



Adviesrapport

Op welke manier kan het project Samen1 met de Digitale Stamtafel optimaal geïmplementeerd worden bij Zorggroep Manna?

Opleiding:
Gezondheidswetenschappen
Faculteit TNW

Begeleiders:
Dr. Anouk Middelweerd
Prof. dr. ir. Hermie Hermens
Monique Beernink

28-06-2021
Marieke van Buren en Anna Zoet

UNIVERSITY OF TWENTE.

Samenvatting

Achtergrond

Zorggroep Manna heeft een pilotstudie (Samen1) met een nieuwe vorm van beeldzorg opgezet met mHealth interventie de Digitale Stamtafel bij cliënten die thuiszorg ontvangen. Gedurende het proces van het oorspronkelijke onderzoek bleek dat de beoogde data voor de start van de pilot niet haalbaar waren. Inmiddels is de pilot wel op kleine schaal gestart, maar nog niet in de complete vorm. Zo zijn de tablets bijvoorbeeld nog niet geleverd en zijn er verschillende problemen waar tegenaan gelopen wordt. Om ervoor te zorgen dat deze interventie later dit jaar alsnog succesvol geïmplementeerd kan worden is er een nieuw onderzoek opgestart, waarbij de volgende onderzoeksvraag is opgesteld; Op welke manier kan het project Samen1 met de Digitale Stamtafel optimaal geïmplementeerd worden binnen zorggroep Manna?

Methode

Om te achterhalen wat de knelpunten bij de implementatie waren, zijn er interviews afgenomen met leden van het projectteam. In dit projectteam zitten zowel medewerkers van Manna, als medewerkers van De Stamtafel. De interviews waren semigestructureerd, gebaseerd op het CFIR-model en werden afgenomen via Microsoft Teams. De interviews zijn getranscribeerd en gecodeerd door middel van zowel open coderen, als axiaal coderen. Via het coderen zijn verschillende factoren geïdentificeerd die gezien worden als knelpunten voor de implementatie.

Resultaten en advies

Uit de interviews bleek dat er meerdere categorieën waren waarin zich knelpunten bevinden, de belangrijkste zijn: communicatie, het vaststellen van de doelgroep, het betrekken van de naasten en planning. Door deze knelpunten aan te pakken en scrum of de triple-c methode toe te passen zou ervoor kunnen worden gezorgd dat de implementatie in de toekomst soepeler verloopt. Met behulp hiervan kan er sneller worden geschakeld wanneer er iets fout dreigt te gaan, is er meer communicatie tussen de teamleden en is er meer verantwoordelijkheidsgevoel bij de leden van het projectteam.

Discussie

Dit onderzoek beperkt zich alleen tot het project Samen1 binnen zorggroep Manna en de resultaten van dit onderzoek zijn dus niet toepasbaar bij andere zorginstellingen met vergelijkbare projecten of problemen. Daarnaast is er geen onderzoek gedaan naar de ervaringen van de cliënten, hierdoor niet mogelijk om iets te zeggen over de ervaringen van de cliënten van Manna. Een suggestie voor vervolgonderzoek is dan ook om bij een volgend onderzoek ook cliënten te interviewen. Om uiteindelijk na de implementatie de effectiviteit van de interventie te kunnen meten, kan het relevant zijn om van tevoren en na gebruik van de interventie de eenzaamheid van cliënten te meten. Op deze manier kan het verschil in eenzaamheid en daarmee de effectiviteit van de interventie worden gemeten.

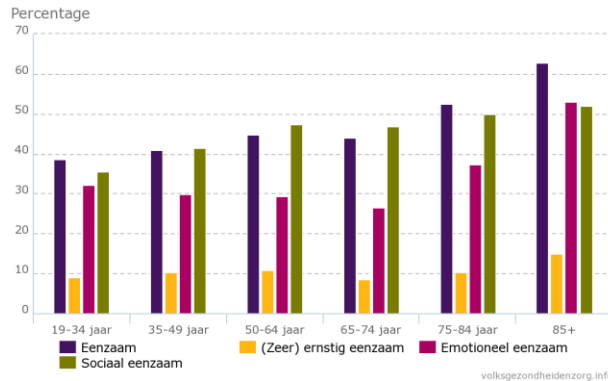
Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Inhoudsopgave	3
1. Inleiding	4
2. Achtergrondinformatie	7
2.1 Definitie van Gezondheid	7
2.2 Concepten en Dimensies van Eenzaamheid	9
2.3 Bestaande interventies	10
3. Theoretisch kader	12
3.1 Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT) model	12
3.2 Consolidated Framework of Implementation Research (CFIR)	15
4. Methode	19
4.1 Design en populatie	19
4.2 Procedures	19
4.3 De studie-parameters	20
5. Resultaten	21
5.1 Interne factoren	22
5.2 Externe factoren	23
5.3 Cliënten	24
5.4 Technologie	25
6. Selectie van oplossingen	27
6.1 Adviezen	27
6.2 Toepassing van adviezen	29
7. Discussie	31
8. Referenties	34
9. Appendix	38
9.1 Bijlage 1: Interviewvragen	38
9.2 Bijlage 2: Voorbeeld interviewschema	42
9.2 Bijlage 3: Baseline Vragenlijst	44

1. Inleiding

Maar liefst 43% van de volwassenen in Nederland (19 jaar en ouder) gaf in een onderzoek (1) uit 2016 aan eenzaam te zijn. Tien procent hiervan gaf zelfs aan zich (zeer) ernstig eenzaam te voelen. Eenzaamheid is een probleem van alle leeftijden (zie figuur 1), maar wordt een groter probleem naarmate de leeftijd toeneemt.

Eenzaamheid naar leeftijd 2016



Figuur 1 Eenzaamheid naar leeftijd 2016 (1)

Volgens de Van Dale (2) betekent het woord eenzaam: 'alleen zijn, zonder gezelschap'. De Jong Gierveld (3) omschrijft eenzaamheid als 'het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties'. Eenzaamheid kan worden verdeeld in twee dimensies (4), emotionele eenzaamheid en sociale eenzaamheid. Emotionele eenzaamheid gaat over de gevoelens die horen bij het gemis van een intieme relatie. Sociale eenzaamheid gaat over een gebrek of onvoldoende voelen van het sociale netwerk. Er zijn veel theoretische definities van eenzaamheid opgesteld, maar er zijn drie overeenkomsten (5) gevonden die in alle definities terugkomen. Allereerst is het ervaren van eenzaamheid subjectief en niet noodzakelijk verbonden met feitelijke sociale isolatie. Ten tweede is het een 'nadelige psychische toestand' voor de persoon die eenzaamheid ervaart. En de derde overeenkomst is dat de ontwikkeling van eenzaamheid kan worden herleid naar een vorm van tekorten aan sociale relaties.

Er zijn verschillende factoren (1) die het risico op eenzaamheid verhogen. Dit zijn onder andere factoren als geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, opleidingsniveau, financiële middelen, migratieachtergrond en gezondheidsproblemen. Eenzaamheid wordt vaak door meerdere factoren veroorzaakt.

Onder mannen komt eenzaamheid net iets vaker voor dan bij vrouwen (1). Wanneer er sprake is van ernstige eenzaamheid is er echter bijna geen verschil tussen het voorkomen onder mannen of vrouwen. Vrouwen ervaren minder sociale eenzaamheid dan mannen, maar voelen zich wel vaker emotioneel eenzaam.

Hoe ouder men wordt, hoe vaker men (ernstig) sociaal eenzaam is (1). Vanaf de leeftijd van 75 jaar neemt ook het percentage van mensen dat zich emotioneel eenzaam voelt toe. 63% van de mensen van 85 jaar en ouder voelt zich eenzaam. Onder deze groep zijn opvallend veel

vrouwen eenzaam. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat in deze leeftijdscategorie vrouwen vaker alleenstaand zijn dan mannen.

Ongeveer 60 procent van de mensen die gescheiden zijn, weduwe of weduwnaar zijn, voelen zich eenzaam (1). Onder gescheiden mensen komt eenzaamheid vaker voor (bij ruim 22 procent), dan bij de weduwen of weduwnaars, waarbij 17 procent eenzaam is. Sociale eenzaamheid komt bij 58% van de gescheiden mensen voor. Weduwen/weduwnaars ervaren vaker emotionele eenzaamheid (55%).

Onder hoogopgeleiden komt (zeer) ernstige eenzaamheid minder vaak voor dan bij laagopgeleiden (1). Van de hoogopgeleiden boven de 19 jaar oud voelt 36% zich eenzaam ten opzichte van 63% van de laagopgeleiden boven de 19 jaar.

Sociale en emotionele eenzaamheid komt vaker voor onder mensen met weinig financiële middelen (1). Dit blijkt uit onderzoek onder de leeftijdscategorieën van 18-59 en 60-79 jaar. Of een lage sociaaleconomische status leidt tot eenzaamheid of omgekeerd, kan niet uit de resultaten van dit onderzoek worden afgeleid.

Mensen met een niet-westerse migratieachtergrond ervaren vaker (ernstige) eenzaamheid (64%) dan mensen met een westerse migratieachtergrond (51%) of mensen met een Nederlandse achtergrond (39 %) (1). Dit geldt voor emotionele eenzaamheid, maar ook voor sociale eenzaamheid.

Onder mensen met een lichamelijke aandoening heeft 55% last van eenzaamheid en onder mensen met een psychische aandoening geeft 77% aan eenzaam te zijn (6).

De gevolgen (1) van eenzaamheid zijn groot. Eenzaamheid geeft een grotere kans op eerder overlijden. Daarnaast hebben eenzame mensen meer risico op depressiviteit, suïcide, coronaire hartziekten (29% meer), beroerten en mogelijk een groter risico op de ziekte van Alzheimer. Eenzame ouderen hebben 64% (7) meer kans op dementie dan ouderen die niet eenzaam waren. Het risico op coronaire hartziekten is 29% (8) meer bij mensen die last hebben van eenzaamheid en sociale isolatie. Het risico op beroerten is 32% hoger (9). Eenzame mensen krijgen vaker last van depressies, maar de invloed van eenzaamheid op het daadwerkelijk ontstaan van een depressie hangt af van meer factoren dan alleen eenzaamheid (9). Onderzoek wijst ook uit dat er een verband is tussen eenzaamheid en het voorkomen van suïcide (8).

Waar 43% (1) van de Nederlanders (van 19 jaar en ouder) in 2016 aangaf zich eenzaam te voelen, lag dit percentage in regio Twente, met 40,2% (1), iets lager dan het landelijk gemiddelde. 8,4% van de 19-plussers gaf aan zich ernstig eenzaam te voelen. Ook bij zorggroep Manna uit Enschede is eenzaamheid een bekend fenomeen. Uit een onderzoek (10) van Manna onder hun cliënten bleek dat 60% van hen zich wel eens eenzaam voelt. De cijfers onder hun cliënten liggen een stuk hoger dan het landelijk gemiddelde en het gemiddelde in regio Twente. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat cliënten van zorggroep Manna (11) vaak risicofactoren voor eenzaamheid hebben, zoals financiële problemen, psychische problemen, beperkingen of gezondheidsproblemen. In groepen met deze factoren komt eenzaamheid gemiddeld vaker voor (1, 6).

Om eenzaamheid onder hun cliënten te verminderen wil zorggroep Manna de door iZorgD ontwikkelde mhealth interventie 'de Digitale Stamtafel' (12) implementeren. Een mobile health (13) (mHealth) interventie maakt gebruik van mobiele hulpmiddelen, zoals tablets, smartphones, apps en wearables, om gezondheid te ondersteunen en te verbeteren. Met behulp van de Digitale Stamtafel kunnen ouderen, vrienden, familieleden en zorgverleners samen worden gebracht. Hierdoor kan de Stamtafel het leven van zorgbehoevenden op sociaal gebied mogelijk verbeteren. De applicatie is een online platform waarop cliënten contacten kunnen leggen via beeldbellen, berichten sturen, deelnemen aan groepstafels en evenementen, interesses verkennen via een kennisbank en apps downloaden. Door cliënten contacten te laten leggen met naasten, zorgverleners en andere diensten zullen cliënten mogelijk meer sociale cohesie voelen, en als gevolg minder eenzaam zijn.

In het voorjaar van 2021 is er een pilot gestart met het gebruik van de Digitale Stamtafel onder zelfstandig wonende cliënten uit drie wijken, die thuiszorg krijgen van zorggroep Manna. In het blok hieronder wordt deze pilot kort uitgelegd:

De pilot: Samen1

Wijkverpleegkundigen gaan in gesprek met cliënten die mogelijk geïnteresseerd zijn in deelname aan het project Samen1. Wanneer cliënten dit willen, krijgen ze een hulpstudent toegewezen die, wekelijks naar de cliënt toe gaat. In het eerste bezoek zal er kennis met elkaar worden gemaakt en bij een daaropvolgend bezoek wordt er uitleg gegeven over de tablet en de digitale stamtafel. De bedoeling is dat de cliënt met ondersteuning van de hulpstudent leert om met deze technologie om te gaan.

Op lange termijn is het van belang om de effectiviteit van de interventie te onderzoeken. Omdat de periode waarin ons onderzoek gedaan wordt te kort is om de effectiviteit op het voorkomen van eenzaamheid te kunnen meten en omdat het bleek dat de implementatie van de pilot moeizaam op gang kwam, is er besloten om te onderzoeken wat de problemen zijn waar men tegenaan loopt bij de implementatie van de pilot. Door de problemen nu te identificeren, kan hierop worden ingespeeld en kunnen deze problemen bij grootschalige implementatie binnen Manna mogelijk worden voorkomen.

De onderzoeksvraag die centraal staat:

Op welke manier kan het project Samen1 met de Digitale Stamtafel optimaal geïmplementeerd worden binnen Zorggroep Manna?

Subvragen:

- Hoe ervaren leden van het projectteam Samen1 de implementatie van de pilot van het project Samen1 binnen Manna? - [Hoofdstuk 5.0](#)
- Welke knelpunten zijn er bij de implementatie van de pilot van het project Samen1 binnen Manna? - [Hoofdstuk 5.1 t/m 5.4](#)
- Welke oplossingen zijn er voor de knelpunten die naar voren komen tijdens de interviews met de leden van het projectteam? [Hoofdstuk 6](#)

2. Achtergrondinformatie

2.1 Definitie van Gezondheid

De WHO beschrijft gezondheid (14) al sinds 1948 als een toestand van volledig fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en niet louter het ontbreken van ziekte of gebrek.

