

Implementatie van online modules binnen de geestelijke gezondheidszorg

Kwalitatief onderzoek naar implementatiebarrières en ondersteuners tijdens de implementatie van online modules volgens zorgprofessionals en implementatiemanagers.

Door:

Vince van Trigt

2570556

Bachelor scriptie

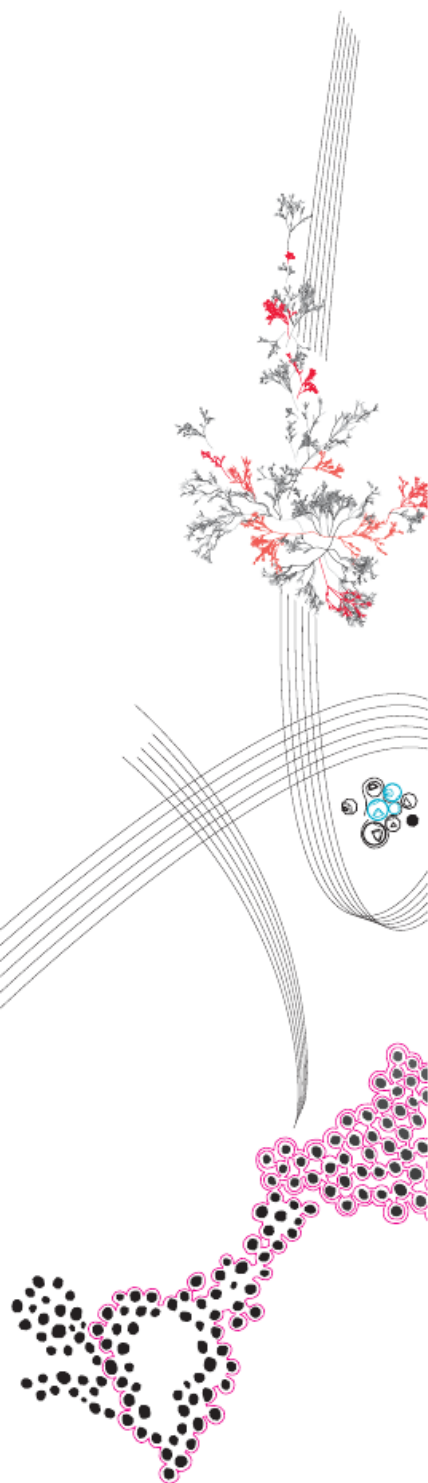
Gezondheidswetenschappen

Universiteit Twente, Enschede

30-10-2023

Begeleiders: Hanneke Kip

Sofia Bastoni



1. Samenvatting

Achtergrond

Binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt er geregeld gebruik gemaakt van e-mental health. Minddistrict is ook een variant van een e-mental health tool. Het gaat hier om het gebruiken van online modules om zo de behandeling van cliënten te ondersteunen of te voorkomen. Het probleem is dat dit soort innovaties complex zijn. Dit vermoedelijk de implementatie van de innovatie. Tijdens dit onderzoek wordt er onderzocht welke barrières en ondersteuners er ervaren worden tijdens de implementatie van Minddistrict. De onderzoeksvraag luidt als volgt: *“Welke implementatie barrières en ondersteuners worden er ervaren tijdens het implementeren van de online modules van Minddistrict binnen geestelijk gezondheidszorg organisaties volgens de zorgprofessionals en implementatiemanagers binnen deze organisaties?”*

Methode

De data voor het onderzoek is op één manier verzameld. Dit is gedaan door interviews af te nemen. De interviews zijn afgenomen bij verschillende geestelijke gezondheidszorg organisaties. In totaal zijn er acht respondenten geïnterviewd. De respondenten hadden verschillende functies binnen de organisaties, wel zijn alle functies betrokken bij het implementeren van Minddistrict. De hoofdcodes van de interviews zijn gekozen aan de hand van het CFIR-implementatie model; innovatie domein, interne domein, externe domein, individuen domein en implementatie-proces domein.

Resultaten

Uit de interviews is vooral naar voren gekomen dat planning tijdens het implementatie-proces belangrijk is voor een soepel verloop van de implementatie. Verder werd het hebben van iemand die al eerdere ervaring heeft met het implementeren van e-mental health ervaren als positief. Het ging hier om iemand met implementatie expertise. Ook werd opgemerkt dat de implementatie van Minddistrict bij elke organisatie op een net iets andere manier wordt aangepakt. Hierdoor zijn de eigenschappen van de organisatie ook belangrijk om in acht te houden.

Discussie

Opvallend is dat er barrières zijn die invloed hebben op meerdere domeinen. Zo heeft het hebben van project of implementatie groepen invloed op zowel het interne setting domein als op het individuen domein. Dit is met meerdere codes het geval, wat het lastig maakt om als organisatie de barrière goed te begrijpen. Dit betekent ook dat teams een belangrijk onderdeel zijn tijdens het implementatie-proces. Daarnaast is communicatie ook een veel genoemde barrière tijdens het implementatie-proces. Het gaat hier om verschillende aspecten van communicatie. Denk hierbij aan; interne communicatie, externe communicatie en het communiceren van afspraken en deadlines tijdens het gehele proces.

Inhoudsopgave

1. Samenvatting.....	2
Achtergrond	2
Methode	2
Resultaten	2
Discussie.....	2
2. Inleiding.....	5
3. Methode.....	9
2.1 Design.....	9
2.2 Setting	9
2.3 Interviews.....	9
2.3.1 Participanten	9
2.3.2 Materialen & Procedure.....	9
2.3.3 Analyse	10
4. Resultaten	11
3.1 Innovatie domein.....	13
3.1.1 Complexiteit innovatie	13
3.1.2 Aanpassingsvermogen innovatie	13
3.2 Externe setting domein	13
3.3.2 Informatievoorziening.....	13
3.2.1 Externe financiële stimulering	13
3.3 Interne setting domein	14
3.3.1 Organisatie eigenschappen	14
3.3.3 Randvoorwaarden beschikbare middelen.....	14
3.3.4 Communicatie.....	14
3.3.5 Verantwoordelijkheid binnen organisatie.....	15
3.3.6 Trainingen.....	15
3.3.7 Cliënten betrekken.....	15
3.4 Individuen domein	15
3.4.1 Implementatie expertise	15
3.4.2 Individuele motivatie en enthousiasme	15
3.4.3 Creëren van een boegbeeld voor de implementatie	16
3.5 Implementatie-proces domein.....	16
3.5.1 Planning.....	16
3.5.2 In teams werken	16
3.5.3 Benodigdheden.....	16

3.5.4 Evalueren en reflecteren	17
5. Discussie.....	18
4.1 Beantwoorden onderzoeksvragen.....	18
4.2 Interessante bevindingen.....	18
4.3 Aanbevelingen vervolgonderzoek	19
4.4 Beperkingen	20
4.5 Conclusie	20
6. Referenties.....	21
7. Bijlage 1.....	26
8. Bijlage 2.....	28
9. Bijlage 3.....	29

2. Inleiding

Volgens een studie onder de algemene Nederlandse bevolking naar psychische gezondheid krijgt 48% procent van de volwassenen (18- 75 jaar) in Nederland ooit in hun leven te maken met psychische problemen (ten Have et al., 2022). Denk hier bij aan: stemmingsstoornissen, ADHD, angststoornissen en paniekstoornissen (ten Have et al., 2022). Dit is een grote groep mensen en deze groep lijkt steeds groter te worden. Deze stoornissen veroorzaken problemen in het dagelijks functioneren. Soms zo erg dat men niet meer kan werken voor een bepaalde tijd. Wanneer zij weer aan het werk willen, gaat dit vaak niet en moeten ze bijvoorbeeld parttime gaan werken (Michon et al., 2015). Als men een psychisch probleem heeft kan men terecht bij de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De GGZ is er voor het voorkomen en behandelen van psychische problemen. De GGZ bestaat uit drie soorten zorg. De huisarts en praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ). Zij zijn direct toegankelijk voor iedereen. Als tweede is er de basis-GGZ dit is eerstelijns en tweedelijnszorg. De basis-GGZ focust zich vooral op mildere en niet-complexe psychische problemen. Dit zijn problemen waarbij ook bijvoorbeeld een psychiater moet helpen. Als laatste is de specialistische GGZ nog onderdeel van de GGZ. Het gaat hier om tweedelijnszorg met vaak een complexere psychische aandoening (Zorgwijzer, 2023). In de praktijk wordt er vaak gebruik gemaakt van de GGZ. Uit de jaarlijkse rapporten van het Trimbos instituut is gebleken dat ieder jaar 9% van de volwassenen in Nederland (18-75) uiteindelijk ook gebruik maakt van de GGZ vanwege psychische problemen (ten Have et al., 2022). Er is dus een grote groep die uiteindelijk niet naar de GGZ stapt. Dit heeft verschillende oorzaken, zoals het taboe wat er heerst ten aanzien van het praten over geestelijke gezondheid of vanwege het zelfstigma dat er is rond psychische problemen op het werk (Brouwers, 2016; Dewa, 2014; Veldkamp et al., 2021). Hoewel er een groep is die geen gebruik maakt van de GGZ blijft het aantal patiënten toenemen binnen de GGZ. Van 2015-2020 is dit aantal met 100.000 patiënten toegenomen (Zorgautoriteit, 2020). Dit heeft aanzienlijke gevolgen voor de wachttijden binnen de GGZ. In december 2021 wachtten er bijna 85.000 mensen, waarvan er bijna 40.000 buiten de treeknorm vielen (Zorgautoriteit, 2022). De treeknorm houdt in dat men na het aanmelden bij de desbetreffende GGZ instelling langer dan 14 weken moet wachten op een behandeling (Zorgautoriteit, 2022). Bij de instroming binnen de basis-GGZ worden de langste wachttijden geconstateerd (Zorgautoriteit, 2022). Verbetering binnen de GGZ is nog niet aan de orde en bovendien zullen de wachttijden juist toenemen in de toekomst (Zorgautoriteit, 2020).

