ingedeeld worden dat het een E-Consult wordt, vind ik ook goed, maar dan moet het uhm, dan moeten ze mij de kans geven om dat te gaan doen, maar ik ga niet, ik ben al bijna geen avond thuis, en om dan ook nog eens uhm, dat allemaal bij te gaan houden.	B2	B2	
7	Ja, de voet is rood, de voet is ontstoken', ja, prachtig, maar hoe ga ik het probleem oplossen, daar moet ik toch eerst de patiënt voor zien	B2	B2	
8	En ik denk dat mensen gaan verzenden in hele, uhm, triviale e-mails naar de dokter toe,	B5	D2	0

	en dan verwachten ze dat een uhm, chirurg of een internist, die al best wel veel in het ziekenhuis is, dat ook nog in zijn vrije tijd allemaal nog eens gaat zitten beantwoorden, ja ik heb daar gewoon geen tijd voor.			
9	wij willen mensen zien en ik wil mensen beoordelen, en niet via een e-mail van 'Ik heb pijn daar, ik heb pijn daar', ja, een heleboel mensen hebben pijn, maar ik moet het kunnen objectiveren...	B2	B2	
10	ik heb hier 5 tot 10 minuten voor een patiënt en ik, tussen die ervaring, binnen die 5 tot 10 minuten kun je het goed of niet goed afhandelen, en ik denk niet dat je met een eindeloze chatsessie met een patiënt kom je gewoon niet ter zake.	B5	D2	
11	Want mensen gaan dingen interpreteren waar ze geen verstand van hebben. Die lezen een verslag van de radioloog waar ze geen flauw idee hebben, ze googelen dat, en helemaal niet of dat in hun, in hun kliniek past of andere dingen...	D2	D2	
12	natuurlijk zal het een hoop schelen, als ik mensen niet hoeft na te bellen wat hun uitslag is, alleen ze kunnen het niet zelf interpreteren, vaak	D2	D2	
13	Ik denk dat e-health in de toekomst zeker een hele grote toegevoegde waarde zou hebben. Zeker met het patiënten aanbod wat je ook hebt, dat steeds groter wordt. Ik denk dat het ook een goede aanvullende waarde kan zijn in de zin van je hebt een soort van.. ik weet niet hoe je dat.. Wij hebben dus, de huisarts ziet de patiënten in de eerste lijn. Die beoordeeld of iemand door moet naar het ziekenhuis of niet. Die vraag wordt natuurlijk steeds groter en het is dus wel fijn als je dan nog een tweede, soort van anderhalve lijn hebt, waar je dus nog wat patiënten kunt opvangen die niet perse naar het ziekenhuis heen hoeven.	A6	A6	
14	.Ja maar ik denk ook tegelijkertijd als je de keerzijde van medaille bekijkt, denk ik ook aan heel veel gegevens die je krijgt en misschien wil je ook niet alle gegevens hebben	B4	B4	
15	Dus een patiënt die jou kan benaderen voor een zere teen. Terwijl jij denkt van ja das een gekneusde teen, neem maar een pijnstiller maar eigenlijk hoeft ik dit niet te weten zeg maar bij wijze van	B5	D2	0
16	104. Ik denk dat het meer een beetje allemaal vanuit eigen initiatief is.	A1	A1	
17	gefaciliteerd word je niet echt	E3	E3	
18	Ik denk dat het belangrijk is om rekening mee te houden. De interne structuur in een ziekenhuis. Dus als je een gezondheidscoördinator hebt, nu is het nog heel vaak zo hé	E1	A2	0