Maar deze definitie van gezondheid voldoet volgens onderzoek uit 2011 (15) niet meer aan de complexiteit van gezondheid, met name als het aankomt op chronische ziektes.

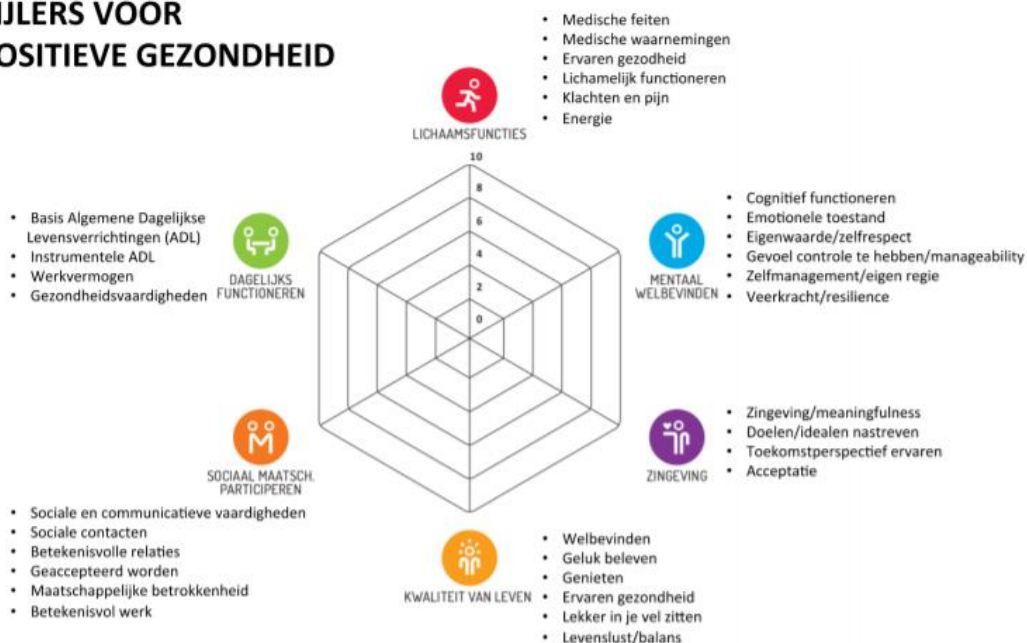
Huber et al. (15) stellen dat deze definitie mogelijk onbedoeld bijdraagt aan de medicalisatie van de samenleving. Het wordt benoemd dat dit met name wordt veroorzaakt door het woord 'volledig' in de beschrijving mee te nemen. Wanneer de eis voor gezondheid is dat het welbevinden van een persoon echt volledig is, dan zijn mensen waarschijnlijk meestal ongezond. Er zijn altijd wel ontwikkelingen in de medische screenings, in zoverre dat er iets kan worden gevonden waar een persoon zich normaal gesproken helemaal niet druk over hoefde te maken. Ook wordt de drempel waarbij gebruik wordt gemaakt van medicijnen steeds verlaagd bij bijvoorbeeld hoge bloeddruk, of bloedsuikerwaardes. Dit leidt er dan dus toe dat zelfs mensen die eigenlijk vroeger in prima gezondheid verkeren mede door ontwikkelingen in medische technologie of door de ontwikkelingen van nieuwe medicijnen misschien toch in één keer onder een bepaalde aandoening vallen.

Een ander probleem (15) is dat de demografie van de populatie en de aard van ziekte sterk zijn veranderd sinds 1948. In 1948 vormden acute vormen van ziektes nog de grootste ziektelast, de chronische ziekten van nu leiden destijds voornamelijk tot vroegtijdige sterfte. In deze context is de definitie van de WHO acceptabel, maar ziektepatronen zijn veranderd. De volksgezondheid (15) is verbeterd, met maatregelen zoals verbeterde voeding, hygiëne en sanitair en simpelweg betere zorg. Het aantal mensen dat meerdere decennia leeft met een chronische ziekte neemt wereldwijd nog steeds toe. Ouder worden met een chronische ziekte is niet langer een unicum, en chronische ziektes zijn nu de grootste kostenpost voor de gezondheidszorg. Door deze definitie van gezondheid zullen al deze mensen dus constant worden gezien als ziek en dit is niet duurzaam voor de lange termijn.

Huber et al. (15, 16) stellen daarom voor om de huidige statische formulering om te zetten in een meer dynamische, gebaseerd op de veerkracht of het vermogen om het hoofd te bieden en behoud en herstel van iemands integriteit, evenwicht en gevoel van welzijn. De voorkeur gaat uit naar een visie op gezondheid die aanpassingsvermogen en zelfmanagement vooropstelt.

Dit is door Huber verder uitgewerkt in wat nu de pijlers van positieve gezondheid (16) worden genoemd. Er zijn in totaal 6 pijlers geïdentificeerd in het artikel van Huber; lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, sociaal maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren.

PIJLERS VOOR POSITIEVE GEZONDHEID



Figuur 2 Pijlers van de positieve gezondheid (17)

Zoals zichtbaar is in de figuur 2 (17), is elke pijler weer onderverdeeld in verschillende categorieën. Op basis van deze pijlers en categorieën is er een vragenlijst die kan worden ingevuld om zo tot een duidelijk beeld van de totale gezondheid van een individu te komen. De pijlers zijn geen nieuwe definitie voor gezondheid maar eerder een gedachtegoed. Door middel van de vragenlijst wordt er per categorie een score berekend, op een schaal van 1 tot 10. De score per categorie en de totale score zijn een reflectie van de gezondheidstoestand van de persoon die de vragenlijst heeft ingevuld. Het kan natuurlijk ook zo zijn dat iemand in goede fysieke gezondheid verkeert, dus een hoge score heeft bij lichaamsfuncties, maar wel problemen ervaart bij mentaal welbevinden. Zo kan er dus met behulp van deze vragenlijst niet alleen de totale gezondheid worden ingezien, maar er kan ook duidelijk worden precies op welk front mensen last hebben van problemen en wellicht ook zelfs echt ondersteuning nodig hebben. Door het niet alleen als een totaalscore te zien wordt voorkomen dat er onnodige interventies of plannen in gang worden gezet voor mensen die in dat opzicht misschien wel helemaal geen hulp nodig hebben.

Ook voegt dit model (16) meer waarde toe aan de resultaten doordat ze een veel breder scala aan mogelijke gezondheidsproblematiek naar voren kunnen brengen. Waar de definitie van de WHO dus nog vrij star is, gaat dit model en de bijbehorende vragenlijst meer over de waargenomen gezondheid en het heeft daarom dus waarschijnlijk meer zin om deze toe te passen in de praktijk. Als iemand zich namelijk niet ziek, eenzaam, of vervelend voelt en er is geen echte medische indicatie voor behandeling, kan het soms zinniger zijn om het gewoon te laten zoals het is. En daarnaast zou dit model ook kunnen helpen om mensen zelf meer regie en inzicht te kunnen geven in hun eigen gezondheid en de verbetering hiervan.

2.2 Concepten en Dimensies van Eenzaamheid

Er zijn verschillende opvattingen over de definitie van eenzaamheid (18). De evolutionaire benadering, de existentiële benadering, de cognitieve discrepantie benadering of behoefte aan privacy.

Bij de evolutionaire benadering van Cacioppo et al. (19) wordt eenzaamheid gekarakteriseerd door gevoelens van sociale pijn en isolatie, waarbij zowel erfelijke factoren als omgevingsfactoren een rol kunnen spelen. Uit onderzoek (20) blijkt dat voor 48% tot 50% genetisch vastligt in hoeverre iemand risico heeft om eenzaam te worden. Echter blijkt dat de andere 50% bepaald wordt door omgevingsfactoren. Zijn de omgevingsfactoren dus gunstig, dan hoeft iemand met een hoog genetisch risico geen eenzaamheid te ervaren. Het ontstaan van eenzaamheid is gekoppeld aan de ontwikkeling van de mensheid. Eenzaamheid wordt bij de evolutionaire benadering gezien als iets negatiefs en onveiligs, maar heeft volgens hen ook een beschermende signaalfunctie. Aanpakken van eenzaamheid is volgens deze benadering niet wenselijk, tenzij de aanpak gericht is op de veiligheid van een individu.

Volgens de existentiële benadering van Ettema et al. (21) is eenzaamheid een niet-tolereerbare leegheid, dat ontstaat door bewustwording van iemand zijn fundamentele apartheid als mens. Eenzaamheid is daarbij gekoppeld aan het menselijke bestaan en is noodzakelijk om innerlijk te kunnen groeien. De beleving van eenzaamheid is in eerste instantie dan ook negatief, maar wordt getransformeerd naar iets positiefs. Aanpak van eenzaamheid is binnen deze benadering niet mogelijk.

Volgens de cognitieve discrepantie benadering van De Jong Gierveld (3) is er onderscheid te maken tussen sociale en emotionele eenzaamheid. De mate van sociale of emotionele eenzaamheid kan gemeten worden met de Eenzaamheidsschaal (4). Eenzaamheid wordt over het algemeen ervaren als iets negatiefs, maar wordt soms achteraf ook gezien als iets positiefs, bijvoorbeeld wanneer iemand door eenzaamheid relaties achteraf als sterker of ervaart. Binnen deze benadering kan eenzaamheid worden aangepakt door het verbeteren van relaties en het verminderen van onderliggende belemmeringen om contacten te hebben/onderhouden.

De laatste benadering gaat uit van behoefte aan privacy (3, 21). Eenzaamheid wordt hierbij ervaren als positieve isolatie, het niet hebben van sociale contacten wanneer dit niet gewenst is. De oorzaak van eenzaamheid is hierbij het zelf opzoeken van de situatie en aanpak is dan ook niet nodig.

Alleen bij sociaal-emotionele eenzaamheid (18), gebaseerd op de cognitieve discrepantie benadering is aanpak van problemen op het gebied van eenzaamheid wenselijk en mogelijk. Dit is de reden dat in dit onderzoek uit zal worden gegaan van de definitie van eenzaamheid die hoort bij sociaal-emotionele eenzaamheid.

Eenzaamheid kan worden verdeeld in twee dimensies (4), emotionele eenzaamheid en sociale eenzaamheid. Emotionele eenzaamheid gaat over de gevoelens die horen bij het gemis van

een intieme relatie. Sociale eenzaamheid gaat over een gebrek of onvoldoende voelen van het sociale netwerk. Eenzaamheid kan worden gemeten met behulp van de '6-item scale for overall, emotional, and social loneliness' (4) en de 'UCLA loneliness scale' (22).

2.3 Bestaande interventies

De afgelopen jaren zijn er verschillende interventies bedacht en gebruikt om eenzaamheid onder kwetsbare groepen te verminderen en de zelfredzaamheid te verhogen. De interventies zijn onder te verdelen in verschillende categorieën (23), namelijk: het verbeteren van sociale vaardigheden, het vergroten van sociale ondersteuning, meer mogelijkheden voor sociale contacten en het aanpakken van negatieve gedachten en verwachtingen over sociale situaties.

De Nederlandse overheid heeft in 2018 de campagne 'Eén tegen eenzaamheid' (24) opgezet om eenzaamheid onder ouderen tegen te gaan. Deze campagne omvat diverse interventies om eenzaamheid tegen te gaan, zoals cursussen, het aanpakken van de fysieke infrastructuur, interventies en technologieën zoals videobellen, zorgrobots, virtual-reality brillen, speciale platforms waar mensen terecht kunnen met hulpvragen en dagbesteding. De effectiviteit van deze campagne blijkt echter laag. Op basis van resultaten (24) kan niet worden gezegd dat de prevalentie van eenzaamheid daalt. Van 2008 tot 2019 blijft de prevalentie van eenzaamheid ongeveer gelijk. Sinds de corona pandemie in 2020 is de prevalentie gestegen tot het niveau van 1992 tot 2006.

Resultaten van bestaande interventies

Een systematische review (25) van 68 verschillende onderzoeken onder volwassenen wijst uit dat de resultaten van interventies wisselend zijn. Interventies, zoals investeren in sociale ontwikkeling of een peer-support mentor programma, hadden geen invloed op de eenzaamheid van deelnemers met neuro psychiatrische aandoeningen. Een ander onderzoek onder mensen met een verstandelijke beperking, waarbij er speciale programma's werden opgezet om de sociale participatie van deelnemers te verhogen, bleek wel effectief. Drie online-gebaseerde interventies hadden als doel om eenzaamheid te verlagen via virtuele sociale contacten. Hoewel alle drie de interventies internet-based waren, waren maar twee van de drie interventies effectief in het verminderen van eenzaamheid.

Uit een andere review (26) specifiek gericht op 25 technologie-based interventies voor het voorkomen van eenzaamheid onder ouderen, die een lage mobiliteit hebben, blijkt dat alle interventies een positief effect hebben op het verminderen van eenzaamheid. Mensen hadden meer mogelijkheid tot (lange afstand) interactie, toegang tot groter publiek, deelnemers konden hun sociale netwerk vergroten en kregen meer sociale ondersteuning. Echter, volgens het onderzoek zijn er weinig bestaande interventies en hoewel het resultaat veel zegt over de bruikbaarheid voor lange afstand interactie, is het nog onduidelijk hoe de technologie precies wordt gebruikt, wat de limitatie van de interventies is en welke mogelijkheden er nog meer zijn die mogelijk invloed hebben op het succes van de interventie.

Invloedsfactoren voor gebruik van technologie

Interventies die vergelijkbaar zijn met de Digitale Stamtafel laten dus wisselende resultaten zien. Uit onderzoek blijkt dat er verschillende factoren in het design van technologie die mogelijk het gebruik van de technologie beïnvloeden.

Een technologie moet voldoen aan de wensen en interesses van de doelgroep (27). Technologieën voor ouderen ontwikkeld worden om aan de wensen en interesses van de doelgroep te voldoen en niet alleen van de zorg.

Daarnaast blijkt uit onderzoek van Macedo (28) waarin 41 studies over acceptatie en gebruik van ICT onder oudere volwassenen dat er een voorkeur is voor ondersteuning bij het gebruik van de technologie. Deze ondersteuning kan bijvoorbeeld (29) gegeven worden in de vorm van stap-voor-stap uitleg en begeleiding of door een handleiding uit te reiken.