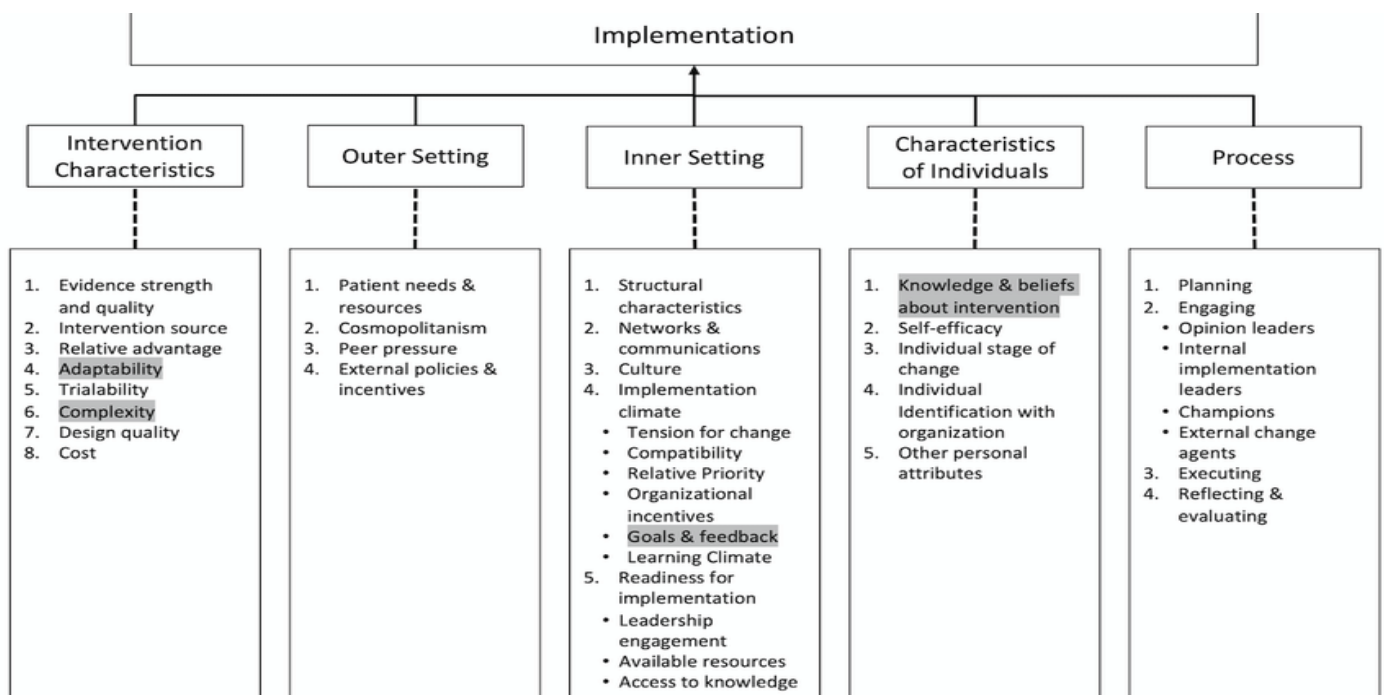
Om deze wachttijden te verkleinen en om de zorg iets toegankelijker te maken wordt er steeds vaker gebruik gemaakt van e-mental health. Met e-mental health wordt vooral de toepassing van nieuwe technologieën zoals online modules en beeldbellen in de zorg bedoeld. Deze nieuwe toepassingen zijn bij e-mental health gefocust op psychische problemen. Dit is in dit geval ter ondersteuning of verbetering van de mentale gezondheid en geestelijke gezondheidszorg (Nouwts, 2020). Online therapie wordt steeds populairder (van der Krieke et al., 2014). In al eerder uitgevoerde onderzoeken waar werd gekeken naar de effectiviteit en de potentie van een e-mental health kwamen de volgende resultaten naar boven: Het gebruik van e-mental health heeft de potentie om de effectiviteit van de zorg te verbeteren. Daarnaast kan het bevorderend zijn voor de zelfmanagement van de patiënt (Carlbring et al., 2018; Currie et al., 2022; Lattie et al., 2019; Murray, 2012). Een ander onderzoek dat specifiek kijkt naar het verbeteren van de mentale gezondheid doormiddel van een online consult groep geleid door een professional, blijkt ook een positief effect te hebben op de mentale gezondheid (Currie et al., 2022). Toch wordt er nog weinig gebruik gemaakt van e-mental health. Dit komt onder andere door het lage vertrouwen in een e-mental health onder de zorgprofessionals (Nivel & Milieu, 2023). In de literatuur wordt dit ook genoemd als een belangrijk onderdeel voor de acceptatie en potentie van een e-mental health (Ehrismann & Stegwee, 2015). Ondanks het lage gebruik is er wel degelijk bereidheid vanuit de zorgprofessionals om e-mental health te gebruiken tijdens het behandelen van patiënten (Thapa et al., 2021). Bovendien is e-mental health bevorderend en een goede toevoeging voor

mensen die slechtere toegang hebben tot zorg(Banbury et al., 2014). Ook is het handig voor mensen die liever niet direct naar een dokter willen. Dit is vaak een grote stap. Daarnaast kan een e-mental health het gemak ook bevorderen, omdat de zorg dan thuis ook toegankelijk is(Hughes et al., 2001). Verschillende onderzoeken geven aan dat een E-mental health oplossingen net zo effectief kan zijn als een face-to-face Cognitieve gedragstherapie. Dit geldt voor psychische problemen zoals depressies en angststoornissen(Lattie et al., 2019; Thapa et al., 2021). Toch is er nog meer onderzoek nodig waarom er niet vaker gebruik wordt gemaakt van e-mental health.

Op dit moment blijft de adoptie van e-mental health bij zorggebruikers achter(Vaart et al., 2022). Volgens een rapport van Nivel wordt e-mental health wel degelijk gebruikt. Dit is alleen nog niet op het niveau waar het zou moeten zijn om er zoveel mogelijk voordelen uit te halen(Vaart et al., 2022). Eén van de oorzaken van het achterstallige gebruik is de implementatie van e-mental health. “Het gaat hierbij over een proces en/of planmatig invoeren van een oplossing, verandering of vernieuwing”, zoals vermeld op de website van de overheid over implementatie in de zorg. Het doel van een implementatieproces is dat de e-mental health wordt opgenomen binnen een bedrijf of het dagelijks leven van iemand met psychische klachten(Rijksoverheid, 2023). Dit proces is vaak lastig en complex. Veel studies geven aan dat er veel barrières zijn, zoals financiële en betrouwbaarheid aspecten die het implementatie-proces tegen werken(Ariens et al., 2017; Schreiweis et al., 2019). Tijdens dit proces kan er daarom gebruik gemaakt worden van een implementatiemodel. Het Consolidated Framework for Implentation Research (CFIR) is een van deze modellen. Het CFIR-implementatie model bestaat uit vijf verschillende domeinen. Deze domeinen zijn; innovatie domein, externe setting domein, interne setting domein, individuen domein en het implementatie-procesdomein. Elk domein heeft verschillende constructen; dit zijn subcategorieën van het desbetreffende domein. Hierin wordt specifiek ingegaan op het domein, bijvoorbeeld heeft het innovatie domein constructen zoals; innovatie complexiteit en innovatie kosten(Damschroder et al., 2022). Een implementatie model is een hulpmiddel om voor en tijdens de implementatie niks over het hoofd te zien. Zodat er een beter overzicht is tijdens dit complexe proces. Hierdoor komen er verschillende complicatie naar voren voordat de implementatie daadwerkelijk begonnen is(Damschroder, 2020; Lewis et al., 2018).

Figuur 1

CFIR Framework(Meyer et al., 2020, p 3)



Hieronder worden alle domein in het kort omschreven. Het eerste domein is het innovatie domein. In dit domein wordt er specifiek gekeken naar de innovatie zelf, denk bijvoorbeeld aan om wat voor type innovatie het gaat of hoe complex is de innovatie. Het tweede domein is externe setting domein. Dit is het domein waarin gekeken wordt naar de invloeden van buitenaf. Dus ook wel de setting waarin de interne setting zich afspeelt. Dit kunnen bijvoorbeeld ziekenhuisnetwerken of gemeenten zijn. Zo zijn er nog veel meer mogelijkheden. Belangrijke constructen in dit domein zijn de lokale condities, regels en wetten of bijvoorbeeld financiering van externe partijen. Het derde domein is het interne setting domein. In dit domein wordt er nadruk gelegd op de interne omgeving. Dit is de omgeving waarin de implementatie geïmplementeerd wordt. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om een ziekenhuis, stad, gezondheidszorgorganisatie, etc. Voorbeelden van constructen binnen dit domein zijn organisatiecultuur en communicatie. Dit speelt dus in op hoe en op welke manier een organisatie is ingericht en er wordt ook ingegaan op welke manier de implementatie gebracht moet worden. Het vierde domein van dit model is het individu domein. In dit domein worden alle individuen binnen de organisatie geïdentificeerd en wordt er naar verschillende eigenschappen gekeken die aanwezig zijn binnen de groep. Deze eigenschappen haken in op wie de leiding heeft of wie er bijvoorbeeld goed is in het afleveren van een innovatie. Dit domein heeft ook een sub domein, waarin wordt gereflecteerd op de individuen binnen het projectteam. Het vijfde en tevens ook laatste domein is het implementatie-proces domein. In dit domein wordt er aandacht besteed aan de activiteiten en strategieën die er gebruikt gaan worden voor het implementeren van de innovatie. De constructen hier zijn dan bijvoorbeeld planning, reflecteren en evalueren. Het model is erg uitgebreid. Wat ervoor zorgt dat alle aspecten van de innovatie bekeken worden en hierdoor niks over het hoofd gezien wordt. Toch wordt het weinig toegepast. Om deze reden zou er dus meer onderzoek gedaan moeten worden naar de redenen waarom dit model niet meer gebruikt wordt.