	de cardioloog en uroloog dat werkt allemaal niet zo synchroon naast elkaar en je kunt niet de volgende dag al bij de uroloog terecht. Zo werkt het allemaal op dit moment niet.			
19	En in de ideale situatie natuurlijk wel. Dan zou je meer vanuit de patiënt denken dan vanuit een specialisme.	A5	A5	
20	Ik denk dat je het gewoon veel meer vanuit het patiënt perspectief moet gaan zien. En dat ons gezondheidssysteem daar nu niet zo is ingericht.	F1	E1	0
21	Ja, ja het is moeilijker om via Skype met iemand echt te kunnen praten en te kunnen steunen dan dat dat is als je echt bij iemand kan zijn en bij wijze van spreken een hand op de schouder kan leggen. Dat kan niet via Skype.	B4	B4	
22	dat je dat in zou moeten schatten per patiënt. Hoe vaardig iemand en dat je op basis daarvan een thuishulp kan geven zeg maar.	A3	A3	
23	ik ben hier vanmorgen geweest om naar der been te kijken, en ik kom morgen eigenlijk pas weer naar dat been kijken, en het enige dat moet is dat infuus, een keer per 24 uur, dan denk ik, ja potverdorie, dat is toch mooi als dat thuis kan en dat dat dan via de computer gaat,	A6	A6	
24	wil je zoiets implementeren, dan vergt dat ook wel van mensen heel veel eigen kunnen, en uhm, voor een deel hebben we natuurlijk een populatie die dat prima kan Uhu Maar we hebben natuurlijk ook wel een deel populatie die dat niet kan, die dat verschil niet voelt zeg maar	D2	D2	
25	Nou, stel nou dat, die patiënt die meet iedere keer thuis een te hoge bloeddruk, maar dat komt gewoon omdat die blijkbaar een te kleine band heeft. Dan ga ik daar met mijn medicijnen aan sleutelen, want voor zijn hartinfarct is het slecht als hij een te hoge bloeddruk heeft, dus ik geef hem bloeddrukmedicijnen waardoor die bloeddruk omlaag gaat. Maar eigenlijk had die stiekem helemaal niet zo'n hoge bloeddruk, en nu valt die flauw, kukelt die van de trap, hij is 's morgens vroeg enthousiast opgestaan, langs de trap gelopen, gevallen, ja dat heb ik gedaan, met mijn geïllustreerde lage bloeddruk.	B4	B4	
26	Ja, daar zou ik me wel druk over maken zeg maar, want ik bedoel je gaat wel echt beslissingen maken om wat mensen thuis doen. Stel iemand komt continu aan en jij denkt dat die verder af moet vallen, of, ik moet mijn patiënt ook zien, is het vocht of is	B4	B4	

	het echt vet wat die aankomt? En ja, kan ik even luisteren naar die longen, want dan hoor ik of daar vocht zit zeg maar, ja, en die kilo's, die zeggen mij wel dat die aankomt, maar niet wat dat dan is wat die aankomt			
27	Als het dan telefonisch af kan, dan is dat ook heel makkelijk. En je hebt, ja ik weet niet of dat alleen maar positief is, maar ik denk wel, dit moet therapietrouw vergrotend zijn. Dat kan niet anders	A6	A6	
28	je monitort je patiënten een stuk actiever, je patiënt die, nou ja die aan jou de vraag heeft van 'Nou, hoe kan ik er nou een stuk meer mee bezig zijn?', ja, die biedt je eigenlijk zo ook een behoorlijke steun in de rug want daar hebben we vaak eigenlijk helemaal geen tijd voor.	A6	A6	
29	als je meer ziet, lees je ook makkelijker ergens overheen, om het zo maar te zeggen, dus dit kost weer voorbereidingstijd, zo'n consult	B4	B2	0
30	Voor mij is het belangrijk dat de privacy heel goed wordt gewaarborgd. Daar ben ik altijd wel huiverig in via computersystemen	G1	G1	
31	Dus het is een stukje van het beoordelen op basis van lab uitslagen en andere uitslagen maar ook het beoordelen van hoe iemand daadwerkelijk tegenover je zit. En wat zie je. En dat is met een e-health consult via een computer of een iPad toch anders. Want is de lichtinval niet goed en iemand kan eventjes heel goed.. ja, het is echt anders. Ik denk dat dat een van de redenen is, dat mensen bang zijn daardoor de mist in te gaan.	B4	B4	
32	En hier in deze regio, denk ik dat ook niet alle mensen even goed zijn in... met de iPads, met de computer. Dat soort applicatie	D2	D2	
33	Het is wel in ontwikkeling maar het kost ook natuurlijk heel veel. Het kost manuren. En dat moet ook allemaal beschikbaar zijn	F3	F3	
34	ja het persoonlijke is er dan wel een beetje af, met eHealth	B6	B6	
35	Ja! Ik zou niet de hele dag poli kunnen vanachter mijn laptop met een webcam ofzo. Ik noem maar wat.	B6	B1	0
36	het is met name dat mensen het niet tegenhouden. Dat is ook al heel wat. Het is wel zo dat.. we hebben gewoon heel veel studenten enzo die iedere keer inspanningen doen. Dat kost geld, of kost haast geen geld en het zijn gewoon mensen met een goed stel hersens die dan weer een stuk kunnen doen. En we hebben het geluk gehad, vorig jaar met die Pioneers in Healthcare vouchers. Dus dan hadden we een klein beetje opstart	E3	E3	

