



Het inzetten van Early Adopters bij het vergroten van de adoptie van eHealth

Nicole Op 't Veld, april 2019
Masterthesis MBA-Health
Erasmus Centrum voor Zorgbestuur

Afbeelding *'Spread the word'*:

Karen McCarthy Woolf

Thesisbegeleider:

Dr. J.J.P.A. (Joyce) Bierbooms

Tweede beoordelaar:

Prof. Dr. I.M.B. (Inge) Bongers

*Make it simple. Make it memorable. Make it inviting to look at.
Make it fun to read.*

Leo Burnett

Managementsamenvatting

Er is steeds meer bewijs dat eHealth een (kosten)effectieve bijdrage kan leveren aan de behandeling van patiënten in de geestelijke gezondheidszorg. Er zijn diverse programma's ontwikkeld en er is onderzoek dat aantoont dat bij een aantal stoornissen face-to-face behandeling in combinatie met eHealth een vergelijkbaar effect heeft als alleen face-to-face behandeling.

Naast de inhoudelijke redenen die er kunnen zijn om eHealth op de kaart te zetten zijn er ook bedrijfseconomische redenen. eHealth is goedkoper dan de gebruikelijke face-to-face zorg en gegeven de huidige arbeidsmarktkrapte en de groeiende wachtlijsten is het voordelig als er minder professionals nodig zijn om zorg te leveren.

Ondanks deze duidelijke voordelen wordt eHealth in de behandeling nog weinig benut. Er wordt tussen zorgverleners wel informatie uitgewisseld via de digitale snelweg, maar het inzetten van eHealth in de daadwerkelijke behandeling is nog beperkt. Eén van de redenen dat er weinig gebruik wordt gemaakt van eHealth is de lage adoptie onder behandelaren. Het doel van dit onderzoek is te onderzoeken of actieve gebruikers (early adopters) ingezet kunnen worden om de adoptie van eHealth te vergroten.

In Nederland is er sprake van marktwerking in de zorg, wat maakt dat instellingen een scherp oog moeten houden op kostenefficiëntie en doelmatigheid. Ook zullen ze zich moeten verdiepen in een strategie om zoveel mogelijk service te bieden aan patiënten en waarde te creëren op zowel inhoudelijk als financieel vlak. Early adopters worden in het bedrijfsleven ingezet om een nieuw product te positioneren, dit zouden de early adopters binnen de GGZ ook kunnen doen voor eHealth.

In dit onderzoek zijn eerst de early adopters binnen de organisatie geïdentificeerd middels een hier voor ontworpen vragenlijst, vervolgens werd met hen gekeken naar hoe zij zelf denken de adoptie onder hun collega's te kunnen vergroten en wat zij daarvoor nodig hebben van de organisatie. Ook zijn de kenmerken van de early adopters geïnventariseerd.

Uit de gesprekken met de early adopters komt naar voren dat zij van het management een duidelijke visie op eHealth verlangen. Verder geven ze aan dat het belangrijk is dat het eHealth aanbod aansluit bij de doelgroep waarmee zij werken en dat eHealth toegankelijk en makkelijk in het gebruik moet zijn.

Early adopters denken door hun kennis van het dagelijks werk en het ervaren gemak hun collega's te kunnen enthousiasmeren voor gebruik van eHealth. Ze verwachten dit beter te kunnen dan bijvoorbeeld een projectleider die een grotere afstand heeft tot de werkvloer.

Bovendien willen ze graag samenwerken om eHealth te verbeteren door bijvoorbeeld feedback te

leveren voor verdere ontwikkelingen.

Ik zie verder dat behandelaren die in hun opleiding al informatie over eHealth hebben gekregen meer open staan voor eHealth en ook meer gebruik maken van eHealth toepassingen. Tenslotte is niet iedere early adopter in staat om de eHealth adoptie te vergroten, hiervoor is een zekere positionering/sociale status nodig binnen de instelling.

Aanbevelingen vanuit deze studie:

- Formuleer een heldere visie op eHealth.
- Identificeer early adopters, faciliteer ze en geef ze een belangrijke positie in de adoptie van eHealth.
- Gebruik feedback van early adopters om eHealth te verbeteren.
- Integreer eHealth in de opleidingen.
- Selecteer eHealth aanbod op grond van gebruiksgemak en 'fit' met de doelgroep.
- Overweeg 'blended care' verplicht te stellen.

Management Summary

The body of evidence surrounding the (cost)effectiveness of eHealth in treatment of patients in mental healthcare is increasing. Different programs have been developed and there is research stating that blended care, that is a combination of face-to-face and online treatment, is as effective as face-to-face treatment only.

Besides the reasons for effectiveness there also are economic reasons to adopt eHealth. eHealth treatment is cheaper than the usual face-to-face treatment. In blended care less professionals are needed, which is welcome because of the lack of professionals on the employment market today.

Despite of obvious benefits of eHealth it is not widely used in treatment. Patient information is being exchanged between health professionals in a digital way, but the use of eHealth in clinical practice remains low. One of the reasons of this lack of clinical use is low adoption of eHealth among professionals. The aim of this study is to determine if and how active users (early adopters) are capable of increasing adoption with their peers.

In the Netherlands health care is commercialized, so organizations need to think about cost effectiveness and applicability. Also they have to think about a strategy which provides the best service for their clients and also creates as much value in terms of finance, service and quality of care. Commercial companies use early adopters to introduce and position a new product or innovation. A similar role for early adopters in the adoption of eHealth in (mental) healthcare could be logical.

In this study the early adopters in the organization are identified through a questionnaire. Subsequently a semi-structured interview was carried out with the early adopters to explore their thoughts about how they could promote the adoption of eHealth among their peers and which organizational back-up they need.

From the interviews we learned that early adopters require a clear standpoint on eHealth from the organization. Furthermore they need eHealth that is compatible with their target group. They also need eHealth that is easily accessible and easy to use for both themselves and their patients.

In motivating their peers they think they can benefit from their knowledge of everyday business. It is easier for them to communicate the positive eHealth experiences compared to someone who has no direct contact with patients.