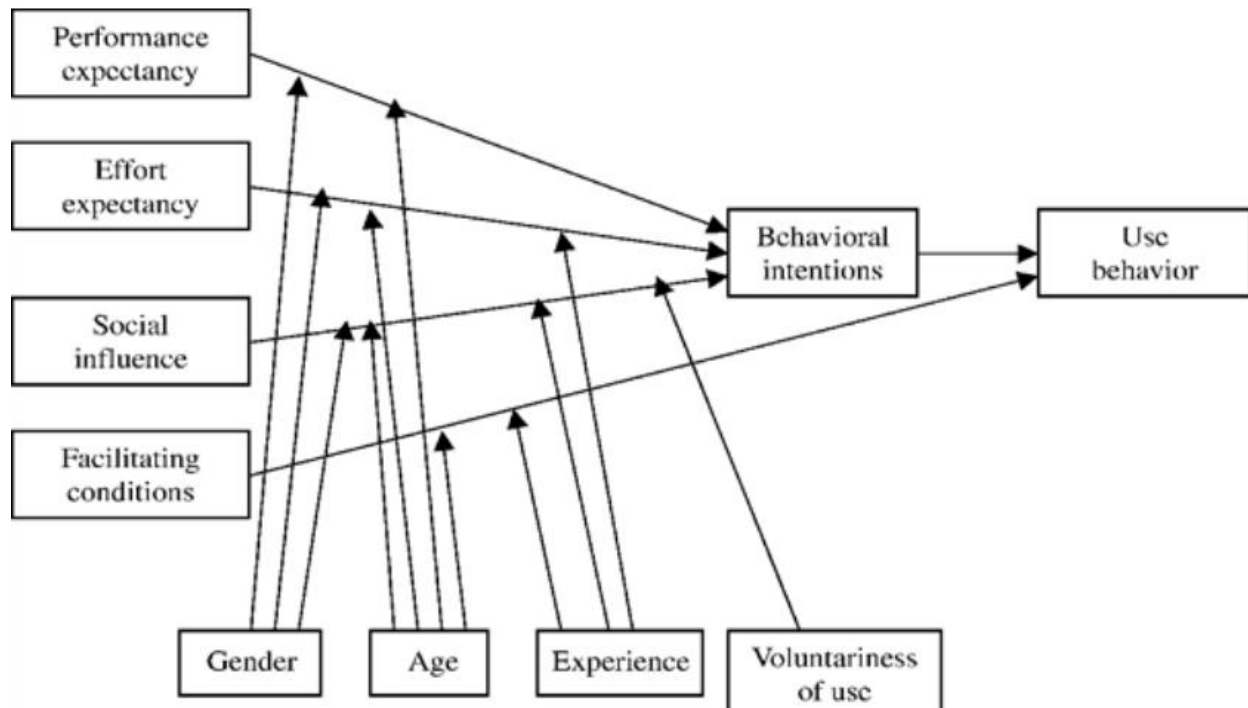
Uit een studie (30) onder 11 60-plussers in Oostenrijk is een onderzoek gedaan naar de acceptatie van tablets en de tevredenheid hierover. Hieruit is gebleken dat tablets een gebruiksvriendelijker alternatief zijn voor computers/laptops.

Oudere volwassenen gebruiken tablets vooral om informatie op te zoeken, voor vermaak, het doden van de tijd en het onderhouden van relaties (31).

3. Theoretisch kader

3.1 Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT) model

De meeste technologie-acceptatie-modellen hebben hetzelfde principe. In de basis gaat het om de interactie tussen de individuele reactie op het gebruiken van technologie, de intentie om de technologie te gaan gebruiken en het daadwerkelijke gebruik. Het UTAUT-model (32) is in feite een combinatie van meerdere modellen gemaakt voor het analyseren van de acceptatie en het gebruik van nieuwe technologie. Uit onderzoek van Venkatesh et al. in 2003 (32) blijkt dat er 4 concepten zijn die kunnen worden beschouwd als directe determinanten voor gebruiksimplicatie en gebruiksgedrag. Namelijk performance expectancy (prestatieverwachting), effort expectancy (verwachte inspanning), social influence (sociale invloed) en facilitating conditions (faciliterende voorwaarden).



Figuur 3 Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT) model (32)

Determinanten:

Performance expectancy (32) – prestatieverwachting

De mate waarin de gebruiker verwacht dat de technologie hen zou kunnen helpen. Bestaat uit meerdere verschillende factoren waaronder verwacht nut, extrinsieke motivatie, relatief voordeel en verwachte uitkomsten. De invloed van de prestatieverwachting op de gebruiksimplicatie wordt beïnvloed door sekse en leeftijd. De invloed van prestatieverwachting op het gebruiksgedrag is groter bij mannen, en vooral bij jongere mannen.

Effort expectancy (32) - verwachte inspanning

De verwachting van een gebruiker over hoe makkelijk de technologie in gebruik zal zijn. Bestaat uit 3 verschillende factoren, verwacht gebruiksgemak, complexiteit en gebruiksgemak. De invloed die de verwachte inspanning heeft op de gebruiksintentie wordt mede bepaald door de factoren sekse, leeftijd en ervaring. De verwachte inspanning heeft de meeste invloed op gebruiksintentie bij jonge vrouwen met weinig ervaring. En dus minder bij oudere mannen met veel ervaring met vergelijkbare technologie.

Social influence (32) - sociale invloed

De invloed van anderen op beeldvorming over de technologie. Sociale invloed bestaat uit subjectieve norm, sociale factoren en imago/beeld. Het effect van sociale invloed is het grootst bij vrouwen, met name bij oudere vrouwen en onder verplichte omstandigheden en bij weinig ervaring met vergelijkbare technologie. Alle 4 de factoren hebben dus invloed op deze determinant.

Facilitating conditions (32) – faciliterende voorwaarden

De mate waarin de gebruiker denkt of gelooft dat de omringende structuur de technologie ondersteunt. Dus bijvoorbeeld of de Digitale Stamtafel wel echt past binnen de zorgstructuur van Manna. De waargenomen eigen bekwaamheid in de technologie speelt bij deze determinant ook een rol, alsmede compatibiliteit tussen gebruiker, doel en technologie. De faciliterende voorwaarden hebben geen directe invloed op de gebruiksintentie maar wel op het daadwerkelijke gebruik van de technologie. De invloed van faciliterende voorwaarden op het gebruik van de technologie wordt beïnvloed door leeftijd en ervaring. Het effect van de faciliterende voorwaarden is het grootst bij oudere mensen met meer ervaring.

Factoren:

Gender (32) - sekse, deze factor beïnvloedt het verwacht nut, de verwachte inspanning en de sociale invloed.

Age (32) - leeftijd, deze factor heeft invloed op alle 4 de determinanten: prestatieverwachting, verwachte inspanning, sociale invloed en faciliterende voorwaarden.

Experience (32) - ervaring met soortgelijke technologie, deze factor heeft invloed op de verwachte inspanning, de sociale invloed en de faciliterende voorwaarden.

Voluntariness of use (32) - vrijwillig gebruik, moet de gebruiker gedwongen gebruik maken van de technologie of is het een eigen keuze? Deze factor heeft alleen invloed op de sociale invloeden.

Uitkomsten:

Behavioural intentions (32) - gebruiksintentie, overwegen mogelijke gebruikers het gebruik van de technologie wel of niet? Gebruiksintentie heeft een significante, positieve invloed op daadwerkelijk gebruiksgedrag.

Use behaviour (32) - daadwerkelijk gebruiksgedrag, of de gebruiker de app wel of niet gebruikt.

Om de UTAUT te valideren is er een lijst opgemaakt met items uit de verschillende modellen.

Performance expectancy

- U6: I would find the system useful in my job.
- RA1: Using the system enables me to accomplish tasks more quickly.
- RA5: Using the system increases my productivity.
- OE7: If I use the system, I will increase my chances of getting a raise.

Effort expectancy

- EOU3: My interaction with the system would be clear and understandable.
- EOU5: It would be easy for me to become skillful at using the system.
- EOU6: I would find the system easy to use.
- EU4: Learning to operate the system is easy for me.

Attitude toward using technology

- A1: Using the system is a bad/good idea.
- AF1: The system makes work more interesting.
- AF2: Working with the system is fun.
- Affect1: I like working with the system.

Social influence

- SN1: People who influence my behavior think that I should use the system.
- SN2: People who are important to me think that I should use the system.
- SF2: The senior management of this business has been helpful in the use of the system.
- SF4: In general, the organization has supported the use of the system.

Facilitating conditions

- PBC2: I have the resources necessary to use the system.
- PBC3: I have the knowledge necessary to use the system.
- PBC5: The system is not compatible with other systems I use.
- FC3: A specific person (or group) is available for assistance with system difficulties.

Self-efficacy

- I could complete a job or task using the system...
- SE1: If there was no one around to tell me what to do as I go.
- SE4: If I could call someone for help if I got stuck.
- SE6: If I had a lot of time to complete the job for which the software was provided.
- SE7: If I had just the built-in help facility for assistance.

Anxiety

- ANX1: I feel apprehensive about using the system.
- ANX2: It scares me to think that I could lose a lot of information using the system by hitting the wrong key.
- ANX3: I hesitate to use the system for fear of making mistakes I cannot correct.
- ANX4: The system is somewhat intimidating to me.

Behavioral intention to use the system

- BI1: I intend to use the system in the next <n> months.
- BI2: I predict I would use the system in the next <n> months.
- BI3: I plan to use the system in the next <n> months.

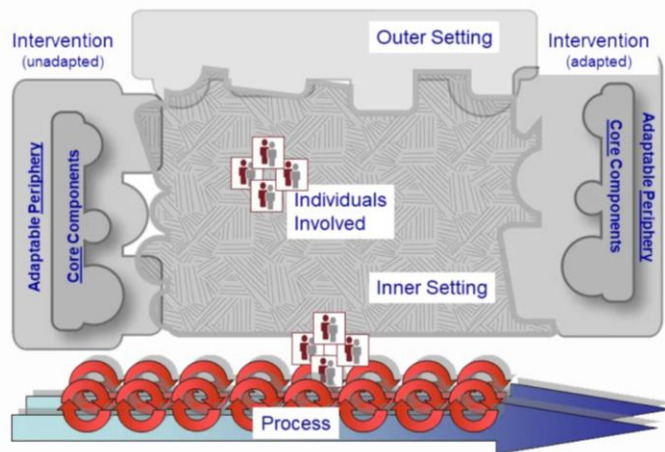
Figuur 4 Lijst met items voor validatie UTAUT-model (32)

Attitude toward using technology (houding ten opzichte van het gebruik van technologie), self-efficacy (zelfredzaamheid) en anxiety (ongerustheid) zijn uiteindelijk niet meegenomen in het UTAUT-model. Het bleek namelijk dat zelfredzaamheid en ongerustheid wel significant zijn in modellen waar verwachte inspanning geen rol speelt (32). De verwachting is dus dat zelfredzaamheid en ongerustheid geen invloed zullen hebben boven op de invloed die verwachte inspanning al heeft op de gebruiksiintenties.

Uit het onderzoek bleek ook dat de houding ten opzichte van het gebruik van technologie in sommige van de bestaande modellen wel significant was en in andere niet. Volgens Venkatesh et al. (32) komt dit dus doordat alle invloed die we zien tussen de houding en de gebruiksiintentie afhankelijk is van de afwezigheid van andere factoren (met name prestatieverwachting en verwachte inspanning).

3.2 Consolidated Framework of Implementation Research (CFIR)

Het CFIR (33) bevat een overzicht van verschillende onderdelen die geassocieerd worden met een effectieve implementatie. Deze onderdelen zijn gebaseerd op een review van 500 bronnen uit 13 verschillende disciplines. Het CFIR heeft verschillende terminologie en definities samengevoegd tot één framework. Het CFIR kan gebruikt worden om (theory-based) systematische implementatie van interventies te evalueren. Hieronder worden de verschillende onderdelen van het CFIR uitgelegd.



Figuur 5 Het CFIR model (33)

Kenmerken van de interventie (intervention characteristics)

Onderstaand worden de dimensies van “kenmerken van de interventie” (33) uitgelegd:

- Bron van de interventie: het beeld dat de belangrijkste belanghebbenden hebben over of de interventie binnen of buiten de organisatie is ontwikkeld.
- Bewijskracht en kwaliteit: de waarnemingen van de belanghebbenden over de validiteit en de kwaliteit van het bewijs dat het geloof dat de interventie werkt ondersteunt.
- Relatief voordeel: De visie van belanghebbenden over het voordeel van de implementatie van deze interventie vergeleken met vergelijkbare interventies.
- Aanpassingsvermogen: De mate waarin een interventie kan worden aangepast, verbeterd of verfijnd kan worden om te voldoen aan de behoeften van de doelgroep.
- Testbaarheid: Het vermogen om de interventie op kleine schaal in de organisatie te testen en indien nodig het roer om te gooien (implementatie ongedaan maken).
- Complexiteit: Ervaren moeilijkheidsgraad van de interventie, uitgedrukt door tijdsduur, reikwijdte, radicaliteit, hoe verstorend het is in het dagelijks leven, hoe centraal de interventie in het leven van de gebruiker staat, hoe ingewikkeld het is en de hoeveelheid stappen die nodig is om de interventie te implementeren.
- Ontwerpkwaliteit en verpakking: Waargenomen uitmuntendheid in hoe de interventie is gebundeld, gepresenteerd en in elkaar is gezet.
- Kosten: Kosten van de interventie en kosten gerelateerd aan het implementeren van de interventie, zoals investeringskosten, leveringskosten, en alternatieve kosten.

Buiten de organisatie (outer setting)

Onderstaand worden de dimensies van “buiten de organisatie” (33) uitgelegd:

- Behoeften en middelen van de patiënt: De mate waarin de behoeften van de patiënt, zowel als de belemmerende en de bevorderende factoren om aan die behoeften te voldoen, bekend zijn en prioriteit krijgen bij de organisatie.
- Kosmopolitisme: De mate waarin een organisatie een netwerk heeft met andere externe organisaties.
- Groepsdruk: Gesimuleerde of competitieve druk om een interventie uit te voeren; meestal omdat de meeste of andere belangrijke gelijkgestemde of concurrerende organisaties al een interventie die voordeel oplevert hebben geïmplementeerd of dat van plan zijn.
- Extern beleid en drijfveren: Een breed concept dat externe strategieën omvat om interventies te verspreiden, waaronder ook beleid en regelgeving (bijv. de overheid of gemeente), externe mandaten, aanbevelingen en richtlijnen, samenwerkingsverbanden en benchmark rapportages.