Zoals eerder vermeld is het CFIR-implementatie model een vrij uitgebreid model, waarin meerdere aspecten binnen een implementatie onderzocht worden. Het is heel belangrijk om een goed beeld te hebben van de situatie voordat er een implementatie plaatsvindt. Tijdens veel implementaties van e-mental health is dit niet het geval en worden er dus veel aspecten zoals bijvoorbeeld externe factoren over het hoofd gezien. Het is essentieel om ervoor te zorgen dat er niks over het hoofd wordt gezien tijdens de voorbereiding van de implementatie. Zo wordt onder andere de structuur van de organisatie vaak niet in acht genomen. Verder wordt er vaak te veel aandacht besteed aan de technologie terwijl er naast de technologie veel andere dingen ook meespelen tijdens een implementatie(Heinsch et al., 2021; Kip et al., 2020). Door deze onzorgvuldige analyse van de situatie is er dus geen goed beeld van hoe de organisatie is ingericht op het toelaten van technologie. Hierdoor zal er vertraging of problemen ontstaan tijdens de implementatie(Schreiweis et al., 2019). Om deze problemen te voorkomen wordt het CFIR-implementatie model gebruikt. In dit model wordt er rekening gehouden met zoveel mogelijk aspecten die invloed kunnen hebben op de implementatie(Damschroder et al., 2022). Tijdens dit onderzoek over de implementatie van e-mental health wordt er gekeken aan de hand van het CFIR-implementatie model waar er toch nog problemen worden ervaren. Daarnaast wordt er ook gekeken naar aspecten die mogelijk een positieve invloed kunnen hebben op de implementatie, namelijk ondersteuners. Minddistrict is een voorbeeld van een organisatie die een e-mental health levert. Deze technologie levert Minddistrict aan verschillende zorgorganisaties binnen de GGZ. Binnen deze desbetreffende GGZ-organisatie zal er worden gekeken naar hoe de implementatie gaat van deze e-mental health. Dit is belangrijk om te weten te komen, omdat dit ervoor kan zorgen of een e-mental health wel of niet gebruik gaat worden in de praktijk. Daarnaast wordt er ook gekeken naar hoe dit samenhangt met het CFIR-implementatie model.

Met de resultaten van dit onderzoek kunnen de implementatie problemen die Minddistrict ervaart verminderen en/ of misschien verholpen worden. Wanneer er duidelijke barrières zijn die naar voren komen in het onderzoek kan hier rekening mee gehouden worden. Verder kunnen de resultaten van dit onderzoek ook een oplossing bieden voor andere bedrijven die ook een vergelijkbare e-mental health oplossing willen inzetten. Hierdoor heeft dit onderzoek een positief effect op de effectiviteit van online modules binnen de geestelijke gezondheidszorg organisaties. Daarom staat de volgende vraag centraal:

Welke implementatie barrières en ondersteuners worden er ervaren tijdens het implementeren van de online modules van Minddistrict binnen geestelijk gezondheidszorg organisaties volgens de zorgprofessionals en implementatiemanagers binnen deze organisaties?

Met sub vragen/deelvragen:

Welke barrières en ondersteuners ervaren medewerkers van ggz-instellingen met betrekking tot de verschillende domeinen van het CFIR-implementatie model.

3. Methode

2.1 Design

Binnen dit onderzoek werd er op één manier data verzameld en geanalyseerd. De methodologie van dit onderzoek is kwalitatief. De data werd vergaard door middel van interviews die gehouden zijn met onder andere behandelaren en implementatiemanagers. De interviews zijn afgenomen bij meerdere geestelijke gezondheidszorg organisaties. Er is gekozen voor interviews om een goed inzicht te krijgen in de situatie en om in gesprek te gaan met de participanten van de interviews. Aan de hand van deze data is er gekeken of er een verband is tussen de verschillende antwoorden. Hierdoor zijn er verschillende implementatie barrières en ondersteuners naar voren komen. Het onderzoek is goedgekeurd door de ethische commissie binnen de afdeling biomedische wetenschappen van de Universiteit Twente(aanvraagnummer, 230101).

2.2 Setting

Het onderzoek is uitgevoerd via Minddistrict bij verschillende organisaties binnen de GGZ. Deze organisaties waren verspreid door heel Nederland. Minddistrict is een leverancier van een e-mental health platform, waarbij er gebruik gemaakt kan worden van online modules, dagboeken en vragenlijsten. Minddistrict focust zich vooral op het begeleiden van de desbetreffende zorgorganisaties tijdens de implementatie van de geleverde technologie. Bij de desbetreffende organisaties is het e-mental health platform van Minddistrict tevens al geïmplementeerd of is de implementatie nog bezig. Dit waren voornamelijk gezondheidszorg organisaties. Er waren twee uitzonderingen waarbij het ging om organisaties die actief waren in de maatschappelijke opvang.

2.3 Interviews

2.3.1 Participanten

De doelgroep van het onderzoek zijn behandelaren en projectmanagers die met Minddistrict werken binnen de verschillende gezondheidszorg. De inclusiecriteria van de participanten was: de participanten zijn betrokken geweest tijdens het implementatieproces van het e-mental health platform van Minddistrict. In totaal zijn er acht respondenten geïnterviewd, waarvan er twee respondenten bij hetzelfde interview aanwezig waren. De respondenten waren verdeeld over zeven verschillende organisaties, waarvan zes zorgorganisaties en één maatschappelijke opvang. De respondenten hadden verschillende functies binnen de organisatie zoals; projectmanager, implementatie manager, psycholoog, etc.

2.3.2 Materialen & Procedure

Voor de interviews heeft er een focusgroep plaatsgevonden met verschillende implementatiemanagers die vanuit Minddistrict de implementatie begeleiden. Met deze extra informatie van de focusgroep is hierna een interviewschema opgesteld. Dit is gedaan doormiddel van de verschillende domeinen van het CFIR-implementatie model. Hierbij werden de vragen opgesteld op een manier waardoor de ervaring van het desbetreffende domein achterhaalt kon worden. Na de eerste versie van het interviewschema vond er een proefinterview plaats om te beoordelen of de vragen goed geformuleerd waren. Na dit proefinterview vonden er wat aanpassingen plaats zo waren de vragen meer gebaseerd op de implementatiestappen die Minddistrict gebruikt tijdens een implementatie. Alle interviews hebben online plaats gevonden via Microsoft Teams. Voordat de interviews werden afgenomen ontvingen de respondenten een informed consentformulier. Deze hebben zij ingevuld voordat een interview afgenomen kon worden.

Er is sprake van semigestructureerde interviews. Er zijn vaste vragen en thema's die ter sprake komen, maar op deze manier is er toch de mogelijkheid om door te vragen en andere onderwerpen te bespreken

Figuur 2

Online modules Minddistrict



die anders niet ter sprake zouden komen. Het interview bevat topics op basis van het implementatie plan die Minddistrict gebruikt tijdens een het implementatie-proces(zie bijlage 2). Bij elke verschillende fase van het implementatie plan van Minddistrict werd er gevraagd wat de ervaringen waren van de respondenten en of zij sterke punten en/of valkuilen konden benoemen. De topic die gebruikt zijn waren; Introductie, onboarding, opstellen van doelen, clientreis, trainingen en evaluatie. Voor het gehele interviewschema zie bijlage 2.

2.3.3 Analyse

De interviews duurden gemiddeld 45 minuten en zijn opgenomen voor analyse. Na de opnames zijn de interviews ten eerste woordelijk getranscribeerd. Ter ondersteuning is hiervoor de automatische transcript functie van Microsoft Teams gebruikt. Deze functie is gebruikt voor alle Engelse interviews. Voor de Nederlandse interviews is het programma Amberscript gebruikt. Na de transcripties zijn de transcripten deductief gecodeerd met subcodes. De hoofdcodes die gebruikt zijn waren; innovatie domein, interne setting domein, externe setting domein, individuen domein en implementatie-procesdomein. Dit zijn de domeinen van het CFIR-implementatie model. De subcodes die bij de hoofdcodes horen zijn aan de hand van de constructen die elk domein heeft binnen het CFIR-implementatie model opgesteld. Hierbij is de naam en betekenis van het construct overgenomen wat net als bij de hoofdcodes leidt tot deductieve subcodes. Eerst werden er relevante quotes uit de interviews gehaald. Deze quotes werden geplaatst onder de hoofdcodes die er het beste bij pasten. Deze gemarkeerde quotes waren over het algemeen zinnen die uit een uitgebreid antwoord kwamen. Nadat de antwoorden gecategoriseerd waren kregen de antwoorden een subcode. Op basis van dit codeerschema zijn de interviews geanalyseerd.

4. Resultaten

In Tabel 1 wordt het codeerschema weergegeven die is opgesteld voor het analyseren van de interviews. Interne setting domein, individuen domein en implementatieproces domein zijn de hoofdcodes die het meest voorkomen. Naast de hoofdcodes zijn er ook subcodes. Dit zijn codes die specifiek in gaan op de bij behorende hoofdcode.

De subcode *planning*, onder de hoofdcode *implementatieproces domein*, kwam het vaakst voor (23 keer). Daarna volgde *implementatie expertise*, onder de hoofdcode *individuen domein* (17 keer). Hoe vaak andere subcodes voor zijn gekomen tijdens de analyse is terug te vinden in tabel 1.