Also Early adopters would like to cooperate with management to make eHealth a success for example by giving feedback to improve eHealth.

I found that users that learned about eHealth during their training were more likely to be early adopters than those who did not. Finally I found that not every early adopter is capable of spreading the eHealth word to their peers. They need (social) status within the organization to be able to be that.

Recommendations from this study:

- Organizations should have a clear standpoint on (the use of) eHealth.
- Identify early adopters, facilitate them and give them a strong position in the adoption process of eHealth.
- Use the feedback of early adopters to improve eHealth.
- Integrate eHealth in health professional education and training.
- Choose eHealth that is easy to use, accessible and compatible with your target group.
- Consider making 'blended care' mandatory.

INHOUDSOPGAVE

Managementsamenvatting	5
Management Summary	7
Inhoudsopgave	9
Voorwoord	11
Hoofdstuk 1 - Inleiding	13
1.1 Doelstelling en Vraagstelling	16
1.2 Projectkader	17
1.3 Onderzoeksmodel	17
1.4 Relevantie	18
1.5 Leeswijzer	19
Hoofdstuk 2 - eHealth en Beleid	21
2.1 Inleiding	21
2.2 De generieke strategie van Porter en Value Based Health care (VBHC)	22
2.3 Klantwaarden	24
2.4 Conclusie	26
Hoofdstuk 3 - Theoretisch kader: Adoptie en Early Adopters	27
3.1 Adoptie	27
3.1.1 Modellen voor adoptie van innovatie	27
3.1.2 Het Levels of Adoption of eMental Health model	29
3.2 Early Adopters	31
3.3 Conceptueel model	33
Hoofdstuk 4 - Onderzoeksmodel	34
4.1 Onderzoeksopzet	34
4.2 Onderzoeksdesign	34
4.3 Onderzoeksinstrumenten	34
4.4 Respondenten	35
4.5 Data verzameling	35
4.6 Data-analyse	35
4.7 Betrouwbaarheid en Validiteit	36
4.7.1 Betrouwbaarheid	36
4.7.2 Validiteit	36
Hoofdstuk 5 - Resultaten	38
5.1 Kwantitatieve data	38
5.1.1 Demografische gegevens respondenten	38
5.1.2 Adoptieniveau	42
5.1.3 Benchmark	43
5.2 Interviews	44
5.2.1 Gebruik van eHealth door early adopters	44
5.2.2 Waarom gebruiken early adopters eHealth?	44
5.2.3 Wat zijn de kenmerken van early adopters?	46
5.2.4 Kunnen early adopters hun enthousiasme verliezen?	47

5.2.5	Denken early adopters bij te kunnen dragen aan het vergroten van de adoptie van eHealth?	48
5.2.6	Wat hebben early adopters nodig?	49
Hoofdstuk 6 - Conclusie, discussie en aanbevelingen		51
6.1	Conclusie en discussie	51
6.2	Beperkingen van dit onderzoek	53
6.3	Aanbevelingen	54
6.3.1	Suggesties voor vervolgonderzoek	55
Literatuurlijst		56
Bijlage A: Topic lijst		60

Voorwoord

Het zit erop. Twee jaar studeren in het mooie Epe, met 19 enthousiaste, leergierige en mooie medemensen. Ik ben blij dat het klaar is, maar zal de bijeenkomsten in Epe bij Bjarne en Wim wel missen.

In de MBA als geheel heb ik veel geleerd over cultuur en strategie, financiën en verandering.

Leiderschap was een verbindend concept door de hele opleiding. Ik heb bijgeleerd, maar ook geleerd dat het goed is zoals ik ben.

Een voorwoord dient toch ook vooral om dank te zeggen. Als eerste wil ik Jolanda van Bussel danken, 'mijn' directeur die mij de kans bood om deze opleiding te gaan doen. Maar bovenal omdat ik haar als een hartelijke en steunende mentor heb ervaren in de tijd dat wij samen mochten werken.

Joyce, beste thesisbegeleider ooit! Ondersteunend, motiverend, humor en een kritische noot ('daar word ik voor betaald hè'). Dank! Zonder jou was dit echt niet gelukt.

Dank mede-managers die hun teams bereid hebben gevonden om voor mij de vragenlijst in te vullen en dank aan hen die dat deden. Extra dank voor de zes early adopters die tijd maakten in hun agenda om dieper met mij op de materie in te gaan.

Deze opleiding bracht afwezigheid op het werk met zich mee (soms fysiek en soms mentaal) die niet altijd prettig was voor anderen. Zowel op de afdelingen waar ik behandel als in het management team was er best wel eens een zucht als ik er weer niet was. Mijn collega's, en in het bijzonder David, Frits, Melanie en Tessa, 'onze' hoofden wil ik danken voor de tijd, steun en kletspraatjes. En niet in de laatste plaats Tanja, die als een wijze vrouw altijd bleef meekijken of ik niet over mijn grenzen ging en of ik nog wel mee was in het dagelijks tumult van onze werkplek.

Ik dank de docenten en medewerkers van de opleiding, en dan specifiek Maarten Janssen voor zijn inspirerende begeleiding en zijn vermogen om ons allen op het rechte pad te houden.

Ik dank mijn medestudenten voor de feedback, verhalen en bovenal voor de gezelligheid. Christine: je bent een topper! Hoop je nog vaak te zien!

Papa en mama, bedankt voor het leven! Ik hoop dat ik jullie nog lang bij me hou, al is het niet gemakkelijk de laatste tijd.

Elwin: je bent in alles mijn rots in de branding, mijn veilige haven en de beste partner die een vrouw zich kan wensen. Nu lekker klussen aan ons nieuwe huis!

Nicole

1. Aanleiding

Gezondheid

Online-hulp erg effectief: 'Misschien had ik eerder over misbruik gepraat'

Dit nieuwsbericht stond op de website van RTL Nieuws in april 2018. Het is een van de vele artikelen die in de wetenschappelijke en populaire literatuur verschijnen over de effectiviteit van online zorg, oftewel eHealth.