Binnen de organisatie (inner setting)

Onderstaand worden de dimensies van 'binnen de organisatie' (33) uitgelegd:

- Structurele kenmerken: De sociale architectuur, leeftijd, volwassenheid, en het formaat van de organisatie.
- Netwerken en communicatie: De aard en kwaliteit van sociale netwerken en de aard en kwaliteit van de formele en informele communicatie binnen een organisatie.
- Cultuur: Normen, waarden en veronderstellingen van een organisatie.
- Implementatie-klimaat: De opnamecapaciteit voor verandering, gedeelde ontvankelijkheid van de betrokken individuen bij een interventie en de mate waarin het gebruik van de interventie wordt beloond, ondersteund en verwacht binnen hun organisatie.
 - Spanning voor verandering: De mate waarin de belanghebbenden de huidige situatie beschouwen als ondraaglijk of als toe aan verandering.
 - Compatibiliteit: De mate van overeenstemming tussen het doel en de waarden die door de betrokken individuen aan de interventie worden gehecht, hoe deze aansluiten bij de eigen normen, waarden en waargenomen risico's van individuen, en hoe de interventie past in de bestaande workflow en systemen.
 - Relatieve prioriteit: De gedeelde waarnemingen van individuen over het belang van de implementatie binnen de organisatie.
 - Organisatorische drijfveren en beloningen: Extrinsieke drijfveren zoals het delen van doelen, prestatiebeoordelingen, promoties en salarisverhogingen en minder tastbare drijfveren zoals een hogere status of aanzien of meer respect.
 - Doelen en feedback: De mate waarin doelen duidelijk worden gecommuniceerd, opgevolgd en teruggekoppeld naar het personeel, en de afstemming van de feedback op die doelen.
 - Leerklimaat: Een klimaat waarin a) leiders hun eigen feilbaarheid en de behoefte aan hulp en inbreng van teamleden uiten; b) teamleden zich essentieel, gewaardeerd, en deskundige deelnemers aan het project voelen; c) individuen zich psychologisch veilig voelen om nieuwe methoden uit te voeren; en d) er voldoende tijd en ruimte is voor reflectie en evaluatie.

- Gereedheid voor implementatie: Tastbare en onmiddellijke indicatoren van de betrokkenheid van de organisatie bij het besluit om de interventie te gaan implementeren.
 - Leiderschap betrokkenheid: Inzet, betrokkenheid en verantwoordelijkheid van leiders en managers bij de implementatie.
 - Beschikbare middelen: De hoeveelheid middelen die beschikbaar is gemaakt voor de implementatie, inclusief geld, training, opleidingen, fysieke ruimte en tijd.
 - Toegang tot kennis en informatie: Gemak van toegang tot makkelijk verteerbare informatie en kennis over de interventie en hoe deze toe te passen bij werktaken.

Kenmerken van individuen (individuals involved)

Onderstaand worden de dimensies van 'kenmerken van individuen' (33) uitgelegd:

- Kennis en overtuigingen over de interventie: De houding van individuen tegenover en de waarde die ze hechten aan de interventie, zowel als bekendheid met de feiten, waarheden, en principes die betrekking hebben tot de interventie.
- Zelfeffectiviteit: Individueel geloof in de eigen capaciteiten om de acties uit te voeren die nodig zijn om de implementatiedoelen te bereiken.
- Individuele fase van verandering: Kenschetsing van de fase waarin een persoon zich bevindt, met als einddoel dat deze persoon zich vordert tot bekwaam, enthousiast en langdurig gebruik van de interventie.
- Individuele identificatie met de organisatie: Een breed concept die verband houdt met hoe individuen de organisatie waarnemen, en hun relatie en mate van betrokkenheid bij die organisatie.
- Andere persoonlijke kenmerken: Een breed concept waarin andere persoonlijke eigenschappen zoals tolerantie voor ambiguïteit, intellectueel vermogen, motivatie, waarden, bekwaamheid en leerstijl.

Proces (process)

Onderstaand worden de dimensies van "proces" (33) uitgelegd:

- Planning: De mate waarin vooraf een schema of plan van aanpak zijn ontwikkeld en de kwaliteit van de schema's en het plan van aanpak.
- Betrokkenheid: Het aantrekken en betrekken van de geschikte personen bij de implementatie en het gebruik van de interventie door middel van een strategie die sociale marketing, educatie, rolmodellering, training en andere soortgelijke activiteiten.
 - Opinieeliders: Individen in een organisatie die formele of informele invloed hebben op de houding overtuigingen van hun collega's met betrekking tot de uitvoering van de interventie.
 - Formeel benoemde interne implementatieleiders: Individen van binnen de organisatie die formeel zijn aangesteld met de verantwoordelijkheid voor het implementeren van een interventie als coördinator, projectmanager, teamleider of een andere vergelijkbare rol.

- Voorvechters: individuen die zich inzetten voor het ondersteunen en doorzetten van een implementatie, waarmee ze de onverschilligheid of weerstand overwinnen die de interventie in een organisatie kan oproepen.
- Externe factoren voor verandering: Individuen die zijn aangesloten bij een externe entiteit die interventiebeslissingen formeel in een gewenste richting beïnvloeden of faciliteren.
- Uitvoering: Uitvoeren of realiseren van de implementatie volgens plan.
- Reflectie en evaluatie: Kwantitatieve en kwalitatieve feedback over de voortgang en kwaliteit van de implementatie vergezeld door regelmatige persoonlijk en teambesprekingen over voortgang en ervaringen.

4. Methode

4.1 Design en populatie

Voor dit onderzoek zijn er semigestructureerd interviews afgenomen bij werknemers van Manna en de Stamtafel via beeldbellen. Met behulp van deze interviews is onderzocht hoe de pilot van het project Samen1 met de Digitale Stamtafel ervaren wordt. Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek, omdat hierbij dieper op de antwoorden van de respondenten kan worden ingegaan dan wanneer er een vragenlijst zou worden afgenomen.

De respondenten van de interviews zijn werknemers van Manna en van de Stamtafel en deelnemers van het projectteam Samen1. Leden van het projectteam zijn gevraagd om mee te doen aan het interview via e-mail. Alle betrokkenen die gevraagd zijn voor de interviews waren bereid om hieraan deel te nemen.

De interviews zijn individueel met elke respondent afgenomen via beeldbellen, hierbij waren 2 interviewers aanwezig. Beide interviewers stelden afwisselend vragen aan de respondent, er zat geen vaste volgorde in de verdeling van de vragen onder de interviewers. Wanneer de ene interviewer de vraag stelde focuste de andere interviewer zich op de non-verbale signalen en stelde verdiepende vragen wanneer dit nodig was. De interviews zijn via de opnamefunctie van Microsoft Teams (41) opgenomen, met expliciete toestemming van de respondenten.

4.2 Procedures

Interviews

De interviewvragen zijn opgezet aan de hand van CFIR (33). De relevante onderwerpen werden geselecteerd en aan de hand hiervan werd per persoon en functie het interview opgesteld. Zo waren er een aantal vragen die aan alle respondenten werden voorgelegd maar ook vragen die alleen werden gesteld aan mensen met vergelijkbare functies. De interviews hebben plaatsgevonden in mei 2021.

Analyse

Na de afname van interviews zijn deze getranscribeerd met ondersteuning van Amber Script (42). De interviews zijn gecodeerd met behulp van het programma ATLAS.ti (43). Beide onderzoekers hebben 3 interviews getranscribeerd, hierbij hebben beide onderzoekers eerst 3 interviews open gecodeerd. De interviews die door de ene onderzoeker waren gecodeerd, zijn daarna gecheckt door de andere onderzoeker. Vervolgens zijn de interviews axiaal gecodeerd en als laatst zijn de interviews selectief gecodeerd. Het axiaal en selectief coderen is door beide onderzoekers samengedaan, door via Microsoft Teams (41) te overleggen. De resultaten zijn samengevat in hoofdstuk 5.

4.3 De studie-parameters

De studie-parameters zijn afgeleid van het CFIR-model (33). Binnen het CFIR-model is er een reeds vastgestelde en gevalideerde vragenlijst. Via de officiële website van het model kan er een selectie worden gemaakt van de vragen die relevant zijn of zouden kunnen zijn voor de specifieke situatie die wordt geanalyseerd. Zie bijlage 1 voor de vragen die geselecteerd zijn. Uit de geselecteerde vragen van het CFIR-model is per soort respondent (bijvoorbeeld wijkverpleegkundige) een interviewschema opgesteld. In bijlage 2 is een voorbeeld van één van de interviewschema's weergegeven.

Zoals besproken in hoofdstuk 3.2, bestaat het CFIR-model (zie figuur 5) uit 5 verschillende dimensies van een interventie die worden geëvalueerd; kenmerken van de interventie (intervention characteristics), buiten de organisatie (outer setting), binnen de organisatie (inner setting), kenmerken van individuen (individuals involved) en proces (process).

De geselecteerde vragen die voor de interviews in dit onderzoek zijn gebruikt vallen onder al deze dimensies, maar niet alle verschillende onderwerpen die in hoofdstuk 3.2 per dimensie staan genoteerd waren relevant voor dit onderzoek.

De geselecteerde onderwerpen per dimensie waren (zie hoofdstuk 3.2 voor toelichting van de dimensies):

Kenmerken van de interventie

- Bron van de interventie
- Relatief voordeel

Buiten de organisatie

- Behoeften en beschikbare middelen van de cliënt

Binnen de organisatie:

- Cultuur
- Doelen en feedback

Kenmerken van individuen

- Kennis en overtuigingen over de interventie
- Individuele fase van verandering

Proces

- Planning

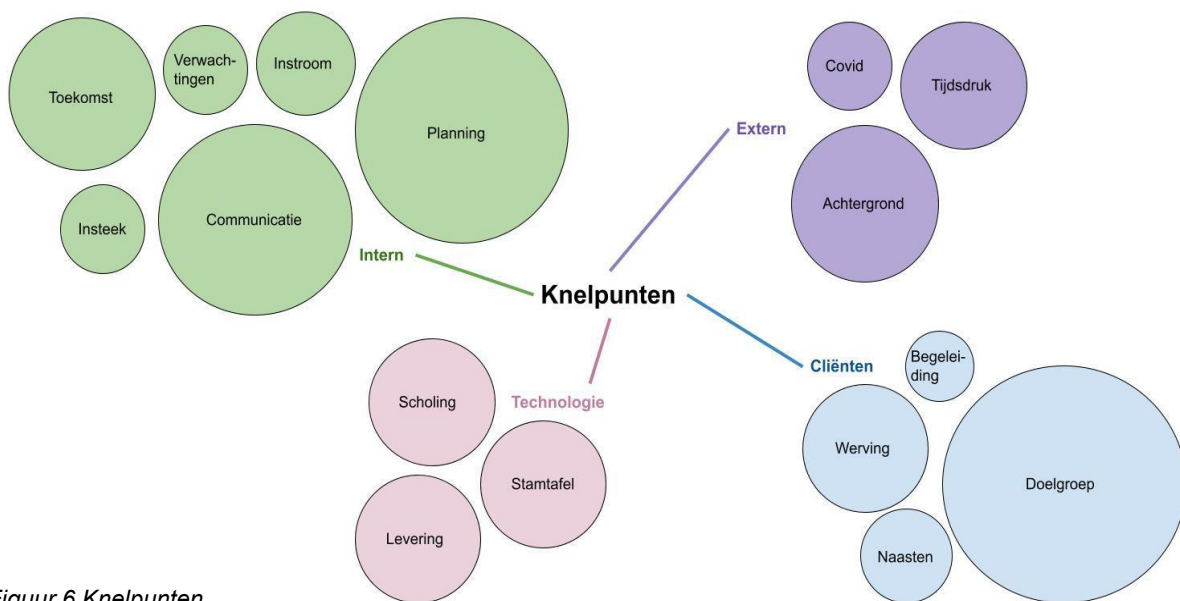
5. Resultaten

Om subvraag 1: “Hoe ervaren leden van het projectteam Samen1 de implementatie van de pilot van het project Samen1 binnen Manna?” te beantwoorden zijn er in totaal 6 interviews afgenomen. De respondenten van deze interviews waren zowel werknemers van Manna als de Stamtabel. De respondenten waren 3 wijkverpleegkundigen, 2 medewerkers van de Stamtabel en 1 projectleider. Alle respondenten horen bij het projectteam Samen 1. De interviews varieerden in lengte van 13-35 minuten. De resultaten van de interviews zijn alleen gebaseerd op de antwoorden die gegeven werden door de respondenten. Er is saturatie bereikt bij de interviews.

In de interviews met medewerkers van Manna en de Stamtabel zijn verschillende aandachtspunten naar voren gekomen met betrekking tot (de implementatie van) de Pilot. In paragraaf 5.1 zullen deze punten uitgelegd worden. In hoofdstuk 6 zullen mogelijke oplossingen worden gegeven over hoe er het beste met deze mogelijke problemen om kan worden gegaan, met oog op grootschalige implementatie.

Bij het coderen is onderscheid gemaakt tussen verschillende categorieën van factoren, de categorieën zijn; interne factoren, externe factoren, cliënten en technologie.

Om de vraag: “Welke knelpunten zijn er bij de implementatie van de pilot van het project Samen1 binnen Manna?” te beantwoorden zijn de knelpunten die bij de interviews zijn geïdentificeerd in hoofdstuk 5.1 t/m 5.4 samengevat. In figuur 6 zijn de gevonden knelpunten weergegeven, de grootte van het bolletje geeft de frequentie aan waarmee het specifieke onderwerp genoemd is in de interviews. De frequentie zegt niet gegarandeerd iets over het formaat of de urgentie van het probleem, maar geeft vooral weer hoe de respondenten het gehele project ervaren en welke problemen er naar voren komen.



Figuur 6 Knelpunten

5.1 Interne factoren

Communicatie

Door middel van de interviews zijn er 3 verschillende soorten problemen met communicatie geïdentificeerd. Een voorbeeld van het eerste probleem is dat er meerdere keren werd aangegeven dat communicatie soms eenzijdig is en dat niet iedereen het initiatief neemt om anderen vragen te stellen of te informeren. Ook kwam een aantal keer naar voren dat het project heel veel schakels bevat en dat het daarom lastig is om met iedereen te kunnen communiceren.

Een voorbeeld van het tweede probleem is de miscommunicatie richting cliënten, deze wordt gekenmerkt door bijvoorbeeld het meermaals verbreken van de belofte dat de iPad's er snel zullen zijn. Er zijn natuurlijk factoren, zoals het wereldwijde chip-tekort die het moeilijk hebben gemaakt om iPad's te kunnen krijgen, maar deze vertragingen zijn niet altijd goed gecommuniceerd richting de cliënten.