Tabel 1

Codeerschema interviews

Hoofdcode(N)	Subcode	N(subcode)	N(respondenten)
Innovatie domein(20)	Complexiteit innovatie <i>Hoe complex is de innovatie.</i>	11	6
	Aanpassingsvermogen innovatie <i>Is de innovatie makkelijk aan te passen op de wensen van de cliënt en behandelaren.</i>	9	5
Externe setting domein(16)	Informatievoorziening <i>Hoe is de informatievoorziening vanuit de leverancier.</i>	13	5
	Externe financiële druk <i>Wordt vanuit buitenaf financiële druk uitgeoefend op de organisatie.</i>	3	2
Interne setting domein(43)	Organisatie eigenschappen <i>Welke eigenschappen van de organisatie hebben er invloed op het implementatie-proces.</i>	14	4
	Randvoorwaarden en beschikbare middelen <i>Welke middelen moeten er zijn om de innovatie goed te laten werken. En hiermee de implementatie goed te laten verlopen.</i>	9	3
	Communicatie <i>Is de communicatie tussen de verschillende partijen goed geregeld?</i>	7	3
	Verantwoordelijkheid binnen organisatie <i>Het gaat hier om of alle afspraken voor de werknemers duidelijk is. En weet iedereen wat hun verantwoordelijkheden zijn.</i>	6	3
	Trainingen <i>Worden er duidelijke trainingen geven over hoe de innovatie werkt. Hoe wordt dit gedaan?</i>	5	3
	Cliënten betrekken <i>Hier wordt er gekeken naar hoe en of er cliënten betrokken worden tijdens het implementatie-proces.</i>	2	2
Individueel domein(34)	Implementatie expertise <i>Hoe worden er personen met implementatie expertise betrokken tijdens het implementatie-proces? Het gaat hier om mensen die al eerder e-mental health hebben geïmplementeerd.</i>	17	6

	Individuele motivatie en enthousiasme	12	5
	<i>Zijn de werknemers binnen de organisatie gemotiveerd om de implementatie te laten slagen en het daarna ook te gaan gebruiken.</i>		
	Creëren van een boegbeeld voor de implementatie	5	2
	<i>Binnen deze code wordt er bekeken of men gebruik maakt van iemand die het voorbeeld geeft tijdens de implementatie.</i>		
Implementatie procesdomein(55)	Planning	23	6
	<i>Hier staat centraal wat een planning voor effect heeft op het implementatie-proces.</i>		
	In teams werken	16	7
	<i>Wat is het effect op het implementatie-proces, wanneer er gebruik gemaakt wordt van implementatieteams?</i>		
	Benodigheden	8	4
	<i>Binnen deze code wordt er gekeken naar de benodigheden tijdens en voor de implementatie. Het gaat hier om de benodigheden om proces te laten slagen.</i>		
	Evalueren en reflecteren	8	4
	<i>Wat zijn de gevolgen van het wel of niet evalueren en reflecteren op het implementatie-proces.</i>		

3.1 Innovatie domein

3.1.1 Complexiteit innovatie

Bij vier respondenten werd de innovatie als complex ervaren. Het ging hier vooral om het platform van Minddistrict zelf en het planningsplatform Monday. Dit waren te veel platformen volgens de respondenten. Verder heeft Minddistrict zelf ook een online omgeving waar voortdurend op ingelogd moest worden. Een veel voorkomend probleem was: Waar kan ik wat vinden of waar moet ik inloggen op dit platform? Dit had te maken met het onduidelijke uiterlijk van de innovatie hierdoor werd er niet begrepen hoe de innovatie werkte. Dit maakte het verwarrend volgens de respondenten. Participant 1: *“We begrepen het implementatie-proces niet omdat het soms een beetje ingewikkeld was met de platforms, je weet wel, Monday en verschillende websites”*.

3.1.2 Aanpassingsvermogen innovatie

Vier respondenten hebben aangegeven dat de aanpasbaarheid van Minddistrict een positief effect heeft op de implementatie van de innovatie. Binnen Minddistrict zijn er modules die door de organisatie zelf gekozen kunnen worden. Het aantal modules dat gekozen kan worden hangt af van het pakket wat is afgesloten met Minddistrict. Deze modules kunnen behandelaars inzetten tijdens de behandeling van hun cliënten. De inhoud van deze modules verschilt van een vragenlijst tot dagboek. Ook kunnen deze modules door de organisatie in overleg of in samenwerking met Minddistrict aangepast worden op taal of uiterlijk. Hierbij ging het vooral om wanneer een organisatie een andere visie of doelgroep heeft. Zij gaven aan dat het gemakkelijk en fijn was om met Minddistrict de modules aan te passen, met als gevolg dat het beter bij hun organisatie past. Ook werd de flexibiliteit van het toevoegen en weghalen van modules ervaren als positief. Hiermee kunnen ze altijd een aanbod aanbieden die past bij de wens van de cliënten, zoals participant 2 aangeeft: *“Ja, positief, dat sowieso ja, want onze organisatie werkt met een bepaalde behandelmethodiek, waarvoor een vragenlijst wordt gebruikt... die modules die zijn ook allemaal ontwikkeld (aan de hand van de vragenlijst die de organisatie gebruikt als behandelmethodiek). En nou ja, dat was echt super. Dus dat was een stuk maatwerk”*. Twee respondenten hebben aangegeven een fysieke kopie te willen als de cliënten liever geen online modules volgen. Deze mogelijkheid werd ook gegeven door Minddistrict. Ook hier is het aanpassingsvermogen van de innovatie duidelijke aanwezig.

3.2 Externe setting domein

3.3.2 Informatievoorziening

Drie respondenten ondervonden dat de informatievoorziening over de innovatie vanuit Minddistrict niet goed genoeg was. Het gaat hier vooral om hoe er binnen de organisatie wordt omgegaan met de geleverde informatie. Dit had verschillende redenen, zoals afwezigheid van werknemers. Verder werd er te veel informatie in een te korte tijd aangeleverd. Dit gebeurde in de beginfase van de implementatie. In deze fase legt Minddistrict vaak de basis uit van de innovatie. Dit gebeurt onder andere tijdens het eerste gesprek die een organisatie heeft met Minddistrict. De grote hoeveelheid informatie kan niet allemaal opgenomen worden. Daarnaast kwam het ook voor dat er juist te weinig informatie werd aangeleverd. Het ging hier om informatie over het proces, maar ook over wat Minddistrict doet en kan als innovatie. Hierdoor wist men niet wat er moest gebeuren en werden hierdoor gedemotiveerd. Daarnaast is aangegeven dat er niet vanuit gegaan mag worden dat er na één informatiesessie of training alle informatie opgenomen is.

3.2.1 Externe financiële stimulering

Tijdens het implementatie-proces benoemden twee respondenten de rol van financiële stimulans vanuit de overheid. Dit had te maken met het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional(VIPP) wat gestart was vanuit de overheid. Door dit traject konden zorgorganisaties geld krijgen voor het gebruiken van eHealth, wanneer ze voldeden aan bepaalde voorwaarden. Dit betekent dat er extra motivatie was om Minddistrict juist nu te gebruiken.

3.3 Interne setting domein

3.3.1 Organisatie eigenschappen

Vier respondenten vonden dat de implementatie minder soepel verliep, doordat hun organisatie andere eigenschappen had. Het ging hier om organisaties die niet werkzaam zijn in een klinische setting. Minddistrict wordt over het algemeen vaker geïmplementeerd binnen geestelijke gezondheidszorg organisaties. Hier is het platform meer op ingericht volgens de vier respondenten. De organisaties waar deze respondenten werkzaam zijn, waren maatschappelijke opvangcentra. Hier is de visie en setting van de organisatie der mate anders dat het invloed had op de implementatie. Dit is ook meerdere malen in hetzelfde interview benoemd. Participant 1: *“Het is heel erg gemaakt voor mensen die in een klinische setting zitten.”*. Participant 4: *“Het was moeilijk om ons proces van onze organisatie uit te leggen aan de mensen van Minddistrict, omdat we een andere organisatie zijn dan ze gewend zijn”*.

Ook werd benoemd dat Minddistrict vooral gewend is om een implementatie te doen bij grote organisaties. Hierdoor was de setting en aanpak van de kleinere organisaties ook anders dan wat Minddistrict gewend was. Dit werd ook gezien als een barrière voor de implementatie.

Bij twee respondenten speelde Minddistrict heel erg in op het primaire gezondheidsproces. Het ging hier om de patiënten reis. In deze gevallen merkten de respondenten dat Minddistrict een onderdeel werd van het zorgproces. Een aanpassing in het primaire zorgproces is een lang en lastige proces volgens de respondenten. De was een belemmering als het ging om het implementatie-proces. In sommige gevallen was de organisatie al bezig met aanpassingen invoeren, voordat het implementatie-proces daadwerkelijk begonnen was. Hierbij was de barrière dat dit de implementatie bemoeilijkt.

3.3.3 Randvoorwaarden beschikbare middelen

Er waren drie respondenten die op verschillende manieren barrières ervaarden met betrekking tot ICT als randvoorwaarden en/of beschikbare middelen. Zo was volgens één respondent de Wi-Fi niet goed genoeg voor online meetings of werkte de camera niet. Dit werd vooral ervaren bij het geven van onlinetrainingen tijdens de coronapandemie. Deze problemen werden ook ervaren als een implementatie barrière. Participant 2: *“...dan had je een groepje van tien mensen met een krakkemikkig laptop op een slechte Wi-Fi en probeer dan maar eens online een training te geven...”*

Twee andere respondenten liepen tegen het feit aan dat er tijdens het implementatie-proces ICT of andere middelen misten om de implementatie vlekkeloos te laten verlopen. Zo misten er basis ICT, zoals goede laptops of goede Wi-Fi. Daarnaast zei participant 2: *“welke randvoorwaarde je nodig hebt qua ICT, voor de organisatie, om daarmee te werken.”*. Deze participant mistten vanuit Minddistrict een soort checklist of een lijst met voorwerk. In deze lijst zouden dingen staan zoals; zorg voor goede laptop voor alle medewerkers, zorgen voor goede Wi-Fi, zorg voor extra ICT-lessen, etc. Dit had ervoor kunnen zorgen dat er niks zou kunnen missen of verkeerd zou kunnen gaan tijdens het implementatie-proces. Hieronder verstond de respondent ook een lijst met veel voorkomende problemen tijdens al eerdere uitgevoerde implementaties.