De literatuur biedt een grote variëteit aan definities om eHealth (letterlijk: 'elektronische gezondheidszorg') te beschrijven, soms zeer brede definities, soms juist heel smalle. In dit onderzoek gebruiken we de definitie van Mallen en Vogel (2005), die het beste lijkt te passen bij het gebruik van eHealth in de GGZ:

'Any delivery of mental and behavioral health services, including but not limited to therapy, consultation and psycho-education by a licensed practitioner to a client in a non-face-to-face setting through distance communication technologies such as the telephone, asynchronous email, synchronous chat, and videoconferencing.'

Er is overtuigend bewijs dat internetzelfhulp bij depressie effectief is in het verminderen van stemmingsklachten (Andrews et al., 2010; Johansson et al., 2012; Spek et al., 2007a).

Uit een meta-analyse van Cuijpers et al. in 2010 blijkt zelfs dat eHealth onder begeleiding net zo effectief is als alleen face-to-face contact met een therapeut. Gevonden wordt dat begeleide zelfhulp ('blended care') beter werkt dan zelfhulp die niet begeleid wordt en dat mensen langer blijven deelnemen als eHealth in combinatie met begeleiding wordt aangeboden ten opzichte van de onbegeleide variant (Blankers et al. 2013).

Naast de onderzoeken die zich richten op stemmings- en angststoornissen is er relatief veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van eHealth in de verslavingszorg. Hieruit komt onder andere naar voren dat eHealth effectief is in de behandeling van alcoholverslaving (o.a. Riper et al., 2008). Voor behandelaren blijkt een belangrijke reden voor het gebruik van eHealth te zijn dat patiënten zelf de tijd en plaats kunnen bepalen voor hun behandeling en het de behandeling dus flexibeler maakt. Voor sommigen behandelaren is dit zo prettig dat ze hun eigen online praktijk beginnen (Koufou & Markovic; 2017).

Evenals voordelen zijn er ook nadelen van eHealth te benoemen. Behandelaren geven bijvoorbeeld aan dat het gebrek aan direct intermenselijk contact een negatieve uitwerking zou kunnen hebben op de behandeling (Lovejoy et al., 2009). Onderzoek hiernaar bevestigt dit niet (Hanley & Reynolds, 2009; Anderson et al. 2012), maar het gevoel onder behandelaren blijft bestaan. Behandelaren die werken met cognitieve gedragstherapie vinden het ook makkelijker om met eHealth te werken dan bijvoorbeeld behandelaren die vanuit een psychodynamische achtergrond werken (Perle et al, 2013; Wangberg et al., 2007). Perle et al (2013) laat in hetzelfde onderzoek zien dat behandelaren jonger dan 45 jaar oud eerder geneigd zijn tot het gebruik van eHealth.

Een ander veelvoorkomend bezwaar onder behandelaren is dat het online moeilijker is om in te grijpen in crisissituaties (Perle et al, 2011).

Naast dat er inhoudelijke redenen kunnen zijn om eHealth te gebruiken, blijkt ook dat de kosten van 'blended care' lager zijn dan die van face-to-face behandeling alleen, zoals onder andere te lezen in het 'fact sheet e-mental health' wat GGZ Nederland in 2013 uitbracht en uit onderzoek van NYFER (forum voor economisch onderzoek), in opdracht van zorgverzekeraar ONVZ. Uit dit laatste onderzoek blijkt dat het gebruik van eHealth de gezondheidszorg in het geheel jaarlijks 400 miljoen euro kan besparen. Vooral vanwege de arbeidsbesparende werking die de effectieve inzet van eHealth heeft (Geest et al., 2013).

Expertisecentrum voor eHealth *Nictiz* presenteerde recent haar 6^e eHealth monitor met de titel 'eHealth in verschillende snelheden'. Met deze titel wil zij aangeven dat de ontwikkelingen op het gebied van eHealth binnen Nederland enerzijds voorspoedig verlopen en er zelfs een voorsprong is op landen om ons heen, terwijl er anderzijds toepassingen zijn die nog niet of nauwelijks gebruikt worden (Nictiz, 2018). In de eHealth monitor is te lezen dat de communicatie tussen zorgverleners via eHealth meer en meer gemeengoed is. Het uitwisselen van medische gegevens tussen zorginstellingen en huisartsen steeg van 61 procent in 2014 naar 87 procent in 2018 (het gaat hier om alle zorginstellingen, niet alleen de GGZ) en de helft van de medisch specialisten wisselt elektronisch informatie uit met de apotheek (dit is nog niet in alle ziekenhuizen mogelijk vanwege de ICT systemen die niet altijd overeenkomen). Echter in het directe contact met patiënten, en dan met name in de behandeling, wordt eHealth veel minder ingezet.

In een eerder onderzoek uit 2015 van het Nivel, het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, bleek dat slechts 6 procent van de GGZ patiënten gebruik maakte van zogenaamde 'blended care', waarbij de patiënt naast persoonlijk contact met de zorgverlener ook digitale mogelijkheden gebruikt.

Grolleman (2016) stelt in een onderzoek gedaan onder 26 grote GGZ instellingen in Nederland, dat

50 procent van de grote instellingen een online platform aanbiedt aan haar patiënten. In het onderzoek wordt door instellingen aangegeven dat ongeveer 27% van de behandelaren actief gebruiker is. Echter bleek ook dat niet alle behandelaren toegang hadden tot het eHealth portal, gemiddeld was daarom slechts 13% van alle behandelaren binnen de instelling actief gebruiker. Waar het de patiënten betreft is slechts 7% van hen actief gebruiker.

Uit zowel de eHealth monitor, het onderzoek van het Nivel, als het onderzoek van Grolleman kan geconcludeerd worden dat de adoptie van eHealth bij patiënten en behandelaren achterblijft bij de mogelijkheden. Nederland staat hierin niet alleen, ook in landen om ons heen lukt het soms niet om eHealth in te passen ondanks de mogelijkheden die er zijn. De World Health Organization (WHO) rapporteert dat slechts een derde van haar leden een programma heeft voor technologie ondersteunde GGZ.