Ook zijn er niet voldoende informerende flyers beschikbaar voor cliënten, waar beknopt en duidelijk op staat waar ze zich nou eigenlijk voor aanmelden. Een probleem onder zowel de categorie miscommunicatie richting cliënten valt, als onder miscommunicatie tussen de projectleiders en de medewerkers, omdat het door de onduidelijkheid en hectiek soms lastig is voor de medewerkers om de cliënt uit te leggen wat er nu precies gaat gebeuren en wanneer.

De meeste problemen doen zich voor in de derde categorie: miscommunicatie tussen de projectgroep en de medewerkers. Er werd meerdere keren aangegeven dat er wel een centraal aanspreekpunt is, maar dat er van de gesprekken of afspraken met deze persoon, wordt genoteerd. Hierdoor is er later niks over terug te vinden en is het dus lastig voor mensen die niet aanwezig waren bij deze gesprekken, om deze (nieuwe) informatie te verkrijgen.

Ook werd een aantal keer aangegeven dat er veel verschillende overleggen zijn met veel verschillende mensen. Dit zorgt voor verwarring en gaten in de kennis van sommige medewerkers. Ook werd verteld dat soms de verkeerde medewerkers worden aangesproken over vraagstukken die voor hen niet relevant zijn, zo krijgt persoon A bijvoorbeeld een vraag over waar persoon B mee bezig is, terwijl deze twee personen niet samenwerken en niet zo veel van elkaars werk afweten. Er werd ons ook verteld dat er een grote groep medewerkers is die niet makkelijk bereikbaar is.

Insteek

Uit verschillende interviews komt naar voren dat het er soms op lijkt dat dit project niet goed genoeg is voorbereid, hiermee wordt bedoeld dat het voelt alsof het project een hele lange aanloop nodig heeft gehad, omdat er allemaal onverwachte dingen tussendoor kwamen. Er werd gepraat over het creëren van behoefte bij de cliënten, in plaats van dat er werd gekeken waar de cliënten al behoefte aan hadden voordat dit project begon.

Instroom

Niet iedereen die is geïnterviewd, was vanaf het begin betrokken bij het project. Degenen die

wel vanaf het begin betrokken waren, wisten veel meer te vertellen over de voortgang en de knelpunten van het project dan degenen die zich er later bij voegden.

Planning

Uit de interviews blijkt dat er veel aandachtspunten liggen op het gebied van planning binnen de implementatie van de pilot. Allereerst lijkt er verwarring te zijn over het projectplan. Er is een projectplan geschreven, maar deze is inmiddels eenmalig herzien. Een conceptversie van het projectplan is wel rondgestuurd, maar het nieuwe plan is niet bij iedereen bekend. Daarnaast zou de nieuwste versie van het projectplan niet passen bij de situatie van Manna. De ontwikkeling van een plan van aanpak is volgens sommigen naar de achtergrond geraakt omdat er simpelweg te veel andere dingen gedaan moesten worden. Daarnaast heeft het inzetten en begeleiden van studenten veel tijd gekost.

Er werd door meerdere mensen aangegeven dat er binnen de implementatie vaak dingen worden aangepast en er “vaak wordt geschoven met deadlines en datums”. Dit zorgt bij sommigen voor onduidelijkheid en onrust. De onduidelijkheid wordt mede veroorzaakt doordat er geen duidelijk overzicht is van informatie of afspraken.

Verwachtingen

De verwachtingen over het project zijn over het algemeen positief. De meeste respondenten verwachten dat wanneer het project eenmaal goed loopt, het een bijdrage kan leveren aan mogelijkheden voor de cliënten om contacten te leggen en het een nuttig hulpmiddel kan zijn binnen de digitale zorg.

Toekomst

De verwachting van meerdere respondenten is dat de volgende generatie cliënten van Manna meer geïnteresseerd zullen zijn in het project dan de huidige cliënten van Manna (met name de tachtigers). Daarnaast wordt ervaren dat er nog onvoldoende zicht is op wat precies de doelgroep is. In de toekomst moet er volgens de respondenten meer zicht zijn op wie de cliënt eigenlijk is, wat zijn netwerk is en hoe het netwerk betrokken kan worden bij het project. Het project wordt door de meeste respondenten echt gezien als “iets van de lange adem”.

Een ander aandachtspunt dat wordt genoemd is het verhogen van de communicatiekracht van de medewerkers van Manna. Op dit moment blijkt het lastig om bepaalde medewerkers met “kleine contracten” te betrekken bij het project. Wanneer het project op grotere schaal zal worden ingezet, is het belangrijk dat dit wel lukt.

5.2 Externe factoren

Achtergrond

Het merendeel van de respondenten gaf aan eerdere kennis te hebben van vergelijkbare projecten, zoals beeldzorg of zelfs ervaring met de Stamtafel. De bereidheid van verschillende wijken om mee te doen aan dit project lijkt op het eerste gezicht niet ver uit elkaar te liggen, wel is het duidelijk geworden dat de ene medewerker veel meer ervaringen heeft met digitale

beeldzorg dan een ander. Er is ons wel door meerdere respondenten verteld dat de Stamtafel bij intramurale zorg heel succesvol is uitgerold. Wat duidelijk naar voren kwam is dat bij eerdere projecten met de Stamtafel de naasten meer betrokken waren dan bij dit project.

Covid

De huidige situatie en de belemmeringen die de maatregelen met zich meebrengen zijn lastig geweest om mee te kunnen werken. Meerdere malen werd aangegeven dat het project zonder corona heel anders was gelopen.

Tijdsdruk

Verschillende geïnterviewde partijen ervaren tijdsdruk. Eén van de oorzaken die hiervoor werd genoemd was het inzetten van studenten en het zo snel mogelijk starten van een onderzoek. Daarnaast hebben de meeste mensen het idee dat het simpelweg niet zo snel gaat lukken: “Het is iets van de lange adem”, is iets wat regelmatig werd gezegd. “De doelgroep moet nog geënthousiasmeerd worden en dit is iets wat tijd nodig heeft”.

5.3 Cliënten

Begeleiding

De meeste respondenten lijken het erover eens te zijn dat de inzet van de hulpstudenten cruciaal is voor het slagen van dit project. De begeleiding en ondersteuning die deze studenten kunnen bieden schijnt voor veel cliënten de doorslaggevende factor te zijn. Wanneer het project alleen uit de digitale zorg zou bestaan, zouden de cliënten van Manna, volgens de respondenten, minder enthousiast zijn.

Doelgroep

Er kwam meerdere keren naar voren dat er onduidelijkheid heerst over de vraag of de doelgroep wel goed gedefinieerd is en of de gekozen doelgroep wel geschikt is. Er zijn in de interviews veel verschillende dingen naar voren gekomen over de doelgroep.

Allereerst werd in de interviews verteld dat niet iedereen in staat is om een iPad te gebruiken. Er is bij sommige cliënten angst dat ze het niet kunnen, anderen raken fysiek of mentaal uitgeput bij het gebruik van technologie, zoals iPads en weer anderen geven aan dat digitale zorg gewoon een drempel is voor sommige cliënten.

Een respondent benadrukte meermaals dat er van tevoren niet voldoende randvoorwaarden (inclusie- en exclusiecriteria) zijn opgesteld. Er werd meerdere keren verteld dat er cliënten zijn die wel aan het project mee zouden willen doen, maar dat deze worden uitgesloten. Ook werd er benoemd dat sommige mensen gewoon niet nóg meer mensen over de vloer willen hebben. Het leek erop dat de verschillende respondenten allemaal een ander beeld hadden van wat nu precies de doelgroep is.

Het promoten van het project bij de doelgroep gaat volgens sommigen vrij moeilijk, bij sommige cliënten begint door de herhaaldelijke uitstelling van de ontvangst van iPads het geduld op te raken. Meerdere mensen gaven aan dat het goed zou zijn als er succesverhalen zouden kunnen worden gedeeld om zo de doelgroep te motiveren om mee te willen doen.

Als laatste viel het op dat de categorie: “alle cliënten van Manna”, veel te breed is. Lang niet iedere cliënt van Manna woont alleen en sommige van hen werken ook nog gewoon en hebben zo dus voldoende communicatie. Ook werd er benoemd dat sommige cliënten heus wel eenzaamheid ervaren maar hier misschien liever zelf iets aan willen en kunnen doen. Ook werd er gezegd dat er een verschil is in bereidheid om mee te doen tussen de cliënten uit Hengelo en de cliënten uit Enschede.

Betrokkenheid van naasten/familie

De implementatie binnen Manna verschilt in vergelijking met eerdere projecten, waarbij de Stamtafel intramuraal werd ingezet. Bij zorggroep Manna wordt het project extramuraal uitgezet. Dit betekent dat er vooral contact is met de cliënt zelf en er weinig of geen contact is met de familie of naasten van de cliënt. Hierdoor is er weinig overzicht van het netwerk van de cliënt. Op dit moment worden naasten niet betrokken in het project (door bijvoorbeeld scholing). Dit wordt gezien als mogelijk probleem wat het lastiger maakt om cliënten over te halen mee te doen met het project, omdat sommige van hen nou eenmaal niet geïnteresseerd zijn in nieuwe contacten leggen, maar wel in het onderhouden van contact met hun naasten.

Werving

De werving van cliënten door de wijkverpleegkundigen werd door de meeste geïnterviewden gezien als iets wat wel een blijvende manier is van werven. Echter was de ervaring dat het lastig is om mensen puur en alleen met een verhaal te overtuigen. Het ondersteunen van het verhaal van de medewerkers met een mail/brief (vanuit Manna) bleek wel een belangrijke factor om meer cliënten te overtuigen.

Een belangrijk punt waarom er cliënten zijn die misschien nu niet willen deelnemen aan het project blijkt de belofte van een eerder project, waarbij ook iPad's zouden worden uitgedeeld. Cliënten die zich toen hadden opgegeven, maar geen iPad hebben ontvangen, bleken nu minder bereid om mee te doen omdat ze geen hoge verwachtingen hebben dat ze daadwerkelijk een iPad krijgen

5.4 Technologie

Levering

Eén grote factor die voor veel problemen heeft gezorgd is het achterblijven van de levering van iPad's met een chip voor internet. Door omstandigheden werd deze levering steeds vertraagd, volgens één respondent is dit niet duidelijk gemaakt voor de cliënten. Meerdere respondenten geven aan dat ze het heel jammer vinden dat deze belemmeringen het project vertragen.

Scholing

Aandachtspunten met betrekking tot scholing werden mede veroorzaakt door de situatie

rondom Covid. Dit heeft ervoor gezorgd dat de scholing voor studenten en medewerkers digitaal was. De digitale scholing “stond nog in de kinderschoenen” en was daarom nog niet professioneel en duidelijk.

Stamtafel

Zoals eerder genoemd verschilt het project met Manna van eerdere projecten van de Stamtafel, omdat de Stamtafel nu extramuraal wordt gebruikt. De ervaring van sommige medewerkers is dat de Stamtafel nog volop bezig is met het ontwikkelen en bouwen van het product, omdat het nog een relatief jonge organisatie is. Een voorbeeld dat werd genoemd is dat er nog geen duidelijk overzicht is met wat de Stamtafel precies inhoudt (bijvoorbeeld in de vorm van een flyer). Het duurt daarom erg lang om aan de cliënten uit te leggen wat het project precies inhoudt.

6. Selectie van oplossingen

Om subvraag 3: “Welke oplossingen zijn er voor de knelpunten die naar voren komen tijdens de interviews met de leden van het projectteam?” te beantwoorden, zijn er in dit hoofdstuk per knelpunt getracht om oplossingen te bedenken. In hoofdstuk 6.2 staan mogelijke suggesties voor het toepassen van alle verschillende adviezen.

6.1 Adviezen

Communicatie en informatieverstrekking

Uit de interviews is gebleken dat elk van de respondenten aangaf dat de communicatie op meerdere vlakken stroef of slecht verloopt. Niet ieder lid van het project heeft beschikking tot, of kennis van, dezelfde informatie. Omdat het lastig is om met iedereen, iedere week een overleg te hebben, is het advies om ervoor te zorgen dat alle belangrijke dingen die naar voren komen in een overleg te noteren of samen te vatten en vervolgens op een centrale plek (een digitaal prikbord) te plaatsen.

Uit de interviews kwam ook duidelijk naar voren dat het informeren van cliënten soms lastig is, omdat er nog geen duidelijke beknopte samenvatting van het project is, bijvoorbeeld in de vorm van een flyer. Het advies is dan ook zijn om wel zo'n flyer te maken. Zorg er hierbij wel voor dat mensen met verschillende functies hierbij worden betrokken, om ervoor te zorgen dat de flyer zowel qua informatievoorziening als qua niveau, overeenkomt met de doelgroep.

Als laatste advies over de communicatie is dat er beter gecommuniceerd moet worden welke mensen bij welke overleggen moeten zijn. Zorg dat er een duidelijk overzicht is van welke punten je bij welk overleg wilt bespreken en betrek dan vervolgens de mensen voor wie dit relevant zou kunnen zijn.

Instroom en kennis projectleden

Sommige leden van het projectteam zijn al vanaf het begin betrokken bij dit project, anderen zijn later aan het project gekoppeld. Het viel tijdens de interviews op dat degenen die al vanaf het begin betrokken zijn bij het project veel meer wisten te vertellen over het project en ook veel beter wisten waar de knelpunten lagen. Een advies om dit verschil weg te werken is om de personen die zich later bij het team hebben gevoegd, beter te informeren over wat er allemaal al heeft plaatsgevonden, voordat zij erbij betrokken werden. Zo zorg je ervoor dat iedereen op gelijke voet in het project staat en daaruit vloeien waarschijnlijk betere resultaten vanuit de overleggen.

Doelgroepselectie

Een duidelijk aantoonbaar thema in alle interviews waren de problemen met de doelgroep (34). Bijna iedere respondent wist andere dingen over de kenmerken van de doelgroep te vertellen, er was dus geen consensus over wat exact de inclusie en exclusiecriteria waren voor de doelgroep. Het advies is daarom om duidelijk voor iedereen vast te stellen wat de doelgroep nu precies is, wat de randvoorwaarden zijn, en wat de inclusie- en exclusiecriteria zijn. Zorg er hierbij wel voor dat je iedereen betreft bij deze keuzes, want uit de interviews bleek ook wel dat mensen uit verschillende wijken ook anders tegen deze interventie aan keken. Het kan zomaar

zo zijn dat in één wijk alleen mensen onder de 75 mee zouden willen doen, maar in een andere wijk juist wel iedereen tussen de 75 en 85. Door er meerdere mensen bij te betrekken voorkom je dat je doelgroep te breed wordt of juist te restrictief. Het is waarschijnlijk ook belangrijk om wat meer te weten over de achtergrond van de personen in de doelgroep. Door mensen te betrekken die bekend zijn met de personen in de doelgroep kan er een duidelijk profiel worden geschetst en kunnen ook mogelijke belemmeringen worden besproken. Het is niet erg als tijdens het project de doelgroep verandert, maar zorg wel dat iedereen op de hoogte is van de veranderingen en ook waarom het is veranderd.