3.3.4 Communicatie

Bij de subcode communicatie wordt er vooral gekeken naar hoe de communicatie intern bij de organisatie verloopt. Het ging hier om de communicatie tussen de werknemers over het implementatie-proces. Zo kwam het bij twee respondenten voor dat er belangrijke werknemers voor een langere tijd afwezig waren vanwege persoonlijke redenen. In de tijd dat deze belangrijke werknemers afwezig waren was het onduidelijk met wie er nu gecommuniceerd moest worden over het implementatie-proces. In deze periode werd de verantwoordelijkheid van die persoon niet opgepakt, maar bleven de werknemers geduldig afwachten. Hier zei Participant 3 het volgende over: *“Maar als ze weg zijn(belangrijke werknemers), zoals de projectmanager en directeur. Het is dan erg moeilijk(de interne communicatie)”*.

3.3.5 Verantwoordelijkheid binnen organisatie

Drie respondenten misten iemand die de verantwoordelijkheid en eigenaarschap op zich nam. Hierdoor nam er niemand eigenaarschap en/ of verantwoordelijkheid over de implementatie en keek men elkaar aan. Daardoor werd er ook iemand gemist die mensen aansprak en duidelijk maakten dat het project belangrijk is of wat de urgentie is van bepaalde stappen in het implementatie-proces. Dit zou op meerdere plekken tijdens de implementatie bevorderend kunnen zijn. Participant 5: *“Zoals wie gaat dit oppakken, want als iedereen denkt: oh, de ander zal het doen dan werkt dat niet.”*

3.3.6 Trainingen

Drie respondenten ondervonden dat de trainingen die gegeven werden over de innovatie een positief effect hadden op de implementatie. Zo heeft Minddistrict het concept; train de trainer. Dit houdt in dat Minddistrict zelf werknemers trainen om de innovatie onder de knie te krijgen. Dit wordt gedaan, zodat na de training van Minddistrict deze persoon de andere werknemers van de organisatie kan trainen in hoe de innovatie gebruikt moet worden. Hiermee wordt de borging gerealiseerd. Dit wil zeggen dat nadat Minddistrict weg is, de organisatie zelf in staat is om de methodiek op de juiste manier toe te blijven passen. Dit train-de-trainer concept werd als positief ervaren.

Twee respondenten ervoeren de training als lastig. De trainingen moesten online plaatsvinden in verband met de coronapandemie. Hierdoor was het lastiger om goed te helpen wanneer iemand iets niet begreep, omdat je als trainer hier niet fysiek naast stond.

3.3.7 Cliënten betrekken

Iets wat ook werd ervaren als stimulerend voor de implementatie, was het betrekken van cliënten tijdens het implementatie-proces. Dit werd gedaan door de patiënten vereniging/vertegenwoordigers te benaderen tijdens het proces. Dit werd gedaan door het implementatie team. Verder werd er ook door de huidige cliënten een vragenlijst ingevuld om hun mening te geven over de innovatie. Eén respondent vond het een meerwaarde tijdens het proces. Door het betrekken van cliënten wordt er een beter beeld geschetst bij de behoeften van de cliënt. Verder zei de respondent ook dat de cliënten zelfs eerder betrokken mochten worden. Dit gebeurde naar zijn mening te laat. Een andere respondent zei dat dit bij de volgende implementatie van een e-mental health zeker gedaan zal worden.

3.4 Individuen domein

3.4.1 Implementatie expertise

Zes respondenten vonden het fijn wanneer er binnen de organisatie of via Minddistrict iemand aanwezig was tijdens het implementatie-proces om hulp te bieden waar en wanneer nodig. Het helpt dat zij vaak al ervaring hebben met het implementeren van andere e-mental health. Hiermee zijn het ervaringsdeskundigen die net als een boegbeeld een stimulerende rol hebben bij de implementatie. Alleen gaat het hier om de ondersteuning of het ondersteunen van het implementatie-proces. Zij zorgen dat de implementatie goed verloopt. De respondenten ervoeren de ondersteuning als zeer positief en bevorderden het implementatie-proces. Zij ondersteunde bij de vertaling van het geleerde naar de praktijk. Participant 4: *“toen het duidelijk was was de hulp zeer nuttig, en ik denk dat het heel gemakkelijk was om de eHealth op het juiste moment in ons proces in te zetten.”* Twee van deze zes respondenten waren ervan overtuigd dat er iemand met expertise miste tijdens het implementatie-proces. Het ging hier om een individu die al veel ervaring en expertise heeft met e-mental health of specifiek met Minddistrict.

3.4.2 Individuele motivatie en enthousiasme

Volgens vijf respondenten is belangrijk om gemotiveerde mensen te hebben tijdens het implementatie-proces. Voor een succesvolle implementatie zijn er mensen nodig die proactief zijn en willen dat de implementatie slaagt. Het helpt wanneer er al personen en/ of projectgroepen zich verantwoordelijk voelen om de mensen die nog niet gemotiveerd zijn hierin te betrekken. Wanneer de gemotiveerde en enthousiaste werknemers dit uiten naar de andere werknemers die niet gemotiveerde zijn zullen zij dit gedrag overnemen. Het enthousiasme geldt niet alleen voor de werknemers van de organisatie zelf,

maar ook voor de werknemers van de leverancier, Minddistrict in dit geval. De vijf respondenten ervaarden het enthousiasme van de Minddistrict werknemers ook als positief en helpend om het proces vloeierend te laten verlopen. Wanneer dit niet zo was, had dit negatieve gevolgen op het proces.

3.4.3 Creëren van een boegbeeld voor de implementatie

Twee respondenten vonden het belangrijk om een boegbeeld te hebben binnen de organisatie die tijdens de implementatie het voortouw neemt. Iemand die enthousiast is over de implementatie. Wanneer het boegbeeld tevens een normdrager is binnen de organisatie, versterkt dit de implementatie. Deze persoon staat hoog op de sociale ladder, is inspirerend en wordt als voorbeeld gezien. Een boegbeeld is sociaal en communicatief vaardig. Die persoon moet vaardig zijn om te vertellen waarom het belangrijk is om bepaalde stappen te nemen tijdens het implementatie-proces en werkt inspirerend. Wanneer deze persoon achter de implementatie staat, volgen anderen sneller.

3.5 Implementatie-proces domein

3.5.1 Planning

Tijd was bij zes respondenten een barrière tijdens het implementatie-proces. Vaak werd er te weinig tijd in gepland voor bepaalde stappen. Medewerkers hadden te weinig tijd om zich in te lezen in de informatie, doordat deadlines te vroeg gepland stonden. Bij twee respondenten moest de implementatie klaar zijn voor een bepaalde tijd. Dit zorgde voor een gehaaste implementatie en dus incomplete implementatie stappen. Participant 5: *“Minddistrict hebben we gewoon geïmplementeerd, omdat het per 1 januari klaar moest zijn. Maar ja, dat was niet goed. Wij hadden meer tijd nodig”*.

3.5.2 In teams werken

Teams werden regelmatig benoemd. Vanuit Minddistrict werd aangegeven dat er implementatie teams gemaakt moesten worden binnen de organisatie. Deze teams bestonden bij de verschillende organisatie uit andere mensen, zoals behandelaren, implementatiemanagers, Minddistrict medewerkers, etc. Er waren zowel positieve en negatieve ervaringen met het werken in teams. Het team wat uiteindelijk was opgesteld door de organisatie leidde het implementatieproces. Dit team zat ook bij de meetings met Minddistrict, om ervoor te zorgen dat het implementatie-proces zonder grote problemen zou verlopen. Dit noemde Minddistrict “dreamteams”. Met grote teams bleek het lastig om een gezamenlijk moment te plannen om bij elkaar te zitten. Daarnaast is het ook lastig om een implementatieteam samen te stellen. Er moet hier met veel dingen rekening worden gehouden, zoals bijvoorbeeld welke disciplines er in het team aanwezig moeten zijn. Verder moet er ook gekeken worden of de mensen die je aanstelt in het team wel bij elkaar passen. Dit werd opgemerkt door vier respondenten. Toch werden de “dreamteams” gezien als iets wat hielp tijdens de implementatie. Wel blijft het werken in teams een uitdaging, wat ook voor complicaties kan zorgen. Daarnaast is het lastig om binnen een team alle verantwoordelijkheden op een rij te hebben volgens participant 6: *“misschien ook wel hetgeen wat wij vooraf onderschat hebben, dat je goed weet wat je taken en verantwoordelijkheden zijn binnen een team...”*

3.5.3 Benodigdheden

Vier respondenten merkten op dat er tijdens het implementatie-proces veel vraagstukken ontstonden. Volgens Participant 6 konden veel van deze vraagstukken al beantwoord worden voordat de implementatie begonnen was. Participant 6: *“omdat er nog veel grotere vraagstukken zijn die deels samenhangen met Minddistrict, op het moment dat je zo'n Minddistrict gaat implementeren kom je daar later achter...”*. Er werd benadrukt dat er vaak langer stilgestaan moest worden bij keuzes die gingen over de implementatie van Minddistrict. Hierbij werd benadrukt dat de benodigdheden van de cliënt daarbij ook in acht genomen moest worden. Denk hierbij aan benodigdheden die in eerdere implementatie veel voorkomend waren, zoals het aanpassen van het primaire behandel proces. Wanneer deze benodigdheden niet meegenomen waren voordat de implementatie begonnen was, zou dit tijdens de implementatie moeten gebeuren. Hierdoor sluit de innovatie onvoldoende aan op de benodigdheden en zorgt de latere aanpassing voor vertraging van het proces. De taak van Minddistrict hierin zou dan

zijn; ervoor zorgen dat aan het begin van het implementatie-proces alle belangrijke benodigdheden duidelijk zijn.