Hoe komt het toch dat eHealth tijdens de behandeling zo weinig wordt benut, terwijl het effect keer op keer wordt aangetoond? De adoptie van eHealth heeft een stevige zet in de rug nodig. Er is werk aan de winkel om de acceptatie en het gebruik van eHealth te vergroten bij behandelaren en patiënten.

Rogers (2003) beschrijft vijf aspecten van de innovatietheorie die van belang zijn voor de adoptie van een innovatie, namelijk (1) de innovatie moet meerwaarde hebben (2) de innovatie moet aansluiten bij de (mogelijke) gebruikers (3) de innovatie moet makkelijk te begrijpen en te gebruiken zijn (4) er moet tijd zijn om aan de innovatie te wennen voor de stakeholders (5) de concrete uitkomsten van een innovatie moeten helder zijn (of gemaakt kunnen worden) (Rogers, 2003).

Een mogelijkheid om de adoptie van eHealth te vergroten zou kunnen zitten in het inzetten van 'early adopters' (Rogers, 2003), de behandelaren die als eerste een nieuwe innovatie toepassen en onderdeel maken van hun dagelijkse routine. Bandura schreef in 1977 al in zijn sociaal leren theorie dat mensen kunnen leren door naar anderen te kijken en gedrag over te nemen.

Rogers (2003) betoogt dat 'peers' in staat zijn om anderen te enthousiasmeren voor een innovatie. Berwick (2003) beargumenteerde in hetzelfde jaar in zijn onderzoek dat 'opinieleiders' de weerstand ten aanzien van een innovatie kunnen verhogen of verlagen. Op basis van de theorie van Rogers lijkt het van belang ook bij de adoptie van eHealth te kijken naar early adopters en wat die zouden kunnen betekenen bij de adoptie van eHealth, zoals in het bedrijfsleven ook marketingstrategieën opgebouwd zijn rondom de inzet van early adopters. Of zoals Seth Godin (Amerikaans Business Executive) zegt: *'sell to people who are listening, and maybe they will tell their friends'*.

Hieronder sta ik stil bij de vraagstelling van dit onderzoek. Vanuit welke achtergrond is de

vraagstelling ontstaan? Wat is het projectkader en op welke vragen probeert dit onderzoek een antwoord te geven? Ik bespreek het onderzoeksmodel, de relevantie van het onderzoek en sluit af met een leeswijzer voor deze thesis als geheel.

1.1 Doelstelling en vraagstelling

In dit onderzoek richt ik mij op de rol van de behandelaar (de professional) die 'early adopter' is en hoe deze kan bijdragen aan de adoptie van eHealth. Meer specifiek wil ik dit doen binnen de zorginstelling waar ik voor werk, de Parnassia groep, en daarbinnen de Antes groep. De Antes groep is een GGZ instelling in Rotterdam en omstreken, die is ontstaan uit een fusie van Bouman (verslavingszorg), Delta (psychiatrie) en de BAVO (eveneens psychiatrie).

Doel van het onderzoek is om helder te krijgen wie de early adopters binnen de organisatie zijn en wat hen kenmerkt. Bovendien wil ik onderzoeken hoe early adopters ingezet kunnen worden om de adoptie van eHealth te vergroten of versnellen bij behandelaren die mogelijk negatiever staan ten opzichte van eHealth.

De centrale vraag van dit onderzoek is:

Wat zijn de kenmerken van de early adopters binnen Antes en hoe kunnen we hen inzetten om de adoptie van eHealth binnen de organisatie te vergroten?

Subvragen die hierbij relevant zijn:

1. Wie zijn de early adopters?
2. Wat zijn de kenmerken van early adopters?
3. Hoe kunnen early adopters bijdragen aan de adoptie van eHealth?
4. Welke aanknopingspunten zijn er te vinden om de adoptie van eHealth (binnen de Parnassia groep) te verbeteren op basis van de drie voorgenoemde subvragen?
5. Tot welke concrete aanbevelingen aan managers op strategisch, tactisch danwel operationeel niveau in de GGZ leidt dit?

De subvragen zijn enerzijds bedoeld om de centrale vraag te kunnen beantwoorden, anderzijds om dit onderzoek richting te geven in haar maatschappelijk belang. Vraag 1 wordt voornamelijk vanuit literatuuronderzoek beantwoord. Vraag 2 wordt middels vragenlijst onderzoek en interviews beantwoord. Voor het beantwoorden van vraag 3 wordt een analyse gemaakt van de informatie uit

de interviews die met early adopters gehouden worden. Met het beantwoorden van de eerste drie vragen kunnen er aanknopingspunten gevonden worden om antwoord te geven op de laatste twee vragen.

1.2 Projectkader

Het voorliggende onderzoek vindt plaats binnen Antes, onderdeel van de Parnassia groep. De Parnassia groep heeft zich tot doel gesteld om zorg te bieden aan alle patiënten die een hulpvraag hebben waarbij het een speerpunt is om hulpverlening eerder, dichterbij en zo mogelijk korter en lichter te maken. eHealth past goed binnen dit concept. De Raad van Bestuur van Parnassia staat dan ook zonder meer achter de implementatie van eHealth binnen de verschillende zorgbedrijven. Er is inmiddels een online poli binnen het zorgbedrijf PsyQ en er is een breed online platform beschikbaar voor patiënten. Langzaamaan wordt er meer gebruik gemaakt door behandelaren en patiënten van de mogelijkheden van eHealth.

Antes is sinds 2017 een van de zorgbedrijven van de Parnassia groep met haar eigen doelstellingen en doelgroep met dezelfde kernwaarden. Ook in dit zorgbedrijf is de doelstelling om tijdig de juiste zorg te bieden, en dit op een (kosten)efficiënte manier te doen. Van oudsher richt Antes zich vooral op de EPA (Ernstige Psychiatrische Aandoeningen) doelgroep, een doelgroep die regelmatig naast psychiatrische problematiek ook psychosociale problematiek kent. Binnen dit zorgbedrijf biedt Sprink, de basis GGZ tak, blended behandeling aan. Antes heeft verder een eigen online platform wat weinig gebruikt wordt (door minder dan 5% van de patiënten).