	geld om dingen te beginnen. Dan hebben we nu bij het diabetesfonds wat geld gekregen. En zo is het een beetje bij elkaar sprokkelen.			
37	En wat je ook voortdurend te horen krijgt; Ja maar ga je dan wel samenwerken met anderen want iedereen is bezig zelf het wiel uit te vinden. Ja maar hoe zie je dat nou voor je. Hoe moet ik nou met tien anderen ziekenhuizen zo iets gaan ontwikkelen. Dat werkt toch helemaal niet. Je ziet elkaar nooit, je spreekt elkaar nooit.	E3	E3	
38	Maar goed, het lastige is natuurlijk met technologieën en initiatieven is dat.. eumm.. de aarzeling iedere keer iets te gaan doen waar ook honderd andere mensen tegelijk mee bezig zijn, die allemaal ongeveer met hetzelfde aan de gang zijn. Ja hoeveel.. wat ga je erin steken of ga je een beetje afwachten.	F2	E2	0
39	Ja een soort visie moet er dan zijn. Dit zijn de dingen die we in elke geval over vijf jaar willen kunnen en wat mogelijk zou moeten zijn. Dan kijk je wat is daar voor nodig en welke partijen, welke disciplines binnen het ziekenhuis zoals ICT enzo moeten daar aan mee bouwen, mee werken en die moeten daar dan ook de tijd.. daarvoor ingepland worden, dus tijd voor gemaakt worden dat ze daarmee aan de slag kunnen. En op dit moment is dat nog wat.. ja dat hangt nog wat in lucht zeg maar.	E2	E2	
40	Het scheelt gewoon toch heel veel tijd voor de patiënt met name. Dat is dat stukje kwaliteit dat je als ziekenhuis wilt bieden. Dat denk ik met name waar winst in zouden kunnen behalen.	A6	A6	
41	Met nieuwe zaken implementeren is dat soms wel eens lastig. Dan willen ze soms toch wel heel veel van ons en dat kunnen we qua tijd bijvoorbeeld kunnen we dat gewoon niet borgen. Kunnen we het gewoon niet weg krijgen. Dan trekken wij inderdaad wel aan de bel.	E3	B2	0
42	Soms wil je een patiënt live zien, voelen, aanraken. Een stukje mee over de gang lopen om controles. En dat kan dan weer niet.	B1	B6	0
43	We hadden inderdaad toen die test ook, moesten mensen, hadden ze een apparaatje meegekregen, moesten ze inderdaad de bloeddruk meter omdoen. En dan moeten ze inderdaad wel heel goed geïnstrueerd zijn om het tot slagen te brengen. 136. Ja! 137. En dan moet je wel heel goed kijken van goh welke patiënt is daar	B3	B5	0