3.5.4 Evalueren en reflecteren

Vier respondenten hechten veel waarde aan het evalueren en reflecteren op data. Dit ging om data omtrent de ingebruikname van Minddistrict. De data laat zien hoeveel mensen daadwerkelijk Minddistrict gebruikte. Op basis van deze data kan er geëvalueerd worden of de doelen behaald zijn omtrent de ingebruikname van Minddistrict. Wanneer dit niet zo was, zou dit een indicatie zijn dat de aanpak anders moet om ervoor te zorgen dat er meer mensen Minddistrict gaan gebruiken. Zo benoemde vier respondenten dat zij behoefte hadden aan een evaluatie- en reflectiemoment waar er naar deze data gekeken werd. Zo zei Participant 6 dit over een evaluatiefase: *“Ik denk dat de evaluatiefase fijn is, dat je ook met cijfers(over de ingebruikname van Minddistrict), zaken kan evalueren en beoordelen of dingen goed gaan, waarbij het ook fijn is dat je dat zelf nog na, bijvoorbeeld een bepaalde periode, nog kan herhalen...”*. Daarnaast kan er tijdens dit moment ook gereflecteerd en geëvalueerd worden over de verschillende fases tijdens het implementatie-proces.

Er werd ook benadrukt dat evalueren bij de cliënten over hoe zij Minddistrict ervaren ook goede ideeën opleverde en een andere kijk gaf op de innovatie. De cliënten zijn net als de behandelaren de eindgebruikers van Minddistrict. De manier waarop geëvalueerd werd was heel toegankelijk voor de cliënten. Er was een online module aangemaakt waar de cliënten een vragenlijst moesten invullen over Minddistrict.

5. Discussie

4.1 Beantwoorden onderzoeksvragen

Het doel van dit onderzoek was om erachter te komen welke barrières of ondersteuners er werden ervaren door zorgprofessionals en implementatiemanagers binnen geestelijke gezondheidszorg organisaties tijdens de implementatie van de online modules van Minddistrict. Hiervoor zijn er interviews afgenomen bij verschillende geestelijke gezondheidszorg organisaties. De antwoorden op de onderzoeksvragen zullen samengevat gepresenteerd worden.

Uit het onderzoek kwam naar voren dat in het innovatie domein de complexiteit en het design van de innovatie een belangrijke factor is. Wanneer de medewerkers de innovatie als complex ervaren zorgden dit voor onzekerheid, weerstand en verwarring. Binnen het domein externe setting werd aangetoond dat externe financiële stimulering, zoals het VIPP-programma van de overheid, zorgorganisaties heeft gemotiveerd om de innovatie te implementeren. Verder was de communicatie binnen de organisatie van cruciaal belang voor een succesvolle implementatie binnen het domein interne setting. Daarnaast werd het gebrek aan duidelijkheid tijdens de afwezigheid van werknemers met een belangrijke rol ervaren als een barrière. Verder zijn trainingen een goede manier om de informatievoorziening goed te verzorgen. Voor het domein individuen waren het creëren van een boegbeeld en het betrekken van gemotiveerde individuen belangrijke ondersteuners. Verder werd er opgemerkt dat de eigenschappen van de organisatie een negatief effect kunnen hebben op het implementatie-proces. Als de eigenschappen niet pasten bij Minddistrict moest dit aangepast worden op de innovatie. Bij het laatste domein implementatie-proces kwam vooral naar voren dat de planning en timing van de implementatie een uitdaging was. Dit had te maken met strakke deadlines en onvoldoende tijd voor voorbereiding. Verder was het samenstellen van teams ook een uitdaging. Daarnaast had de evaluatie van het implementatie-proces een ondersteunende factor, wanneer dit ook daadwerkelijk gedaan werd.

4.2 Interessante bevindingen

Een interessante bevinding die betrekking heeft op meerdere domeinen is de aanwezigheid van een projectgroep of implementatieteam. Dit is vaak bevorderend voor het implementeren van een innovatie of verandering binnen de organisatie (Higgins et al., 2012). Er blijkt naast het positieve effect van teams ook een valkuil te zijn. Namelijk dat er vaak onduidelijkheden ontstaat door de vraag; wat moet er gebeuren en wie is waar verantwoordelijk voor binnen het team? In eerder onderzoek komt naar voren dat er aandacht besteed moet worden aan de rollen en afspraken binnen de organisatie (Mair et al., 2012). Hier worden vaak moeilijkheden ervaren tijdens het implementatie-proces. Wat dit binnen teams voor invloed heeft is nog niet onderzocht in een betrouwbaar onderzoek. Wel weet men dat het helpt wanneer kaders en beoogden doelen helder zijn. Hierdoor nemen teams meer eigenaarschap en acteren ze zelfstandiger (Derksen, 2021). Daarnaast zijn er eerdere onderzoeken die aanduiden dat multidisciplinaire teams effectief zijn binnen onder andere zorgorganisaties (Higgins et al., 2012; Kip et al., 2019; Wiecha & Pollard, 2004). Binnen deze teams zijn de afspraken over wie wat doet ook belangrijk. Deze teams worden op verschillende manieren ingezet. De teams die ontstaan bestaan uit meerdere disciplines. Denk hierbij aan een psycholoog, implementatie manager, psychiater, etc. Dit heeft een positief effect op het realiseren van doelen en het veranderen van de interne processen binnen een organisatie. De valkuil bij het maken van multidisciplinaire teams is dat er vaak wordt gedacht dat er één goede samenstelling is voor zo'n team (Derksen, 2021; Higgins et al., 2012). Dit is alleen bij elke organisatie en situatie weer anders. Er moet genoeg ruimte zijn om dit team aan te passen tijdens bijvoorbeeld het implementatie-proces. Daarnaast werd er ook vaak benoemd dat het hebben van een boegbeeld of een normdrager die achter een verandering staat, helpt binnen de effectiviteit van teams en organisaties. Hierdoor is er iemand die de implementatie leidt en het goede voorbeeld geeft. Dit zou invloed kunnen hebben op de medewerkers om het boegbeeld heen, die zullen dit voorbeeld volgen. In de literatuur is hier nog

weinig onderzoek naar gedaan binnen de zorgsector. De rol van een boegbeeld wordt wel erkend, maar niet tijdens een implementatie. Dit is vooral een belangrijke rol voor mensen die hoger op in de organisatie zitten. Daar is een boegbeeld belangrijk (Kayworth et al., 2005). Het is daarom belangrijk om meer onderzoek te doen naar de invloed van deze rol.

Verschillende bevindingen uit vergelijkbaar onderzoek komen erg overeen met de bevindingen uit dit onderzoek. Zo worden onder meer beperkte kennis van eHealth, gebrek aan noodzakelijke apparaten, motivatie en toegankelijkheid genoemd als barrières tijdens de implementatie van een eHealth. Verder worden extra werkdruk en beveiliging ook genoemd als barrières (Schreiweis et al., 2019). Dit zijn naast de gevonden barrières binnen dit onderzoek ook zeker onderdelen van een implementatie waar extra aandacht naar toe zou moeten. Binnen dit vergelijkbare onderzoek zijn ook de ondersteuners onderzocht. Veel van de ondersteuner gaan vooral over de gebruiksvriendelijkheid en hoe gemakkelijk de innovatie te gebruiken is. Ook dit is iets wat door de respondent wordt benoemd als aandachtspunten. Verder wordt de communicatie ook gezien als een van de belangrijkste ondersteuners. Wanneer de communicatie goed is, zorgde dit voor meer duidelijke tijdens de implementatie (Schreiweis et al., 2019).

Daarnaast kwam het betrekken van cliënten tijdens het implementatie-proces die ook de modules gingen gebruiken ook naar voren als een interessante bevinding. Hierbij werd duidelijk dat de respondenten wilden dat ze hun cliënten hadden betrokken tijdens het implementatie-proces. In eerdere onderzoek wordt aangegeven dat het betrekken van je cliënten werd gezien als een ondersteuner. Hier werd er om advies gevraagd aan verschillende stakeholders wat er anders moest tijdens het implementatie-proces. Daarnaast werd er ook om advies gevraagd over de werking en uiterlijk van de innovatie zelf. Dit wordt ook wel co-creatie genoemd. Dit kan een verfrissende blik geven op zowel het implementatie-proces als de innovatie (Kazadi et al., 2016; Schreiweis et al., 2019). Het betrekken van deze stakeholders die uiteindelijk de e-mental health gaan gebruiken is erg belangrijk. Het betrekken van deze personen heeft invloed op meerdere domeinen binnen het CFIR-implementatie model. Het is daarom ook belangrijk dat zij zich gehoord voelen en betrokken worden, want in dit onderzoek werd het design van Minddistrict soms ervaren als complex en onoverzichtelijk. Als de meningen van belangrijke stakeholders meer geïntegreerd wordt zou dit kunnen zorgen dat de cliënten zich comfortabeler voelen en dat innovatie beter op hen aansluit. Wat ook kan leiden tot een snellere ingebruikname of een hoger gebruik van de innovatie.

4.3 Aanbevelingen vervolgonderzoek

Het is ten eerste aanbevolen om interviews te houden met meerdere behandelaren vanuit diverse instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) om te inventariseren welke barrières en ondersteuners zij ervaren tijdens de implementatie van Minddistrict. In dit onderzoek is er maar één behandelaar geïnterviewd. Terwijl zij een belangrijke rol hebben met betrekking tot het gebruiken van de e-mental health tijdens een behandeling. Behandelaren hebben vaak een ander beeld van de implementatie dan een implementatie manager. Door deze interviews kunnen er nieuwe bevindingen naar voren komen. Het perspectief van de behandelaren is een essentieel onderdeel van de implementatie, omdat dit de mensen zijn die de innovatie moeten gaan gebruiken.

Daarnaast wordt het sterk geadviseerd om meer interviews te houden. In dit onderzoek waren interviews de enige manier van data verzameling. Het is daarom extra belangrijk om genoeg interviews te houden. Hierdoor wordt er een beter beeld gecreëerd omtrent de resultaten. Naast de interviews zou er ook nog een kwantitatieve vragenlijst onderzoek plaats kunnen vinden. Hiermee kunnen de resultaten uit de interviews versterkt worden. In deze vragenlijst wordt er gevraagd naar de ervaring tijdens de verschillende domeinen. Waren deze ervaringen positief of negatief?