Bij Antes werken 2200 medewerkers (inclusief ondersteunend personeel) en jaarlijks worden zo'n 15.000 patiënten behandeld. In totaal zijn er drie projectleiders eHealth (met de beschikking over 80 uur) en 1 multimedia designer (32 uur) in dienst om de adoptie van eHealth vlot te trekken. De ondersteuning ligt bij functioneel beheer en de verschillende medische secretariaten.

1.3 Onderzoeksmodel

De vraag die in dit onderzoek centraal staat is de vraag op welke manier early adopters ingezet zouden kunnen worden om de adoptie van eHealth binnen een organisatie beter (c.q. sneller) te laten verlopen.

Er is begonnen met een literatuurstudie om de verschillende begrippen die verband houden met dit onderzoek verder uit te diepen. Vervolgens is gekozen voor een kwantitatief deel en een kwalitatief deel.



Figuur 1: onderzoeksmodel

Het kwantitatieve deel bestaat uit het aanbieden van de Level of Adoption of eMental Health (LAMH) vragenlijst. Deze vragenlijst is onder constructie en vloeit voort uit de theorie rondom 5 niveaus van adoptie van eMental health van Feijt et al (2018). Het LAHM model zelf is gebaseerd op het eerder besproken model van Rogers (2003) over de Diffusion of Innovation en is specifiek gericht op de adoptie van eHealth in de GGZ.

De vragenlijst wordt in dit onderzoek gebruikt om een onderscheid te maken in de verschillende niveaus van adoptie van de respondenten, om zo de verschillende niveaus van adoptie onder behandelaren binnen Antes in kaart te brengen en de early adopters te identificeren voor het verdere exploratieve deel van de studie. Vervolgens zal met deelnemers die als niveau 4/early adopters uit het vragenlijst onderzoek naar voren komen een verdiepend interview gehouden worden om meer zicht te krijgen op mening, gedrag en ervaringen aangaande de adoptie van eHealth. In deze interviews zal gevraagd worden naar vaardigheden, huidige gebruik van eHealth en (de)motiverende factoren. Daarnaast wordt gevraagd naar de voorwaarden waaraan een organisatie volgens hen moet voldoen om adoptie mogelijk te maken, danwel gebruik te maken van deze early adopters bij het adoptieproces.

1.4 Relevantie

Praktische relevantie

Dit onderzoek richt zich in eerste instantie op een zeer praktische vraag: hoe kunnen we ervoor zorgen dat de adoptie van eHealth vergroot danwel versneld wordt door het inzetten van early adopters?

Met de resultaten van dit onderzoek kan mogelijk anders nagedacht worden over de adoptie van

eHealth in de GGZ. Er wordt immers een invalshoek gekozen die nieuw is, namelijk het denken vanuit marketing strategieën en het gebruik maken van early adopters daarin. Bestuurders van GGZ instellingen kunnen hier hun voordeel mee doen bij het implementeren van (nieuwe) eHealth projecten, maar ook beleidsmakers, opleidingen en koepelorganisaties kunnen belang hebben bij de uitkomsten.

Maatschappelijke relevantie

Maatschappelijk gezien is er een vraag naar kortere, snellere (minder wachttijd) en kosteneffectieve zorg. eHealth kan ondersteunen in het behalen van deze doelstelling en daarom is de adoptie van eHealth een thema wat maatschappelijk van belang is (zoals ook wel blijkt uit de diverse notities die over dit onderwerp geschreven zijn vanuit de overheid). Met dit onderzoek wil ik een bijdrage leveren aan het dichterbij elkaar brengen van strategieën die werken in het bedrijfsleven en de zorg. De zorg is immers sinds 2006 onderhevig aan marktwerking en instellingen zullen zich meer en meer commercieel moeten profileren om te kunnen blijven bestaan.

Wetenschappelijke relevantie

Door het doen van dit onderzoek neemt tenslotte de (wetenschappelijke) kennis toe over early adopters en hun (mogelijke) toegevoegde waarde en neemt de kennis toe over adoptie als concept binnen de implementatie van eHealth. In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een vragenlijst die nog onder constructie is. Doordat binnen dit onderzoek de vragenlijst door meerdere mensen wordt ingevuld dragen deze uitkomsten weer bij aan het verder valideren van deze vragenlijst als instrument voor GGZ instellingen om de eHealth adoptie in kaart te brengen.

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 1 wordt uitgelegd wat de aanleiding is van dit onderzoek. U wordt meegenomen langs de verschillende begrippen die van belang zijn in het verder onderzoek. De context van het onderzoek en de relevantie wordt u getoond.

In hoofdstuk 2 wordt eHealth in het kader van beleid uitgediept. Hoe past eHealth in Value Based Healthcare? Hoe past het bij de klantwaarden volgens Treacy en Wiersema en daarmee in de marketingstrategie van een instelling.

Hoofdstuk 3 gaat dieper in op het begrip 'adoptie' en op de 'early adopters'. Naast deze termen uit de 'diffusion of innovation theory' van Rogers wordt ook aandacht besteed aan hoe de "levels of adoption of eMental Health" vragenlijst ontstaan is en hoe deze past binnen de theorie van Rogers. In dit hoofdstuk vindt u ook het conceptuele model van dit onderzoek.

In hoofdstuk 4 wordt het onderzoeksmodel uitgewerkt en het proces van het onderzoek beschreven.

In hoofdstuk 5 kunt u de resultaten lezen. Enerzijds uit de vragenlijst en anderzijds de resultaten uit de explorerende interviews. U leest wat de kenmerken zijn van early adopters en wat zij vinden van het adoptie proces binnen de instelling. Kunnen zij iets toevoegen? Wat kunnen zij toevoegen? En wat (de)motiveert hen in het gebruik van eHealth?

In hoofdstuk 6 tenslotte worden conclusies getrokken uit het voorgaand onderzoek en worden discussie onderwerpen naar voren gebracht. In dit hoofdstuk zullen ook aanbevelingen gedaan worden voor het gebruik van de resultaten in het vraagstuk rondom adoptie van eHealth en wordt benoemd welke opties er zijn voor vervolgonderzoek.