Wanneer de doelgroep bepaald is, zorg er dan voor dat deze duidelijk naar iedere werknemer wordt gecommuniceerd.

Werving van cliënten

Eén van de duidelijke knelpunten in dit project was het gebrek aan cliënten die mee wilden doen. De werknemers gaven aan dat het enthousiasme bij de meeste cliënten wel aanwezig was maar dat ze teleurgesteld zijn doordat bij een eerder project met iPad afgelopen jaar, de iPad's uiteindelijk niet zijn geleverd.

Het is daarom belangrijk dat de cliënten goed op de hoogte worden gehouden, bijvoorbeeld door duidelijk aan te geven waarom de iPads niet aankomen, zodat ze meer het gevoel hebben dat ze betrokken worden bij het project. Dit zou wellicht een positieve impact kunnen hebben op de bereidheid om mee te doen aan het project.

Een ander mogelijk advies is zoals in de interviews ook al wel een aantal keer werd benoemd, filmpjes te maken van succesvolle projecten met behulp van de Stamtafel/iPads. Het laten zien van deze filmpjes als een vorm van marketing, zou kunnen helpen om cliënten te overtuigen van het nut van het project Samen1.

Betrekken van naasten/familie

Uit de interviews bleek dat naasten van de cliënt op dit moment niet worden betrokken in het project. Een beter beeld van het netwerk van de cliënt kan ervoor zorgen dat naasten mee kunnen worden genomen in het project en wanneer ze dit willen ook deel kunnen nemen aan scholing. Op deze manier kunnen behalve vrijwilligers en zorgverleners, ook naasten de cliënt ondersteunen in het gebruik van de Stamtafel. Daarnaast hebben naasten mogelijk een stimulerende invloed op de motivatie van de cliënten om deel te nemen aan het project. Sociale invloed is namelijk één van de directe determinanten voor gebruiksintentie en gebruiksgedrag uit het UTAUT-model (32). Het effect van sociale invloed is het grootst bij vrouwen, met name bij oudere vrouwen en onder verplichte omstandigheden en bij weinig ervaring met vergelijkbare technologie.

Een mogelijke oplossing is dan ook om niet alleen contact te leggen met de cliënt zelf, maar ook dieper in zijn/haar omgeving te duiken en naasten/familieleden te betrekken bij het project en mogelijk ook zelfs bij de begeleiding van de Stamtafel.

Optimaliseren projectplan

Uit de interviews bleek dat er op dit moment géén volledig passend projectplan is bij de situatie van Manna nu. Uit onderzoek (35) blijkt dat het schrijven een implementatieplan een belangrijk onderdeel is voor een succesvolle implementatie. Het advies is dan ook om te werken aan het

optimaliseren van het projectplan/implementatieplan met oog op de implementatie op grotere schaal. Het maken van een duidelijk projectplan met afspraken en informatie kan er daarnaast voor zorgen dat medewerkers en deelnemers aan het projectteam minder tijdsdruk ervaren, omdat ze op deze manier een duidelijk overzicht van de plannen en doelstellingen hebben.

Scholing

De problemen rondom scholing werden met name veroorzaakt door de situatie rondom Covid. De online scholing was nieuw en hierdoor liep men tegen verschillende problemen aan. Studenten waren bijvoorbeeld soms moeilijk te bereiken of wisten niet dat ze aanwezig moesten zijn. De hoop is natuurlijk dat de situatie rondom Covid verbeterd, zodat scholing weer live kan plaatsvinden. Mocht dit niet zo zijn, dan zou het advies zijn om de online scholing verder te ontwikkelen. Op dit moment wijst onderzoek (36) uit dat er geen verschil is in resultaten tussen studenten die online les krijgen of studenten die lessen volgen op locatie.

6.2 Toepassing van adviezen

Er zijn meerdere knelpunten naar voren gekomen in de interviews. Sommige van deze problemen zijn urgenter dan andere problemen. Het advies is om de problemen rondom communicatie en informatieverstrekking, doelgroepselectie en het optimaliseren van het projectplan de prioriteit te geven. Het is wel van belang dat binnen het projectplan ook aandacht wordt besteed aan de punten: instroom, werving van cliënten, het betrekken van naasten en/of familieleden en het optimaliseren van de scholing voor medewerkers en studenten.

Het kan lastig zijn om al deze veranderingen gelijktijdig door te voeren, agile werken, en dan met name scrum zou hierbij kunnen helpen. Bij scrum (37) werk je met korte “sprints”, periodes van rond de 2 á 3 weken, aan het begin van zo'n sprint is een overleg waarin de doelen voor de komende sprint vast worden gelegd. Als de sprint voorbij is, is er een teamoverleg waarin wordt gekeken hoe het de afgelopen sprint is gegaan, wat ging er goed? Wat ging er fout? Steeds meer projectteams stappen over op scrum omdat het teams helpt om sneller te werken, het de productiviteit verhoogt, de communicatie en samenwerking tussen teamleden vergroot en omdat het de teamgeest vergroot.

Scrum is een manier van werken die het eerst werd gebruikt binnen de ICT, maar het wordt de laatste paar jaar ook steeds vaker gebruikt voor productontwikkeling (38). De Stamtafel zelf is al een volwaardig product, maar wat het project Samen1 kan bieden is meer dan alleen de Stamtafel. Door scrum te gebruiken om het “product” Samen1 verder uit te werken

Elke sprint (37) begint met een planning. De projectvoorwaarden worden genoteerd in de ‘product backlog’, deze worden verdeeld als individuele taken en krijgen een prioriteit toegewezen. De taken met de hoogste prioriteit worden verplaatst naar de ‘sprint backlog’ en moeten in de vastgestelde sprint worden uitgevoerd. De uitkomsten van een sprint moeten goed worden gedefinieerd zodat er feedback op kan worden gegeven. Tijdens de planningsfase wordt de ‘product back log’ ook bijgehouden en aangepast indien dat nodig is aan de hand van veranderende eisen van gebruikers of als er dingen veranderen buiten de organisatie.

Scrum (37) staat vooral bekend vanwege de dagelijkse overleggen genaamd 'daily scrums', deze overleggen duren gemiddeld 15 minuten en vinden iedere dag plaats op dezelfde plek, en dezelfde tijd. Bij deze overleggen verteld ieder teamlid waar ze de dag ervoor mee bezig zijn geweest, welke doelen ze hebben behaald, waar ze vandaag mee bezig gaan en mogelijke obstakels bij het bereiken van de doelen gesteld voor die dag. De voortgang van alle sprints wordt bijgehouden op een centraal prikbord, deze kan zowel fysiek als digitaal zijn.

Een andere methode om de implementatie te helpen zou het "triple-c model" (39) kunnen zijn, dit model is al bij meerdere digitale interventies in de gezondheidszorg succesvol toegepast. Het triple-c model bestaat uit 3 overlappende fases; fase 1 Consultation (overleg), fase 2 Collaboration (samenwerking) en fase 3 Consolidation (versterking). In tegenstelling tot vergelijkbare modellen houdt het triple-c model rekening met de duurzaamheid binnen elke fase, om ervoor te zorgen dat alles goed verloopt en er geen onmogelijke taken ontstaan. Duurzaamheid van een interventie is een essentiële factor voor succesvolle verandering en implementatie. Voorbeelden van strategieën voor duurzaamheid zijn lange termijnplanning, het blijven volgen van adoptie van de interventie, financiële planning en het in kaart brengen van de sociale omgeving waarbinnen de interventie wordt gebruikt.

In de overleg-fase worden de ideeën verdeeld aan de hand van prioriteit, de gebieden waarop nog moet en kan worden verbeterd worden geïdentificeerd en er wordt een proces map gemaakt. Een proces map is in principe gewoon een korte planning van het verloop van het implementatieproces, het is vergelijkbaar met een roadmap zoals al eerder is opgesteld bij Manna.

In de samenwerkings-fase moet er duidelijkheid komen over de rol die elk lid van het team heeft en welke verantwoordelijkheden daaraan gebonden zijn. Ook moet er worden besproken of er tijdens de implementatie verandering komen in de organisatiestructuur of in de rolverdeling binnen het projectteam.

Bij de versterking-fase is het belangrijk dat de protocollen worden gestandaardiseerd, ook moet er in deze fase voor worden gezorgd dat er geen verschil meer is tussen de praktijk en de vastgestelde protocollen. Daarnaast is het in deze fase belangrijk dat er een gevarieerde groep medewerkers met de gepaste skills meedoet aan het project. Ook is het van belang dat de data van de cliënten beschikbaar is in deze fase, en er moet worden gezorgd voor voldoende middelen.

7. Discussie

De hoofdvraag die in dit onderzoek centraal stond was: “Op welke manier kan het project Samen1 met de Digitale Stamtafel optimaal geïmplementeerd worden binnen Zorggroep Manna?”. Tijdens dit onderzoek zijn er interviews afgenomen bij leden van het projectteam Samen1. Bij deze interviews zijn er binnen de categorieën: “interne factoren, externe factoren, cliënten en technologie”, knelpunten geïdentificeerd. Vervolgens zijn er per knelpunt adviezen opgesteld om de problemen te verhelpen, en vervolgens ook een advies over de werkwijze die ondersteunend zou kunnen zijn bij de implementatie.

Validiteit

Tijdens het onderzoek is er gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews, waarbij de vragen gebaseerd waren op het CFIR-framework (33). Het CFIR-framework is ontwikkeld om systematisch evaluaties uit te voeren van implementatie van interventies, zodat de implementatie tijdig verbeterd kan worden. Het doel van het onderzoek was om te onderzoeken op welke wijze het project Samen1 met de Digitale Stamtafel optimaal geïmplementeerd kan worden binnen zorggroep Manna. Door interviews te houden met medewerkers van het project Samen1 over de Pilot van het project, zijn er knelpunten naar voren gekomen voor verdere implementatie. Voor deze knelpunten zijn er oplossingen/adviezen opgesteld, waardoor er uiteindelijk een antwoord is gekomen op de vraag: Op welke manier kan het project Samen1 met de Digitale Stamtafel optimaal geïmplementeerd worden binnen Zorggroep Manna? Er is dus gemeten wat er gemeten moest worden om tot een antwoord op de onderzoeksvraag te komen.

Interne validiteit

Om de interne validiteit van de interviews zoveel mogelijk te waarborgen, is er gebruik gemaakt van een interviewschema. Omdat het interview semigestructureerd was, was er echter geen vaste volgorde van vragen. Hiervoor is gekozen omdat op deze manier de volgende vraag die gesteld werd, uitgekozen kon worden op basis van de antwoorden van de respondent. Het vraagstuk wat er precies misging binnen het project was vrij breed, waardoor het tijdens de interviews vooral aftasten was welke onderwerpen er aan bod zouden komen en waar de problemen volgens de respondent precies lagen.

Externe validiteit

Bij dit onderzoek zijn er alleen medewerkers geïnterviewd van het project Samen1 binnen zorggroep Manna. De resultaten van dit onderzoek zijn daarom niet generaliseerbaar naar andere zorginstellingen of andere soortgelijke projecten, maar specifiek voor het project Samen1.

Interpretatie resultaten

De resultaten van het onderzoek waren deels in overeenstemming met wat van tevoren verwacht werd. De ervaring tijdens het begin van het onderzoek was dat niet alles duidelijk werd gecommuniceerd. In de interviews kwam ook naar voren dat er nog geen duidelijk overzicht is van alle afspraken en veel dingen alleen mondeling worden besproken, waardoor er snel dingen misgaan in de communicatie. Daarnaast werd er van tevoren ook verwacht dat de doelgroep een probleem was, omdat er steeds aangegeven werd dat er nog geen cliënten waren om deel te nemen aan het project.

Vooraf was de verwachting dat de meeste cliënten niet deel wilden nemen aan het project omdat ze zich geïntimideerd voelden door technologie. Uit de resultaten bleek dat dit in

sommige gevallen wel zo is, maar dat er ook cliënten zijn die gewoonweg niet de behoefte hebben om mee te doen, bijvoorbeeld omdat ze nog wat jonger zijn en zelf genoeg contacten kunnen leggen. In andere gevallen blijkt het fysiek of geestelijk niet mogelijk om een iPad te kunnen gebruiken of vinden mensen het niet fijn wanneer er (nog meer) mensen over de vloer komen, omdat bijvoorbeeld de zorg en huishoudelijke hulp ook al over de vloer komt.

Uit de resultaten bleek ook dat naasten/familieleden van de cliënten op dit moment niet betrokken worden bij het project. Deze factor werd pas tijdens de interviews genoemd en was nog niet eerder ter sprake gekomen. Vanuit het theoretisch framework, waarin de UTAUT (32) beschreven wordt, kan echter een goede verklaring worden gegeven, waarom dit invloed heeft op het werven van cliënten voor het project. Eén van de 4 determinanten voor gebruikszintentie en gebruiksgedrag uit dit framework is namelijk social influence. Het niet betrekken van de naasten/familieleden kan daarom mogelijk invloed hebben op de bereidheid van de cliënt om mee te doen.

Een ander inzicht is het gebrek aan een passend implementatieplan en goede planning. Vooraf werd verwacht dat er qua planning wat onduidelijkheid was, maar werd er gedacht dat dit vooral onder de studenten voorkwam. Het was niet bekend dat eigenlijk veruit de meeste respondenten dit ook zo ervaren. Medewerkers weten niet precies waar ze aan toe zijn, want is geen duidelijk overzicht van afspraken of van een planning. Het implementatieplan is wel geschreven, maar doordat het implementatieplan volgens sommige respondenten niet goed past bij de huidige situatie, wordt hier geen gebruik van gemaakt. Dit was ook een verrassend en belangrijk punt, omdat een implementatieplan en belangrijk onderdeel is van een succesvolle implementatie (35).

Resultaten uit eerdere onderzoeken

In 2016 is er literatuuronderzoek (40) gedaan naar barrières en faciliterende factoren van mHealth onder ouderen, hierin werden 36 onderzoeken meegenomen. Barrières die hierin naar voren kwamen waren onder andere: complexiteit/organisatie niet klaar (21%), limieten van gebruikers (12%), slecht hanteerbaar (zwaar en onhandig) (7%), diffusie (5%).