Verder kunnen andere implementatie modellen een minder goed of ander soort overzicht geven op het implementatie-proces. Zo zijn er implementatie modellen die meer gericht zijn op het technische aspect van een implementatie. Door ook interviews te houden met organisaties die een ander of geen

implementatie model gebruiken. Kan er onderzocht worden wat de effecten zijn van het desbetreffende implementatie model. Door dit met elkaar te vergelijken kan de impact van een implementatie model onderzocht worden. Bij andere implementatie modellen ligt de focus op andere onderdelen van een implementatie, waardoor er barrières over het hoofd gezien kunnen worden. Een voorbeeld van een implementatie model is het verander model van Kotter(Tiemens et al., 2013). Dit model focust meer op het implementeren van verandering binnen een organisatie. Toch kan dit model ook gebruikt worden voor het implementeren van een innovatie. In dit model worden er maar acht stappen gehanteerd om verandering te stimuleren, ofwel zorgen dat de innovatie binnen de organisatie gebruikt gaat worden. In dit model ligt de focus vooral op het stimuleren van een innovatie op intern niveau. Denk hierbij aan het creëren van een succes klimaat. Dit is een klimaat waarin de innovatie “perfect” geïmplementeerd kan worden. Daarnaast worden er binnen de organisatie mensen betrokken die de organisatie opgang helpen met de implementatie. Binnen het implementatie-proces domein was dit aspect afwezig. Voor dit onderdeel kan bijvoorbeeld een ander implementatie model gebruikt worden. In een vervolgonderzoek kan er gekeken worden of een nieuw model geïntegreerd zou kunnen worden binnen het implementatie-proces.

4.4 Beperkingen

De inclusiecriteria voor de respondenten was in het begin van de werving redelijk specifiek. Dit zorgde voor minder respondenten dan verwacht. Daardoor is de inclusiecriteria verbreed van alleen behandelaren naar werknemers die betrokken waren of zijn bij de implementatie van Minddistrict. Verder hadden de meeste respondenten een te drukke agenda, waardoor zij niet deel konden nemen aan het interviews. Daarnaast was er ook niet genoeg tijd om meer respondenten te werven. Desondanks konden de onderzoeksvragen goed beantwoord worden. Naast deze beperkingen kwam het regelmatig voor dat er respondenten nog niet toe waren gekomen aan de evaluatiefase, terwijl dit tijdens een implementatie een belangrijk onderdeel is. In een eerder onderzoek wordt er benoemd dat de eerste evaluatie voor het implementatie-proces het belangrijkste is. Wanneer de innovatie dan al verworpen wordt, is de adoptie van de innovatie zeer onwaarschijnlijk(Olshavsky & Spreng, 1996). Het wordt aanbevolen om mensen te interviewen die het hele implementatie-proces achter de rug hebben, om zo ook de evaluatie mee te nemen in de resultaten.

4.5 Conclusie

Aan de hand van de resultaten is naar voren gekomen dat er meerdere aspecten invloed hebben op de implementatie van Minddistrict, Waarbij de interne setting en implementatie-proces domein het meeste voorkwamen in de resultaten. Tijdens de interviews zijn deze domeinen het meeste benoemd in de vorm van ondersteunend en/of barrières. Zo is goede communicatie binnen de organisatie heel belangrijk, Waarbij een goede interne organisatie met duidelijke eigenaarschap zeer bevorderend is. Wanneer er problemen ontstaan tijdens het implementatie-proces kunnen deze snel verholpen worden door de goede en effectieve communicatie. Daardoor is er zo min mogelijk verandering voor de implementatie. Toch komt het soms voor dat er veranderingen zijn die niet makkelijk opgelost kunnen worden. Hiervoor zijn er mensen die implementatie expertise hebben. Dit kunnen mensen zijn van buitenaf zoals personeel van Minddistrict of mensen van binnen de organisatie die al eerder e-mental health hebben geïmplementeerd. Met deze aandachtspunten is te hopen dat de implementatie van Minddistrict gemakkelijker zal verlopen en vaker gebruikt zal gaan worden.

6. Referenties

- Ariens, L., Schussler-Raymakers, F., Frima, C., Flinterman, A., Hamminga, E., Arents, B., Bruijnzeel-Koomen, C., de Bruin-Weller, M., & van Os-Medendorp, H. (2017). Barriers and Facilitators to eHealth Use in Daily Practice: Perspectives of Patients and Professionals in Dermatology. <https://doi.org/10.2196/jmir.7512>
- Banbury, A., Roots, A., & Nancarrow, S. (2014). Rapid review of applications of e-health and remote monitoring for rural residents. *Aust J Rural Health*, 22(5), 211-222. <https://doi.org/10.1111/ajr.12127>
- Brouwers, E. (2016). Stigma op psychische problemen is een barrière voor arbeidsparticipatie. *TBV – Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 24(4), 155-157. <https://doi.org/10.1007/s12498-016-0060-6>
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlof, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther*, 47(1), 1-18. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1401115>
- Currie, C. L., Larouche, R., Voss, M. L., Trottier, M., Spiwak, R., Higa, E., Scott, D. R., & Tallow, T. (2022). Effectiveness of Live Health Professional-Led Group eHealth Interventions for Adult Mental Health: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Med Internet Res*, 24(1), e27939. <https://doi.org/10.2196/27939>
- Damschroder, L. J. (2020). Clarity out of chaos: Use of theory in implementation research. *Psychiatry Res*, 283, 112461. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.06.036>
- Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., & Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implement Sci*, 17(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>
- Derksen, K. (2021). *Goed teamwerk*. Boomuitgevers.

- Dewa, C. S. (2014). Worker attitudes towards mental health problems and disclosure. *Int J Occup Environ Med*, 5(4), 175-186.
- Ehrismann, M., & Stegwee, R. (2015). Trust in eHealth services. In: January). <https://doi.org/10.13140/RG>.
- Heinsch, M., Wyllie, J., Carlson, J., Wells, H., Tickner, C., & Kay-Lambkin, F. (2021). Theories Informing eHealth Implementation: Systematic Review and Typology Classification. *J Med Internet Res*. <https://doi.org/10.2196/18500>.
- Higgins, M. C., Weiner, J., & Young, L. (2012). Implementation teams: A new lever for organizational change. *Journal of Organizational Behavior*, 33(3), 366-388. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/job.1773>
- Hughes, C. M., McElnay, J. C., & Fleming, G. F. (2001). Benefits and Risks of Self Medication. *Drug Safety*, 24(14), 1027-1037. <https://doi.org/10.2165/00002018-200124140-00002>
- Kayworth, T., Brocato, L., & Whitten, D. (2005). What is a Chief Privacy Officer? An analysis based on Mintzberg's taxonomy of managerial roles. *Communications of the Association for Information Systems*, 16(1), 6.
- Kazadi, K., Lievens, A., & Mahr, D. (2016). Stakeholder co-creation during the innovation process: Identifying capabilities for knowledge creation among multiple stakeholders. *Journal of Business Research*, 69(2), 525-540. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2015.05.009>
- Kip, H., Kelders, S. M., Bouman, Y. H. A., & van Gemert-Pijnen, L. J. E. W. C. (2019). The Importance of Systematically Reporting and Reflecting on eHealth Development: Participatory Development Process of a Virtual Reality Application for Forensic Mental Health Care. *J Med Internet Res*, 21(8), e12972. <https://doi.org/10.2196/12972>

- Kip, H., Sieverink, F., van Gemert-Pijnen, L., Bouman, Y. H. A., & Kelders, S. M. (2020). Integrating People, Context, and Technology in the Implementation of a Web-Based Intervention in Forensic Mental Health Care: Mixed-Methods Study. *J Med Internet Res*, 22(5), e16906. <https://doi.org/10.2196/16906>
- Lattie, E. G., Adkins, E. C., Winkvist, N., Stiles-Shields, C., Wafford, Q. E., & Graham, A. K. (2019). Digital Mental Health Interventions for Depression, Anxiety, and Enhancement of Psychological Well-Being Among College Students: Systematic Review. *J Med Internet Res*. <https://doi.org/10.2196/12869>
- Lewis, C. C., Mettert, K. D., Dorsey, C. N., Martinez, R. G., Weiner, B. J., Nolen, E., Stanick, C., Halko, H., & Powell, B. J. (2018). An updated protocol for a systematic review of implementation-related measures. *Syst Rev*, 7(1), 66. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0728-3>
- Mair, F. S., May, C., O'Donnell, C., Finch, T., Sullivan, F., & Murray, E. (2012). Factors that promote or inhibit the implementation of e-health systems: an explanatory systematic review. *Bull World Health Organ*, 90(5), 357-364. <https://doi.org/10.2471/blt.11.099424>
- Meyer, A., Armstrong-Hough, M., Babirye, D., Mark, D., Turimumahoro, P., Ayakaka, I., Haberer, J., Katamba, A., & Davis, J. (2020, p 3). Implementing mHealth Interventions in a Resource-constrained Setting: A Case Study from Uganda (Preprint). *JMIR mHealth and uHealth*, 8, 3. <https://doi.org/10.2196/19552>
- Michon, H., Schaafsma, F., & Anema, J. (2015). *Arbeid en ernstige psychische aandoeningen. Bericht van een kennissynthese*. Utrecht: Trimbos-instituut & Amsterdam: VUmc.
- Murray, E. (2012). Web-based interventions for behavior change and self-management: potential, pitfalls, and progress. *Med 2 0*, 1(2), e3. <https://doi.org/10.2196/med20.1741>