	wel geschikt voor en welke niet. Dus daar zul je ook criteria voor moeten hebben.			
44	Als je kijkt naar de samenwerking in het algemeen eumm... het is heel wisselend. Een tijdje geleden werd ik door cardioloog.. nee neuroloog gebeld over een patiënt, over een consult formulier wat ik had weg gedaan. Dat kan dus wel. Maar als ik bijvoorbeeld een patiënt met spoed bij de cardioloog moet hebben. Twee dagen later heb ik nog geen afspraak.	E2	E2	
45	70+ die zijn wat minder bedreven met internet en mobiele telefoon. Alhoewel ik mij er ook steeds meer over verbaas dat die zich er ook prima mee redden.	C1	C1	
46	Ik denk dat je een patiënt, als je de betrokkenheid vergroot middels dit soort nouja.. faciliteiten om het maar even zo te noemen, dat de patiënten meer betrokken worden met het zorgproces	A6	A6	
47	Dat de patiënten meer betrokken worden met het zorgproces, maar jij bent ook wat meer toegankelijk.	A6	A6	
48	Nouja, je moet ook heel erg rekening houden met de psyche van een patiënt. Wat doet zo iets hé met zo'n patiënt als je continue geconfronteerd wordt.	G1	G1	
49	Dus je moet wel heel erg goed kijken van ja in hoeverre kan niet bij een bepaalde patiënt. Kijk als iemand al wat depressief is en je begint met zo iets en je zegt ook nog; je loopt eigenlijk niet. Want sommige mensen kunnen alles heel erg ombuigen.	D2	D2	
50	Het moet niet heel veel moeite kosten om de gegevens te verkrijgen dus het moet echt gekoppeld zijn aan het dossier	B4	B4	
51	ja en uiteindelijk alle zorgverleners moeten er wel achter staan hè. Dus als je maar een aantal mensen hebt die er goed mee werken en een aantal die doen het niet. Ja, dan wordt het geen succes.	E3	E3	
52	Nou, toen dacht ik, als het dan niet zo kan, dan maar met die commercie van uhm... Maar daar zaten ook nog heel wat haken en ogen aan hoor, dat is, dat zijn natuurlijk ook ratten. En dat moet je ook niet als individuele dokter gaan doen, dan wordt je vermorzeld in dat commerciële systeem. Dus ik heb daar toen van afgezien	F2	F2	
53	Nou ja, je kan niet zonder die grote spelers, want die hebben een commercieel belang, een zorgverzekeraar heeft een commercieel belang. Die willen gewoon polissen afsluiten en die willen mensen die een laag medisch verbruik hebben. Die zijn dus helemaal niet	F3	F3	

	geïnteresseerd in mijn dikke diabeet met slaapapneu en kapotte knieën en nou ja, dat is een dure patiënt in feite. Dus ja, als je daar mee aan komt zetten, ik heb wat voor deze moeilijke doelgroep, dan denken ze ja, die wil ik niet in mijn bestand hebben. Dat zeggen ze niet, dat denken ze wel			
54	Sterker nog, een ziekenhuis denkt misschien wel het zelfde. Ja, dat zijn wel hele dure patiënten, dat uhm. En juist daar werkt zo'n systeem het beste, die hebben zo veel ellende	E2	F1	0
55	Je gaat het maar mooi faciliteren, ik bedoel, als ik ooit nog aan een project begin, dan wil ik mijn idee kwijt, en ik wil me inzetten voor die patiënt, maar ik ga niets meer aan infrastructuur dragen of wat dan ook.	A6	A6	
57	Ja wat ik zei, als er geen financiering voor is en je kan het niet onderhouden, dan gaat alles kapot. Je moet het, als je een project hebt, dan moet dat niet eenmalig zijn, dan moet daar, dan moet dat verankerd zijn in zorg, waar je denk dat kan ik een jaar of 10 volhouden, of 4, 5 jaar	E2	F3	0

56 fragmenten.