2. eHealth en beleid

In dit hoofdstuk kijk ik naar de inpassing van eHealth in de strategie van een instelling. eHealth is, zoals ook wel gebleken is in de inleiding, een innovatie waar je als instelling niet meer omheen kunt. Er ligt immers een bulk aan onderzoek dat aantoont dat het werkt en dat het goedkoper is dan reguliere zorg. Hoe past eHealth dan in het beleidsconcept? En kijkend naar de transitie naar meer marktwerking in de zorg, waar past eHealth in de marketing propositie?

2.1 Inleiding

De Nederlandse wet benoemt in de wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) zes dimensies van zorgkwaliteit:

*‘zorg van goede kwaliteit en van goed niveau: a. die in ieder geval **veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht** is, **tijdig** wordt verleend, en is **afgestemd op de reële behoefte** van de cliënt, b. waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard, (...) en c. waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld.’* (art. 2.2 Wkkgz, 6 oktober 2015).

Elke zorgorganisatie en iedere behandelaar zal zich in bovenstaande tekst herkennen en zal de daar genoemde zorg willen verlenen, echter steeds wel met de beschikbare (financiële) middelen. In dit hoofdstuk kijken we hoe eHealth past binnen het grotere kader van de bedrijfsstrategie en bedrijfsmarketing van GGZ instellingen. Sinds 2006 is er immers in Nederland sprake van marktwerking in de zorg en moet een zorginstelling zich instellen op marktgerichtheid, klantgerichtheid en ondernemerschap.

Naast de intrinsieke wens van een instelling om de juiste zorg voor de beste prijs te bieden is er ook externe druk van de financier, de verzekeraar, zoals onder meer te lezen in onderstaand krantenartikel uit dagblad Trouw van 29 maart 2019.

CZ dwingt ggz-instellingen om digitaal te behandelen

Zorgverzekeraar CZ gaat van aanbieders in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) eisen dat ze een deels digitale behandeling aanbieden. Zo wil de verzekeraar de lange wachtlijsten in de ggz terugdringen. Volgens CZ is een gecombineerde behandeling, deels online, deels in de spreekkamer, bewezen effectief bij het grootste deel van de psychische aandoeningen.

Het gaat om depressie, angststoornissen en bepaalde persoonlijkheidsstoornissen. Wat de verzekeraar betreft moet iedere patiënt met een van deze aandoeningen kunnen kiezen: of meteen beginnen via een digitaal traject, of op de wachtlijst voor een reguliere behandeling. “Zo kunnen we de schaarse capaciteit in de ggz beter inzetten voor groepen die we nog niet digitaal kunnen behandelen”, zegt Rens van Oosterhout, manager ggz bij CZ.

Leidt de inzet van digitale middelen niet af van het oplossen van het werkelijke probleem: het capaciteitstekort in de ggz? Van Oosterhout vindt van niet. “Digitale behandelingen zijn even effectief. En als je al

zegt: ‘Zou face-to-face-contact niet beter zijn?’, dan nog is de realiteit dat we de mensen niet hebben, en die krijgen we ook niet door extra geld in de ggz te steken. Het zal trouwens altijd gaan om een gemengd traject, waarbij een patiënt ook face-to-face-contact heeft, alleen minder vaak.”

‘Zo kunnen we de schaarse capaciteit in de ggz beter inzetten’

CZ stimuleert ggz-instellingen al een paar jaar om patiënten digitaal te behandelen, slechts een minderheid doet dat. Maar de zorgverzekeraar gaat het nu harder spelen. Bij het inkopen van zorg voor het jaar 2020 eist de verzekeraar dat ggz-instellingen waarmee zij zaken doet zelf digitale trajecten ontwikkelen, of mee gaan doen met de digitale trajecten die de pioniers in de ggz nu al gebruiken.

TROUW

Figuur 2: artikel uit Trouw (29-3-2019)

In dit hoofdstuk is gekozen om dit verder uit te werken met gebruik van de generieke strategie van Porter (1985) en de klantwaarde strategie van Treacy en Wiersema (1995). Dit zijn vooraanstaande theorieën op het gebied van strategie en marketing die veelvuldig worden aangehaald in onderzoek. Vanuit Porter wordt ook gekeken naar Value Based Health Care, het concept wat hij met Elisabeth Teisberg introduceerde in 2006, en hoe dit past bij het gebruik van eHealth.

2.2 De Generieke strategie van Porter en Value Based Health Care (VBHC)

In het boek wat Porter uitbracht in 1985 ‘Competitive Advantage’ zet hij uiteen wat waardeketens zijn (value chains) en hoe deze tot stand komen in een bedrijf. Uitgangspunt hierbij is dat waardecreatie leidt tot concurrentievoordeel. In deze strategie valt op dat Porter ervoor kiest de klant als uitgangspunt te nemen voor de analyse. In zijn waardeketenmodel maakt Porter (2006) onderscheid tussen primaire activiteiten, die direct waarde toevoegen aan het eindproduct, en ondersteunende activiteiten, die de effectieve uitvoering van primaire activiteiten vergroot.

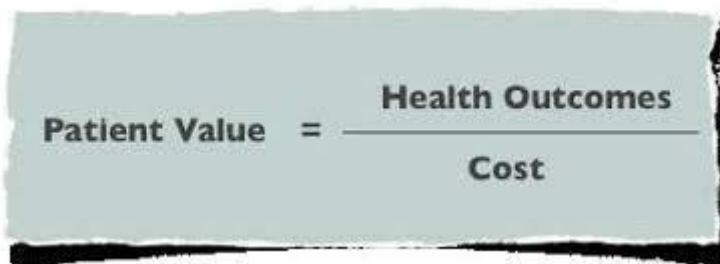
In de theorie worden systemen en activiteiten aan elkaar gekoppeld en wordt steeds gekeken welk effect dit heeft op de winst (cq waardevermeerdering). De toegevoegde waarde kan volgens deze theorie toenemen als je de verschillende subsystemen goed op elkaar laat aansluiten.