- Nivel, & Milieu, R. v. V. e. (2023). E-healthmonitor 2022 Stand van zaken digitale zorg. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu Retrieved from <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2022-0153.pdf>
- Nouwt, S. (2020). eHealth. Retrieved 21-03-2023 from <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/ehealth>
- Olshavsky, R. W., & Spreng, R. A. (1996). An exploratory study of the innovation evaluation process. *Journal of Product Innovation Management*, 13(6), 512-529. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0737-6782\(96\)00037-9](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0737-6782(96)00037-9)
- Rijksoverheid. (2023). Wat is implementatie? KIZ. <https://www.zorgvoorinnoveren.nl/implementatie/wat-is-implementatie>
- Schreiweis, B., Pobiruchin, M., Strotbaum, V., Suleder, J., Wiesner, M., & Bergh, B. (2019). Barriers and Facilitators to the Implementation of eHealth Services: Systematic Literature Analysis. *J Med Internet Res*, 21(11), e14197. <https://doi.org/10.2196/14197>
- ten Have, M., Tuithof, M., van Dorsselaer, S., Schouten, F., & de Graaf, R. (2022). Zorggebruik NEMESIS Samenvatting. Trimbos-instituut, Utrecht. Retrieved 6 maart 2023 from <https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/nemesis-zorggebruik/samenvatting/>
- Thapa, S., Nielsen, J. B., Aldahmash, A. M., Qadri, F. R., & Leppin, A. (2021). Willingness to Use Digital Health Tools in Patient Care Among Health Care Professionals and Students at a University Hospital in Saudi Arabia: Quantitative Cross-sectional Survey. *JMIR Med Educ*, 7(1), e18590. <https://doi.org/10.2196/18590>
- Tiemens, B., Munten, G., & Vermeulen, H. (2013). Implementatie van EBP. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 11(1), 4-7. <https://doi.org/10.1007/s12468-013-0002-6>
- Vaart, R., van der Tuyl, L., van Versluis, A., Wouters, M. J. M., Deursen, L., van Standaar, L., Aardoom, J. J., Alblas, E. E., & Suijkerbuijk, A. W. M. (2022). E-healthmonitor

2022: stand van zaken digitale zorg. Retrieved from <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/e-healthmonitor-2022-stand-van-zaken-digitale-zorg>

van der Krieke, L., Wunderink, L., Emerencia, A. C., de Jonge, P., & Sytema, S. (2014). E-mental health self-management for psychotic disorders: state of the art and future perspectives. *Psychiatr Serv*, 65(1), 33-49. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300050>

Veldkamp, C., van Bokhoven, I., & van der Hoeve, R. (2021). Monitoring taboe op psychische klachten en aandoeningen - nulmeting. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-9ae3e846-b63d-4e5f-8ce3-38964e00a830/pdf>

Wiecha, J., & Pollard, T. (2004). The Interdisciplinary eHealth Team: Chronic Care for the Future. *J Med Internet Res*, 6(3), e22. <https://doi.org/10.2196/jmir.6.3.e22>

Zorgautoriteit, N. (2020). Kerncijfers ggz. Nederlandse Zorgautoriteit. Retrieved 21-03-2023 from <https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/kerncijfers-geestelijke-gezondheidszorg-ggz>

Zorgwijzer. (2023). Wat is de GGZ? (uitleg + betekenis). Retrieved 21-03-2023 from <https://www.zorgwijzer.nl/faq/ggz>

7. Bijlage 1

Informed consent form for research with human participants

Dear Participant,

Thank you for your permission to be interviewed.

This research is being conducted by Sofia Bastoni from the University of Twente, as part of the ENTWINE ITN Consortium (<https://entwine-itn.eu>).

The purpose of this interview is to understand how eHealth innovations and technologies to support Informal Care are successfully implemented in practice. We are interested in your professional opinion and findings, therefore there are no right or wrong answers. The interview(s) will last approximately 45 minutes, but you have the right to stop the interview at any time and without giving any explanation.

For the sake of processing this interview, we would like to record the meeting. If the interview takes place online and you are not comfortable with video recordings, you can turn off your camera at any point. With those recording(s) we can transcribe and quote the interview. All names, places and dates will be made anonymous. The recordings are stored securely according to the UT data management system for transcription of the interview. After the analyses, recordings will be destroyed. Some of the information or experience you will share may be confidential and you might not want it to be used for research purposes. If you do not wish for us to share certain information you can let us know so that we can handle it discreetly.

This research project has been reviewed and approved by the BMS Ethics Committee. No specific risks are envisioned with the participation to this study. Ethical procedures for scientific research, conducted by the Ethics Committee of the Faculty of Behavioral, Management and Social Sciences (BMS) of the University of Twente require that the interviewees explicitly agree to the interview and how the information will be used in their interviews. This consent form is necessary for us to ensure that you understand the purpose of your involvement and that you agree to the terms of your participation.

Therefore, please read the attached consent form and then sign this form to confirm that you agree to the following.

Consent Form for “Successfully implemented technologies to support informal care: multiple case study.”

YOU WILL BE GIVEN A COPY OF THIS INFORMED CONSENT FORM

Taking part in the study

I have read and understood the study information dated __/__/__ or it has been read to me. I have been able to ask questions about the study and my questions have been answered to my satisfaction.

Yes No

I consent voluntarily to be a participant in this study and understand that I can refuse to answer questions and I can withdraw from the study at any time without having to provide a reason.

I understand that taking part in the study involves participating to a video recorded online interview or a face-to-face audio recorded interview for the duration of 45 minutes approximately. The recordings will be transcribed and deleted after analyses. I will receive the transcription and will have the possibility to retract any information that I am not comfortable with sharing.

Use of the information in the study

I understand that information I provide will be used for scientific publication purposes. The interview(s) will be analyzed, and the result will be reported to describe the implementation method of Minddistrict. Furthermore, the publication will be part of the researchers' doctoral dissertation. No other use is envisioned for the data.

I understand that personal information collected about me that can identify me, such as [e.g., my name or where I live], will not be shared beyond the study team.

I agree that my information can be quoted in research outputs.

I agree that my company name can be used for quotes.

Future use and reuse of the information by others

I give the researchers permission to keep my contact information and to contact me for future research projects.

Signatures

Name of the Interviewee	Signature	Date
-------------------------	-----------	------

I have accurately read out the information sheet to the potential participant and, to the best of my ability, ensured that the participant understands to what they are freely consenting.

Sofia Bastoni	_____	_____
Name of the Researcher	Signature	Date

Study contact details for further information: Sofia Bastoni, University of Twente Drienerlolaan 5, 7522 NB, Enschede, The Netherlands. Email: s.bastoni@utwente.nl Phone: +31 53 489 5284).

Contact Information for Questions about Your Rights as a Research Participant If you have questions about your rights as a research participant, or wish to obtain information, ask questions, or discuss any concerns about this study with someone other than the researcher(s), please contact the Secretary of the Ethics Committee of the Faculty of Behavioural, Management and Social Sciences at the University of Twente by ethicscommittee-bms@utwente.nl

8. Bijlage 2

Interview schema:

Interviewschema: evaluatie van belanghebbenden van het implementatiemodel van Minddistrict

Dank de geïnterviewde, stel uzelf en het project voor, begin met het opnemen en zorg ervoor dat ze hiermee akkoord gaan.

Tijdens dit interview zal ik u vragen stellen over uw ervaring met het implementatieproces van Minddistrict. Het algemene doel van dit project is inzicht te krijgen in punten waarop Minddistrict hun implementatiemodel kan verbeteren.

Om te beginnen:

1. Wat is uw rol binnen uw organisatie?
2. Wat betekent implementatie voor u en uw organisatie? Wie is er verantwoordelijk voor?

Prompt: Kwamen uw verwachtingen overeen met uw ervaringen met Minddistrict?

3. In welk jaar heeft u deelgenomen aan de implementatie van Minddistrict?
4. Kunt u kort beschrijven wat uw algemene herinnering/gevoelens hierover zijn?

Dank u wel. We gaan nu verder met vragen over uw ervaringen met specifieke activiteiten en fasen van het implementatieproces met Minddistrict. Voor dit gedeelte hebben we 7 vragen en 25 minuten, dus we zullen proberen dit binnen die tijd te behandelen.

Laat de dia zien

5. Voordat we beginnen, bent u bekend met deze structuur op basis van uw ervaring? (Indien niet, geef een korte uitleg en verzeker hen dat het geen probleem is.)
6. Hoe zou u uw ervaring met de onboarding bij Minddistrict omschrijven? Wat waren sterke punten en valkuilen?
7. Hoe zou u uw ervaring met het stellen van doelen voor uw organisatie met Minddistrict omschrijven? Wat waren sterke punten en valkuilen?
8. Hoe zou u uw ervaring met het creëren van de cliëntreis en workflow/werkproces voor Minddistrict omschrijven?
9. Hoe zou u uw ervaring met het aanpassen en opbouwen van de inhoud voor de catalogus (het opbouwen van het welkomstmodule) bij Minddistrict omschrijven? Wat waren sterke punten en valkuilen?
10. (Voor therapeuten) Hoe zou u de trainingen omschrijven? Wat waren sterke punten en valkuilen?
- 10b. (Voor niet-therapeuten) Heeft u feedback gekregen over de trainingen van therapeuten binnen uw organisatie? Wat waren sterke punten en valkuilen?
11. Hoe zou u uw ervaring met het evaluatieproces omschrijven? Wat waren sterke punten en valkuilen?

11b. Als u ervaring heeft met de eHealth Check up-tool: hoe zou u uw ervaring met de eHealth Check up-tool omschrijven? Wat waren sterke punten en valkuilen?

Dank u wel, we zijn bijna klaar met de vragen. Ter afsluiting:

12. Weet u nog wat er na de evaluatie is gebeurd?

Prompt: Kwamen uw verwachtingen overeen?

13. Wat waren in het algemeen punten ter verbetering voor het implementatieproces van Minddistrict?

14. Bonus: Was u, uw collega's of uw patiënten betrokken in het maken van de modules? Op welke manier?

9. Bijlage 3

Codeerschema interviews

Hoofdcode(N)	Subcode
Innovatie domein(20)	Complexiteit innovatie Aanpassingsvermogen innovatie
Externe setting domein(16)	Informatievoorziening Externe financiële druk
Interne setting domein(43)	Organisatie eigenschappen Randvoorwaarden en beschikbare middelen Communicatie Verantwoordelijkheid binnen organisatie Trainingen Cliënten betrekken
Individuele domein(34)	Implementatie expertise Individuele motivatie en enthousiasme Creëren van een boegbeeld voor de implementatie
Implementatie procesdomein(55)	Planning In teams werken Benodigdheden Evalueren en reflecteren