De barrière 'complexiteit/organisatie niet klaar' (40), gaat onder andere over het gebrek aan kennis van het personeel om de nieuwe manier van werken te gaan gebruiken. In dit onderzoek kwam naar voren dat de scholing vanwege Covid digitaal moest worden gegeven in plaats van live. De scholing verliep hierdoor minder goed dan men gehoopt had. Volgens de literatuur kan gebrek aan kennis dus wel degelijk invloed hebben op de implementatie van mHealth.

Een andere barrière voor de implementatie is 'limieten van gebruikers' (40). Deze barrière gaat onder andere over het onvermogen van de gebruikers om om te gaan met technologie, dit kan voorkomen dat mensen de technologie (optimaal) gebruiken. Daarnaast gaat het over de invloed van zorgverleners en familieleden. Het gebruik van de mHealth interventie door de ouderen is afhankelijk van of de zorgverleners en familieleden de gebruikers stimuleren om de mHealth interventie te gebruiken of juist niet. Deze barrières kwamen ook naar voren in de resultaten van dit onderzoek.

Een derde barrière die genoemd wordt in de literatuur is 'slechte hanteerbaarheid' (40). Het probleem hierbij is dat de mHealth interventie te zwaar zou zijn en/of lastig te hanteren. In de interviews van dit onderzoek kwam ook naar voren dat het voor sommige cliënten niet mogelijk is om de tablets te gebruiken. Ook dit is dus een bekende barrière in de implementatie van mHealth.

Een laatste veel voorkomende barrière is diffusie (40). Dit houdt in dat het over het algemeen lang duurt voordat een mHealth interventie geadopteerd wordt. Dit blijkt ook uit het huidige onderzoek. Uit de resultaten kwam naar voren dat de gedachte over het algemeen ook is dat het een lange termijn ontwikkeling is om het project volledig te implementeren.

Uit een ander onderzoek (39) blijkt 'problemen bij medewerkers' een belangrijke barrière te zijn. Effectief teamwork bestaat uit samenwerken, coördineren en communiceren tussen de verschillende medewerkers. Effectieve communicatie tussen teams zorgt voor coöperatie en coördinatie. Om succesvol te kunnen zijn moet elk teamlid begrijpen wat het doel is, wat de rolverdeling is, wat de verantwoordelijkheden zijn, wat de taken omvatten en wat het projectplan is. Vertrouwen hebben in de andere teamleden en delen van informatie is daarnaast essentieel om samenwerking te kunnen garanderen. Alle punten die hierin genoemd worden komen overeen met de resultaten uit het onderzoek. Op dit moment zijn er binnen het project problemen met communicatie en het delen van informatie. Daarnaast is er geen duidelijk plan waarin iedereen terug kan vinden wat er nu precies de bedoeling is. De problemen die gevonden zijn op het gebied van communicatie en informatievoorziening, komen dus overeen met wat er in de literatuur te vinden is.

Beperkingen van het onderzoek

Het onderzoek beperkt zich tot medewerkers van het project Samen1. Om meer inzicht te krijgen in de beweegredenen van de cliënten waarom ze wel of niet mee willen doen aan het project en wat precies de geschikte doelgroep is voor het project, zouden ook de cliënten zelf geïnterviewd moeten worden. Omdat er onvoldoende tijd was om ook cliënten te kunnen interviewen, is dit niet gedaan.

Suggesties voor vervolgonderzoek

Een beperking van dit onderzoek was dat er geen cliënten geïnterviewd zijn. Om de doelgroep goed te kunnen bepalen is het van belang om na te gaan wat de beweegredenen van cliënten zijn om wel of niet deel te nemen aan het onderzoek en welke groep cliënten er wel mee zou willen doen aan het project.

Wanneer het project daadwerkelijk geïmplementeerd is, is het van belang om de effectiviteit van de interventie tegen eenzaamheid te meten. Omdat het aan het begin van ons onderzoek de bedoeling was dat wij ons hiermee bezig zouden houden, is er door ons al een vragenlijst ontwikkeld welke door Manna gebruikt zou kunnen worden om de effectiviteit van het project te meten. Deze vragenlijst is te vinden in bijlage 3. Deze vragenlijst moet dan zowel aan het begin van het project als na enkele weken/maanden ingevuld worden. Op basis hiervan kan worden gekeken of er een verschil is in de mate van eenzaamheid die de cliënt ervaart.

Aanbevelingen:

- Zorg voor duidelijke afbakening van de doelgroep
- Zorg voor een optimaal implementatieplan
- Zorg voor goede informatievoorziening voor verschillende betrokkenen (wijkverpleegkundigen, studenten, leden van het projectteam, cliënten)
- Let op de determinanten voor gebruiksententie en gebruiksgedrag van het UTAUT-model: Sociale invloed (betrekken van familie/naasten), prestatieverwachting, verwachte inspanning, faciliterende voorwaarden.

8. Referenties

1. Volksgezondheidszorg.info. Eenzaamheid, cijfers & context, samenvatting [Available from: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/eenzaamheid/cijfers-context/samenvatting#bronverantwoording>].
2. Definitie eenzaamheid [Available from: <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/eenzaam#.YMhxsPkzblW>].
3. De Jong Gierveld J. Eenzaamheid: een meersporig onderzoek: Deventer: Van Loghum Slaterus; 1984.
4. De Jong Gierveld J, van Tilburg T. De ingekorte schaal voor algemene, emotionele en sociale eenzaamheid. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie. 2008;39(1):4-15.
5. Beuning J van CM, Moonen L. Meten van eenzaamheid 2018 [updated 26-09-2018. Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2018/39/meten-van-eezaamheid>].
6. Stam C. Wat kan de professional doen tegen eenzaamheid? 2015 [Available from: <https://www.zorgwelzijn.nl/wat-kan-de-professional-doen-tegen-eezaamheid-2692742w/>].
7. Holwerda TJ, Deeg DJ, Beekman AT, van Tilburg TG, Stek ML, Jonker C, et al. Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2014;85(2):135-42.
8. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. Heart. 2016;102(13):1009-16.
9. Cacioppo JT, Hawkley LC, Thisted RA. Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. Psychol Aging. 2010;25(2):453-63.
10. Gezondheid.nl. Monique Beernink over eenzaamheid binnen zorginstelling Manna [Available from: <https://www.gezondheid.nl/article/monique-beernink-over-eezaamheid-binnen-zorginstelling-manna>].
11. Zorggroep Manna [Available from: <https://www.zorggroep-manna.nl/>].
12. De Stamtafel [Available from: <https://www.stamtafel.nl/>].
13. Mil Ev. eHealth & mHealth bij GLI [Available from: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/behandeling_van_kinderen_met_obesitas/ehealth_mhealth]

[bij_gli.html#:~:text=Dit%20is%20gebruik%20van%20\(vooral,of%20verbetering%20van%20de%20gezondheid.](#)

14. WHO.nl. Constitution [Available from: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>.

15. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *Bmj*. 2011;343: d4163.

16. Huber M. Naar een nieuw begrip van gezondheid: Pijlers voor Positieve Gezondheid. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*. 2013;91(3):133-4.

17. Mijn positieve gezondheid [Available from: <https://mijnpositievegezondheid.nl/>.

18. van Campen C; van Tilburg, T. Kwetsbaar en eenzaam? 2018 [Available from: <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2018/06/15/kwetsbaar-en-eezaam>.

19. Patrick JTCaW. Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection: W. W. Norton & Company; 2008. 336 p.

20. Boomsma DI, Willemsen G, Dolan CV, Hawkey LC, Cacioppo JT. Genetic and Environmental Contributions to Loneliness in Adults: The Netherlands Twin Register Study. *Behavior Genetics*. 2005;35(6):745-52.

21. Ettema EJ, Derksen LD, van Leeuwen E. Existential loneliness and end-of-life care: a systematic review. *Theor Med Bioeth*. 2010;31(2):141-69.

22. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment*. 1996;66(1):20-40.

23. Masi CM, Chen H-Y, Hawkey LC, Cacioppo JT. A Meta-Analysis of Interventions to Reduce Loneliness. *Personality and Social Psychology Review*. 2010;15(3):219-66.

24. Rijksoverheid. Aanpak eenzaamheid onder ouderen [Available from: <https://www-rijksoverheid-nl.ezproxy2.utwente.nl/onderwerpen/eezaamheid/aanpak-eezaamheid>.

25. Bessaha ML, Sabbath EL, Morris Z, Malik S, Scheinfeld L, Saragossi J. A Systematic Review of Loneliness Interventions Among Non-elderly Adults. *Clinical Social Work Journal*. 2020;48(1):110-25.

26. Ibarra F, Baez M, Cernuzzi L, Casati F. A Systematic Review on Technology-Supported Interventions to Improve Old-Age Social Wellbeing: Loneliness, Social Isolation, and Connectedness. *Journal of Healthcare Engineering*. 2020;2020:2036842.

27. Righi V, Sayago S, Blat J. When we talk about older people in HCI, who are we talking about? Towards a 'turn to community' in the design of technologies for a growing ageing population. *International Journal of Human-Computer Studies*. 2017;108:15-31.
28. Cid A, Sotelo R, Leguisamo M, Ramírez-Michelena M. Tablets for deeply disadvantaged older adults: Challenges in long-term care facilities. *International Journal of Human-Computer Studies*. 2020;144:102504.
29. Macedo IM. Predicting the acceptance and use of information and communication technology by older adults: An empirical examination of the revised UTAUT2. *Computers in Human Behavior*. 2017;75:935-48.
30. Werner F, Werner K, Oberzaucher J. Tablets for Seniors – An Evaluation of a Current Model (iPad). In: Wichert R, Eberhardt B, editors. *Ambient Assisted Living: 5 AAL-Kongress 2012* Berlin, Germany, January 24-25, 2012. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2012. p. 177-84.
31. Magsamen-Conrad K, Dowd J, Abuljadail M, Alsulaiman S, Shareefi A. Life-span differences in the uses and gratifications of tablets: Implications for older adults. *Computers in Human Behavior*. 2015;52:96-106.
32. Venkatesh V, Morris MG, Davis GB, Davis FD. User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View. *MIS Quarterly*. 2003;27(3):425-78.
33. Kirk MA, Kelley C, Yankey N, Birken SA, Abadie B, Damschroder L. A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implement Sci*. 2016;11:72.
34. Huppertz L. *Step-by-Step Guide to a Successful Target Group Analysis*: Mynd; 2019 [Available from: <https://blog.mynd.com/en/successful-target-group-analysis#2>].
35. Durlak JA, DuPre EP. Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *American Journal of Community Psychology*. 2008;41(3-4):327.
36. Paul J, Jefferson F. A Comparative Analysis of Student Performance in an Online vs. Face-to-Face Environmental Science Course From 2009 to 2016. *Frontiers in Computer Science*. 2019;1(7).
37. Carvalho B, Henrique C, Mello C. Scrum agile product development method -literature review, analysis and classification. *Product: Management & Development*. 2011;9:39-49.
38. Žužek T, Kušar J, Rihar L, Berlec T. Agile-Concurrent hybrid: A framework for concurrent product development using Scrum. *Concurrent Engineering*. 2020;28(4):255-64.

39. Khalil H, Kynoch K. Implementation of sustainable complex interventions in health care services: the triple C model. *BMC Health Services Research*. 2021;21(1):143.
40. Kruse CS, Mileski M, Moreno J. Mobile health solutions for the aging population: A systematic narrative analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2016;23(4):439-51.
41. Microsoft Teams [Available from: <https://www.microsoft.com/en-ww/microsoft-teams/group-chat-software>].
42. Amberscript [Available from: https://www.amberscript.com/nl/?gclid=Cj0KCQjw5uWGBhCTARIsAL70sLLTKuiYaCczfBKUf2v6BJu4KaDnGvDY7IDkDcRJBAjCjWDIjrztEQYaAkAnEALw_wcB].
43. Atlas.ti [Available from: <https://atlasti.com/>].

9. Appendix

9.1 Bijlage 1: Interviewvragen

Intervention Characteristics

Intervention source

Waarom wordt deze interventie bij jullie geïmplementeerd?

- Wie heeft het zo bedacht?
- Hoe is de beslissing genomen om dit project op te zetten?

Evidence strength and quality

Wat voor bewijs of informatie hebben jullie over of deze interventie gaat werken in jullie setting?

- Eigen onderzoek? Richtlijnen? Literatuur?
- Hoe heeft deze kennis invloed op hoe jullie denken over de interventie?

Wat vinden de verschillende betrokkenen van de interventie?

- De cliënten, de organisatie van Manna, huisartsen van cliënten?

Relative advantage

- Op welke manier onderscheid het project Samen1 zich van andere bestaande programma's tegen eenzaamheid?
 - Voor- en nadelen, vergelijkbare projecten?
- Is er een alternatief voor het project Samen1 geweest? Wat waren de voor- en nadelen hiervan?

Outer setting

Patient needs and resources

Op welke manier zijn de wensen en behoeften van de cliënten betrokken bij de beslissing van Manna om het project Samen1 te implementeren?

- Specifieke voorbeelden?
- Wordt de interventie aangepast aan hun wensen en behoeften?

Hoe denkt u dat de cliënten zullen reageren op de interventie?

Welke barrières zullen de cliënten hebben bij deelname aan het project?

Inner setting

Networks and communications

Worden er vaak vergadering gehouden?

- Ben je hier zelf vaak bij?
- Wie is hier vaak bij?
- Hoeveel procent van de medewerkers is hier meestal bij?
- Hoe vaak zijn deze vergaderingen?
- Wat staat er veelal op de agenda? Hoe nuttig zijn deze vergaderingen?

Culture

In welke mate worden vernieuwingen omarmt binnen Manna?

- Worden er vaker projecten gedaan en wat vinden werknemers hiervan?
- Heeft u een recent voorbeeld?

Goals and feedback

Heb jij/hebben jullie/heeft de organisatie doelen gesteld gerelateerd aan de implementatie van de interventie?

- Zo ja, wat zijn die doelen?

Leadership Engagement

Welke acties of welke vorm van ondersteuning zou de directie kunnen bieden, waardoor de implementatie meer succesvol kan worden?

- Wie is de directie? Zijn de attitudes verschillend binnen de directie?
- Welke steun wordt er gegeven vanuit de directie?
- Welke barrières creëert de directie?

Available resources

Verwacht je dat er genoeg middelen zijn/komen zodat deze interventie voldoende kan worden geïmplementeerd?