In 'Redefining Healthcare' introduceren Michael Porter en Elisabeth Teisberg (2006) het begrip Value Based Health Care (VBHC). Porter en Teisberg beschrijven dat we een volume gedreven systeem in een waardegedreven systeem kunnen veranderen door zowel de uitkomsten als de kosten te meten over de totale waardeketen bij een specifieke aandoening (Porter & Teisberg, 2006)

Hoewel oorspronkelijk ontwikkeld voor de Amerikaanse (zorg)markt past dit model goed binnen de Nederlands gezondheidszorg waarin marktwerking inmiddels een belangrijke plaats inneemt.

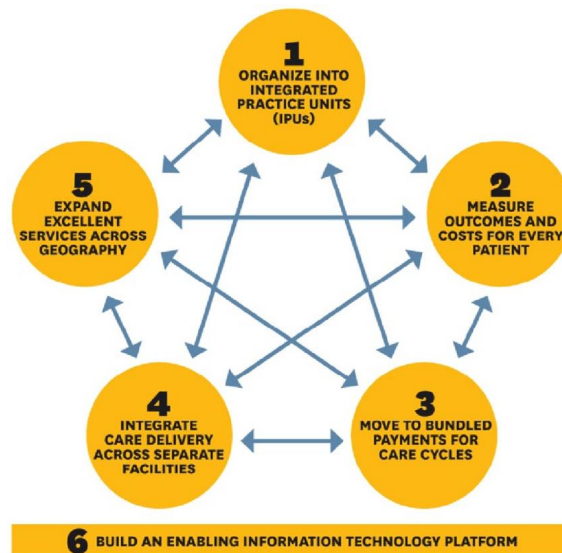
Minister Bruins (VWS) heeft inmiddels het plan 'uitkomstgerichte zorg 2018-2022' uitgerold, wat past bij de basisprincipes van VBHC.

VBHC gaat uit van het meten van de uitkomsten van zorg en de bijbehorende kosten. Het idee is zo hoog mogelijke kwaliteit te leveren met zo laag mogelijke kosten. De 'waarde' is dan het resultaat van de behandeling gedeeld door de kosten. In zijn waardeketenmodel maakt Porter (2006) onderscheid tussen primaire activiteiten, die direct waarde toevoegen aan het eindproduct, en ondersteunende activiteiten, die de effectieve uitvoering van primaire activiteiten vergroot.


$$\text{Patient Value} = \frac{\text{Health Outcomes}}{\text{Cost}}$$

Figuur 3: Patiënt Value (Bron: NJEM, 2010)

Om Value Based Health Care goed vorm te kunnen geven is het noodzakelijk om ondersteunende technologie te introduceren die dit mogelijk maakt, zoals blijkt uit onderstaand figuur waarin VBHC weergegeven is (Porter & Lee, 2013). Hierin is zichtbaar dat een onderliggend technologisch platform (punt 6 in het figuur) de basis vormt voor het model.



Figuur 4: Value Based Health Care

(Bron: Porter&Lee, 2013)

Het model laat verder de verschillende onderdelen van het VBHC systeem zien zoals Porter en Lee dat uiteenzetten in het Harvard Business Review (2013). Het hele systeem staat of valt bij het meten van het hele proces van zorg dat een patiënt ontvangt, van begin tot het einde en zelfs daarna (terugvalpreventie). Via eHealth kan het proces/de klantreis van de patiënt gevolgd worden en kan op basis daarvan de behandeling al dan niet worden bijgesteld. Door middel van eHealth komt de regie van de behandeling ook meer bij de patiënt te liggen en is de zorg makkelijker te verspreiden over diverse locaties (Porter, 2013). Door online behandeling aan te bieden en zo ook data te verzamelen over niet één, maar een hele serie 'klantreizen' ontstaat er een grote en waardevolle informatiebron in de vorm van 'big data' die gebruikt kan worden voor de verdere ontwikkeling van behandeling en zorg. Zo kan niet alleen de individuele behandeling via monitoring steeds bijgesteld en aangescherpt worden, maar kunnen ook hele groepen patiënten zorg krijgen die beter aansluit bij de hulpvraag. Dit leidt tot een behandeling die beter aansluit bij de wens van de klant (en dus betere 'health outcomes') tegen lagere kosten (want er zijn generieke modules die toegepast kunnen worden voor een bredere groep patiënten).

2.3 Klantwaarden

Treacy en Wiersema (1995), een eveneens gerespecteerd duo op het gebied van marketing en bedrijfsstrategie, betogen dat er drie manieren zijn, drie waarden, op basis waarvan een bedrijf (en dus ook een zorginstelling) zich kan onderscheiden van anderen.



*Figuur 5: klantwaarden volgens Treacy en Wiersema
(Vrij naar Treacy en Wiersema 1995)*

Een bedrijf kan ervoor kiezen te gaan voor *het beste product* (product leadership), *de meest tevreden klant* (customer intimacy) of *de beste procedure/doorloop* (operational excellence). Treacy en Wiersema beargumenteren dat het belangrijk is voor een bedrijf om een uitgangspositie te kiezen in één van deze concepten en binnen de andere twee op acceptabel niveau te presteren (Treacy & Wiersema, 1995).

eHealth is een product wat goed past binnen alle drie de concepten, maar met name binnen de operational excellence, dat zich erop richt om te voldoen aan de wensen van klant op een efficiënte en kosteneffectieve manier.

De Parnassia groep is de grootste GGZ aanbieder van Nederland en heeft ervoor gekozen zich te richten op operational excellence. Zij wil de zorg, eerder, dichtbij, korter en lichter maken voor haar patiënten. Net als anderen GGZ aanbieders heeft de Parnassia groep te maken met hoge kosten, wachtlijsten en arbeidsmarktkrapte. Allen zaken waarin eHealth soelaas kan bieden. Immers, de kosten van eHealth zijn lager dan die van de reguliere zorg, het werken op een tablet, smartphone of computer kan thuis in eigen tijd en er zijn minder behandelaars nodig omdat een gedeelte van de zorg door de patiënt zelf thuis gedaan kan worden.