12 oneens.

Tabellen SPSS

Symmetric Measures

		Value	Asymptotic Standard Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Measure of Agreement	Kappa	,746	,060	18,912	,000
N of Valid Cases		56			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Rater_B * Rater_A Crosstabulation

Count

		Rater_A								
		A1	A3	A5	A6	B1	B2	B3	B4	B5
Rater_B	A1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	A2	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	A3	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	A5	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	A6	0	0	0	9	0	0	0	0	0
	B1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	B2	0	0	0	0	0	4	0	0	0
	B4	0	0	0	0	0	0	0	6	0
	B5	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	B6	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	C1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	D2	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	E1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	E2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	E3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	F1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	F2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	F3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	G1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total		1	1	1	9	1	4	1	7	3

Bijlage VII: Overzicht Gegevens Participanten

ID	Geslacht	Leeftijd	Ervaring eHealth	Afdeling	Functie	Jaren werkzaam in ZGT	Jaren werkzaam in functie	Opleiding
1	m	43	nee	Dialyse	Verpleegkundig specialist	16	6	Master advanced nursing practice
2	v	37	nee	Obesitas centrum	Verpleegkundig specialist	1	5	Master advanced nursing practice
3	v	62	nee	Urologie	Verpleegkundige	35	3	Verpleegkunde, specialisatie oncologie
4	v	42	nee	Dialyse/poli interne	Medisch specialist	4	6	Geneeskunde, specialisatie interne geneeskunde
5	v	38	nee	Fysiotherapie	Fysiotherapeut	7	13	Fysiotherapie
6	v	44	ja	Cardiologie,kliniek	Verpleegkundig specialist	2	5	Master Adv nursing practice
7	m	27	nee	interne	AIOS	0,5	0,5	Geneeskunde, specialisatie interne geneeskunde
8	v	27	nee	Chirurgie	ANIOS	0,5	0,5	Geneeskunde,specialisatie chirurgie
9	v	61	ja	Medische psychologie	Psychologisch medewerker	29	29	Voorloper van toegepaste psychologie (HBO)
10	m	38	nee	Chirurgie	Medisch specialist	1,5	1,5	Geneeskunde, specialisatie chirurgie
11	v	44	nee	Longgeneeskunde	Verpleegkundige	21	10	Verpleegkunde HBO
12	v	56	nee	Oncologisch Centrum	Verpleegkundige	26	13	Oncologie verpleegkundige
13	m	59	ja	Urologie	Medisch specialist	23	23	Geneeskunde, specialisatie urologie
14	m	45	ja	Nefrologie	Medisch specialist	6	9	Geneeskunde, specialisatie Interne geneeskunde
15	m	60	nee	Interne geneeskunde	Medisch specialist	13	13	Geneeskunde, specialisatie interne geneeskunde
16	m	61	nee	Geriatric	Medisch specialist	4	4	Geneeskunde, specialisatie interne geneeskunde en geriatric
17	v	47	nee	Nefrologie	Verpleegkundige	5	23	Inservice A verpleegkunde
18	v	28	nee	Nefrologie	AIOS	0,5	2	Geneeskunde, in opleiding tot internist
19	v	45	ja	Psychologie	Unithoofd	9	5	WO Zorglogistiek
20	v	29	nee	Cardio/Long	AIOS	1,5	1,5	Geneeskunde, specialisatie interne geneeskunde
21								
22	v	36	ja	Cardiologie	Verpleegkundig specialist	4,5	5	Master adv nursing practice
23	m	45	ja	Chirurgie	Medisch specialist	8	10	Geneeskunde, specialisatie chirurgie
24	m	50	ja	Traumatologie	Medisch specialist	12,5	15	Geneeskunde, specialisatie chirurgie
25	m	29	nee	Cardiologie	Verpleegkundig specialist	1	3	Master advanced nursing practice

Mean: 43,9