- Zo ja, op welke middelen reken je? Zijn alle middelen al binnen? Zijn er nog andere dingen die je graag hebt of zou willen hebben?
- Welke middelen zijn makkelijk te verkrijgen?
- Zo nee, welke middelen zullen niet beschikbaar zijn?

Access to Knowledge & Information

Welke informatie over deze interventie zijn er voor u beschikbaar gemaakt?

- Persoonlijk contact
- Meetings
- Op tijd? Relevant? Voldoende?

Aan wie stelt u vragen als u een vraag heeft over de interventie of de implementatie hiervan?

- Hoe bereikbaar/toegankelijk zijn deze personen?

Characteristics of individuals

Knowledge and beliefs about the intervention

Wat weet je allemaal over de interventie en de implementatie daarvan?

Denk je dat de interventie effectief is/wordt in jullie setting?

- Waarom wel/niet?

Hoe voel je je erover dat de interventie wordt gebruikt in jullie setting?

- Wat vind je van het implementatieplan?
- Heb je bepaalde gevoelens zoals angst of stress of enthousiasme? Waarom?

Individual stage of change

Hoe klaar ben jij om de interventie te gaan gebruiken? (Is voor interviewer om te bepalen)

- Kennisfase (pre-overweging) → kennis van de kernaspecten van de interventie
- Overtuigingsfase (overweging) → vindt de interventie leuk, praat erover met anderen, heeft een positieve attitude tegenover de interventie
- Beslissingsfase (voorbereiding) → is van plan extra informatie te verzamelen, probeert het
- Implementatiefase (actie) → verkrijgt extra informatie, gebruikt de interventie regelmatig, en gebruik blijft aan.
- Bevestigingsfase (onderhoud) → ziet voordelen in van interventie, interventie is deel geworden van de routine, raad de interventie ook aan anderen aan.

Process

Planning

Wat heeft u gedaan (of wat gaat u doen) om een plan op te stellen om de interventie te implementeren?

Kunt u het implementatieplan beschrijven?

- Hoe gedetailleerd is het? Wie weet ervan? Is het complex?
- Wat is uw rol in het planningsproces?
- Wie is er onderdeel van dit planningsproces? Wat zijn hun rollen?
- Zijn de juiste mensen betrokken bij de planning? Hoe betrokken zijn ze?
- Hoe wordt de voortgang van de implementatie gemeten?
- Wat als het plan aangepast of herzien moet worden door een barrière of problemen?

Welke rol heeft het implementatieplan gespeeld tijdens de implementatie?

- Is het gebruikt als gids?
- Is het gebruikt om de planning te vergelijken met de werkelijke voortgang?
- Zijn er herzieningen/aanpassingen/verfijningen gedaan aan het implementatieplan?
- Is het plan gedeeld/beoordeeld door/met andere stakeholders? Hoe vaak?

Key stakeholders

Wat voor stappen zijn er ondernomen om mensen aan te moedigen de interventie te gaan gebruiken?

- Wat is de doelgroep?
- Hoe benader je ze/hoe zijn ze benaderd?
- Wat voor informatie geef je hun?

- Hoe vaak en hoe communiceer je met ze?

Wie zijn de belangrijkste individuen die mee moeten willen doen uit de organisatie van Manna?

- Om ervoor te zorgen dat meer mensen mee willen doen?
- Om ervoor te zorgen dat de interventie echt wordt gebruikt?
- Om te helpen met de implementatie?

Intervention participants

Werkt volgens u de manier van cliënten zoeken om deel te nemen aan het project met behulp van de wijkverpleegkundigen? Waarom wel/niet

- Wat zou een andere optie kunnen zijn om cliënten te kunnen vinden

9.2 Bijlage 2: Voorbeeld interviewschema

Interview wijkverpleegkundige

Welkom bij dit interview over de implementatie van het project Samen1. We willen door middel van dit interview graag wat meer te weten komen over hoe het project tot stand is gekomen, hoe het project nu loopt en wat de verwachtingen voor de toekomst zijn. De antwoorden die in dit interview gegeven worden zullen niet worden gepubliceerd of gedeeld met anderen. Uw naam zal niet worden genoemd in het onderzoeksverslag. Wij willen wel graag dit interview opnemen zodat wij het nog terug kunnen luisteren en kunnen gebruiken voor ons onderzoek. Geeft u daarvoor toestemming?

Intervention Characteristics

Intervention source

1. Hoe is het project tot stand gekomen?
 - Wie waren erbij betrokken?
 - Was u er vanaf het begin bij betrokken?
2. Hoe is het project gaan lopen?
3. Wat vind je van het project tot nu toe en wat zou er wellicht anders kunnen?

Outer setting

Patient needs and resources

1. Hoe denkt u dat de cliënten zullen reageren/hoe reageren de cliënten op de interventie?
2. Welke barrières zullen de cliënten kunnen ervaren bij deelname aan het project?

Process

1. Wat voor stappen zijn er ondernomen om mensen aan te moedigen de interventie te gaan gebruiken?
 - Wat is de doelgroep?
 - Hoe benader je ze/hoe zijn ze benaderd?
 - Wat voor informatie geef je hun?
 - Hoe vaak en hoe communiceer je met ze?
2. Werkt volgens u de manier van cliënten zoeken om deel te nemen aan het project met behulp van de wijkverpleegkundigen? Waarom wel/niet
 - Wat zou een andere optie kunnen zijn om cliënten te kunnen vinden

Characteristics of individuals

Knowledge and beliefs about the intervention

1. Wat weet je allemaal over de interventie en de implementatie daarvan?
2. Denk je dat de interventie effectief is/wordt bij Manna?
 - Waarom wel/niet?
3. Hoe voel je je erover dat de interventie wordt gebruikt bij Manna?
 - Wat vind je van het implementatieplan?
 - Heb je bepaalde gevoelens zoals angst of stress of enthousiasme? Waarom?

Individual stage of change

1. Hoe klaar ben jij om de interventie te gaan gebruiken?

(Is voor interviewer om te bepalen)

- Kennisfase (pre-overweging) → kennis van de kernaspecten van de interventie
- Overtuigingsfase (overweging) → vindt de interventie leuk, praat erover met anderen, heeft een positieve attitude tegenover de interventie
- Beslissingsfase (voorbereiding) → is van plan extra informatie te verzamelen, probeert het
- Implementatiefase (actie) → verkrijgt extra informatie, gebruikt de interventie regelmatig, en gebruik blijft aan.
- Bevestigingsfase (onderhoud) → ziet voordelen in van interventie, interventie is deel geworden van de routine, raad de interventie ook aan anderen aan.

9.2 Bijlage 3: Baseline Vragenlijst

UNIVERSITY OF TWENTE.

Vragenlijst onderzoek 'De Digitale Stamtafel'

Deze vragenlijst begint met een aantal vragen over uw persoonlijke situatie, deze informatie is alleen voor het onderzoek en de persoonsgegevens zullen niet worden gepubliceerd. Het tweede deel van de vragenlijst gaat over uw lichamelijke/geestelijke gezondheid en het laatste deel van de vragenlijst bevat een aantal stellingen over eenzaamheid. De vragenlijst zal tussen de 10 en 15 minuten duren.

Hierbij geef ik toestemming voor het verwerken van mijn data voor onderzoek.

Ja, ik geef toestemming.

Wat is uw naam + achternaam?

Wat is uw geslacht?

Man

Vrouw

Anders/zeg ik liever niet

Wat is uw leeftijd?

Heeft u een partner en/of echtgenoot/echtgenote (gehad)?

Ja

Nee

Ik ben weduwe/weduwnaar

Ontvangt u zorg van een familielid, vriend, kennis of buurman/buurvrouw?

- Ja
- Nee

Hoe vaak doet u beroep op deze zorg? Heeft u de vorige vraag met nee beantwoord, dan mag u deze vraag overslaan.

- Meerdere keren per dag
- Eens per dag
- Meerdere keren in de week
- Eens in de week
- Meerdere keren in de maand
- Minder dan bovenstaande antwoorden

Heeft u kinderen?

- Ja
- Nee

Hoe vaak spreekt of ziet u uw kinderen? Indien u bovenstaande vraag met nee hebt beantwoord, hoeft u deze vraag niet te beantwoorden.

- Meerdere keren per week
- Eens in de week
- Meerdere keren in de maand
- Eens per maand
- Eens per meerdere maanden
- Minder dan bovenstaande antwoorden
- Niet

Het volgende deel van de vragenlijst gaat over uw eigen blik op uw gezondheid, per categorie zijn er 7 vragen waarbij u een cijfer van 0 t/m 10 moet omcirkelen, in hoeverre de stelling voor u van toepassing is. Het cijfer 0 betekent ik ben het er helemaal niet mee eens. Het cijfer 5 betekent neutraal en het cijfer 10 betekent dat de stelling zeer zeker op uw situatie van toepassing is. In totaal bestaat dit deel uit 42 vragen.

Voelt u zich gezond?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Voelt u zich fit?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Heeft u pijn?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Slaapt u goed?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Eet u gezond?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Bent u vaak ziek?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kunt u goed bewegen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kunt u dingen goed onthouden?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kunt u goed nadenken?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kunt u goed zien en horen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Voelt u zich vrolijk?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Bent u blij met wie u bent?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Weet u wat u moet doen als het niet goed gaat?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Beslist u zelf over belangrijke dingen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Vindt u uw leven zinvol?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Heeft u 's morgens zin om op te staan?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Zijn er dingen die u graag wil doen in uw leven?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Maakt u zich zorgen over uw toekomst?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Accepteert u uw leven zoals het is?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Bent u dankbaar voor uw leven?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



Heeft u zin om nieuwe dingen te leren?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Geniet u van het leven?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Bent u gelukkig?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Voelt u zich goed?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kunt u uw leven aan?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Voelt u zich veilig?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

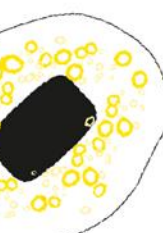
Bent u tevreden over hoe u woont?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Heeft u genoeg geld om uw rekeningen te betalen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Heeft u contact met andere mensen?



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nemen andere mensen u serieus?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Heeft u vrienden?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Heeft u mensen die u kunnen helpen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Heeft u het gevoel dat u erbij hoort?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Heeft u werk of doet u andere dingen die u belangrijk vindt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Wilt u graag weten wat er in uw dorp of stad gebeurt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kunt u goed voor uzelf zorgen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Weet u wat u kan en niet kan?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



Weet u hoe u gezond kunt leven?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kunt u uw dag goed indelen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Geeft u meer geld uit dan u heeft?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kunt u werken?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Weet u hoe u hulp kan vragen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Wat zou u als eerste willen veranderen om gelukkiger te worden?

Wat zou u hier zelf aan kunnen doen?



Dit deel van de vragenlijst bevat 14 vragen, 13 vragen zijn meerkeuze vragen en 1 vraag is een rapportcijfer voor uw lichamelijke fitheid. Kies de antwoordmogelijkheid die het beste aansluit bij uw situatie. Dit deel gaat over uw gezondheid in de afgelopen maand.

Kunt u geheel zelfstandig boodschappen doen?

- Ja
- Nee
-

Kunt u geheel zelfstandig buitenshuis rondlopen? (Rondom huis of naar de burelen)

- Ja
- Nee
-

Kunt u zich geheel zelfstandig aan- en uitkleden?

- Ja
- Nee
-

Kunt u geheel zelfstandig van en naar het toilet gaan? Met zelfstandig bedoelen we: zonder enige vorm van hulp van iemand. Gebruik maken van hulpmiddelen als stok, rollator, rolstoel, geldt als zelfstandig.

- Ja
- Nee
-



Als u een rapportcijfer zou moeten geven voor uw lichamelijke fitheid, waarbij een 1 staat voor heel slecht, en een 10 staat voor uitstekend, wat zou dit cijfer dan zijn?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ondervindt u problemen in het dagelijks leven doordat u slecht ziet?

- Ja
- Nee
-

Bent u de afgelopen 6 maanden veel afgevallen zonder dat u dat wilde?

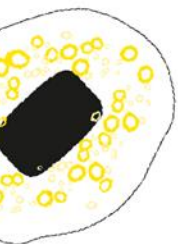
- Ja
- Nee
-

Gebruikt u op dit moment 4 of meer verschillende soorten medicijnen?

- Ja
- Nee
-

Heeft u klachten over uw geheugen?

- Ja
- Soms
- Nee
-



Ervaart u wel eens een leegte om u heen?

- Ja
 - Soms
 - Nee
-

Mist u wel eens mensen om u heen?

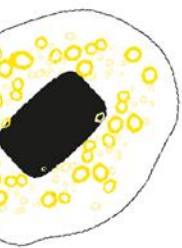
- Ja
 - Soms
 - Nee
-

Voelt u zich wel eens in de steek gelaten?

- Ja
 - Soms
 - Nee
-

Heeft u zich de laatste tijd somber of neerslachtig gevoeld?

- Ja
 - Soms
 - Nee
-



Heeft u zich de laatste tijd nerveus of angstig gevoeld?

- Ja
 - Soms
 - Nee
-

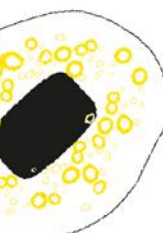
Het laatste deel van de vragenlijst bevat 12 uitspraken over eenzaamheid, het is de bedoeling dat u probeert te antwoorden in hoeverre deze aansluiten bij uw ervaringen.

Er zijn mensen met wie ik goed kan praten.

- Ja
 - Soms
 - Nee
-

Ik voel me van andere mensen geïsoleerd.

- Ja
 - Soms
 - Nee
-



Er zijn mensen bij wie ik terecht kan.

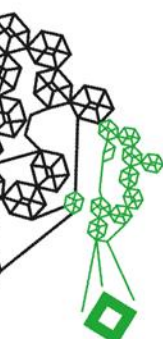
- Ja
- Soms
- Nee

Er zijn mensen die mij echt begrijpen.

- Ja
- Soms
- Nee

Ik maak deel uit van een groep vrienden.

- Ja
- Soms
- Nee




Mijn sociale contacten zijn oppervlakkig.

- Ja
- Soms
- Nee



Ik ervaar een leegte om me heen.

- Ja
 - Min of meer
 - Nee
-




Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen.

- Ja
 - Min of meer
 - Nee
-

Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen.

- Ja
 - Min of meer
 - Nee
-



Ik mis mensen om me heen.

- Ja
 - Min of meer
 - Nee
-

Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel.

- Ja
- Min of meer
- Nee

Vaak voel ik me in de steek gelaten.

- Ja
- Min of meer
- Nee

**Dit is het einde van de vragenlijst.
Hartelijk bedankt voor het invullen!**