Bij Antes is het proces van aanmelding en intake voor iedere patiënt gelijk, ongeacht de aandoening, passend bij het model van operational excellence. Daarna wordt geprobeerd op iedere locatie, middels het neerzetten van duidelijke zorgpaden, voor elke patiënt met een bepaalde aandoening (bijvoorbeeld depressie) dezelfde zorg te bieden. Zo zou bijvoorbeeld een patiënt in Dordrecht dezelfde behandeling moeten krijgen als iemand met dezelfde aandoening in Hellevoetsluis. Het zou helpend kunnen zijn om eHealth in te zetten om dit proces te begeleiden en te volgen, de behandeling wordt dan gedeeltelijk generiek en gedeeltelijk 'customized' (aangepast aan de behoefte en wensen van de patiënt/klant). Hierdoor ontstaat een proces wat transparant en

overzichtelijk is, terwijl er een kwalitatief hoogstaand product geleverd wordt passend bij de wensen van de klant/patiënt.

Elke zorgvraag is individueel en uniek, maar bevat ook onderdelen die minder klant specifiek zijn. Zo staat in elke psychiatrische richtlijn een stuk over psycho-educatie (het uitleggen van het ziektebeeld, de ontstaansgeschiedenis en de prognose) en zijn er voor een aantal ziektebeelden zijn er heel duidelijke, goed onderzochte, protocollen die door een behandelaar doorgenomen worden, waarbij er kleine aanpassingen zijn passend bij de specifieke klant/patiënt. In 'blended care' kan de combinatie tussen 'algemeen' en 'specifiek' goed gemaakt worden. Zo ontstaat er een proces met verschillende 'afslagen' per patiënt.

eHealth sluit daarmee goed aan bij uitgangspunten van Treacy en Wiersema en zou gezien kunnen worden als een praktische vertaling daarvan.

2.4 Conclusie

In dit hoofdstuk wordt een weergave gegeven van de invloed die eHealth kan hebben binnen een zorginstelling op de marketing van een zorginstelling en de strategie die een zorginstelling kiest. Het beantwoordt hiermee de vraag waarom eHealth belangrijk zou moeten of kunnen zijn voor een zorginstelling en hoe het binnen de visie een plek kan vinden. Indien eHealth niet toegevoegd wordt aan het behandelpalet van een instelling wordt niet alleen 'de innovatieve boot gemist', maar ook een kans om efficiëntere zorg te leveren, een hogere klanttevredenheid te bereiken en tevreden stakeholders te hebben.

3. Theoretisch kader: Adoptie en Early Adopters

In dit hoofdstuk zal ik de begrippen 'Adoptie' en 'Early Adopters' verder uitdiepen, hiervoor wordt de Innovation of Diffusion theory van Rogers (1995) uitgelegd en wordt vervolgens uitgelegd hoe het Levels of Adoption of eMental Health (LAMH) model (Feijt et al., 2018) eruit ziet en hoe dit aansluit bij deze theorie. Tenslotte wordt uitgelegd wat early adopters zijn en hoe deze bij kunnen dragen aan de adoptie van een nieuwe innovatie.

Dit hoofdstuk eindigt met het conceptueel model voor het huidige onderzoek in zijn geheel.

3.1 Adoptie

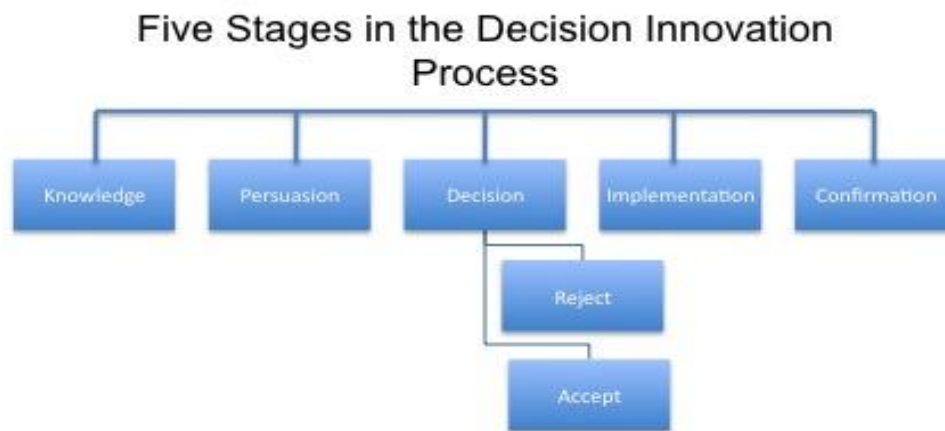
Adoptie van een nieuwe technologie betekent dat de gebruiker besluit een product te accepteren en dit (blijvend) te gebruiken.

3.1.1 Modellen voor adoptie van innovatie

Het Technology Acceptance Model wordt als een klassieke adoptietheorie beschouwd en veel toegepast in onderzoek naar de intentie tot acceptatie en de feitelijke acceptatie van nieuwe technologieën (Davis, 1989). Het Technology Acceptance Model is gebaseerd op de Theory of Reasoned Action (TRA) van Fishbein en Ajzen (1980). Het Technology Acceptance Model is ontworpen om de determinanten bloot te leggen die van invloed zijn op de intentie tot acceptatie van nieuwe technologieën door gebruikers. Het model gaat ervan uit dat er twee belangrijke drivers zijn in het gebruik van een nieuwe innovatie, namelijk of het gebruik als nuttig wordt gezien (Perceived Usefulness) en of de technische innovatie wordt gezien als makkelijk in het gebruik (Perceived Ease of Use). Deze theorie betoogt dat wanneer mensen een nieuwe techniek zien als iets wat ze zich makkelijk eigen kunnen maken en iets wat hun werk makkelijker maakt ze eerder over gaan tot gebruik. Dit zal in eerste instantie hun houding ten opzichte van de innovatie bepalen en daaruit volgend hun gedrag. De theorie is na zijn introductie nog meermaals aangepast, maar steeds met het uitgangspunt van Perceived Usefulness en Perceived Ease of Use. De theoretische basis ervan is in diverse onderzoeken steeds weer onderbouwd (Lee, Hsieh & Hsu, 2011).

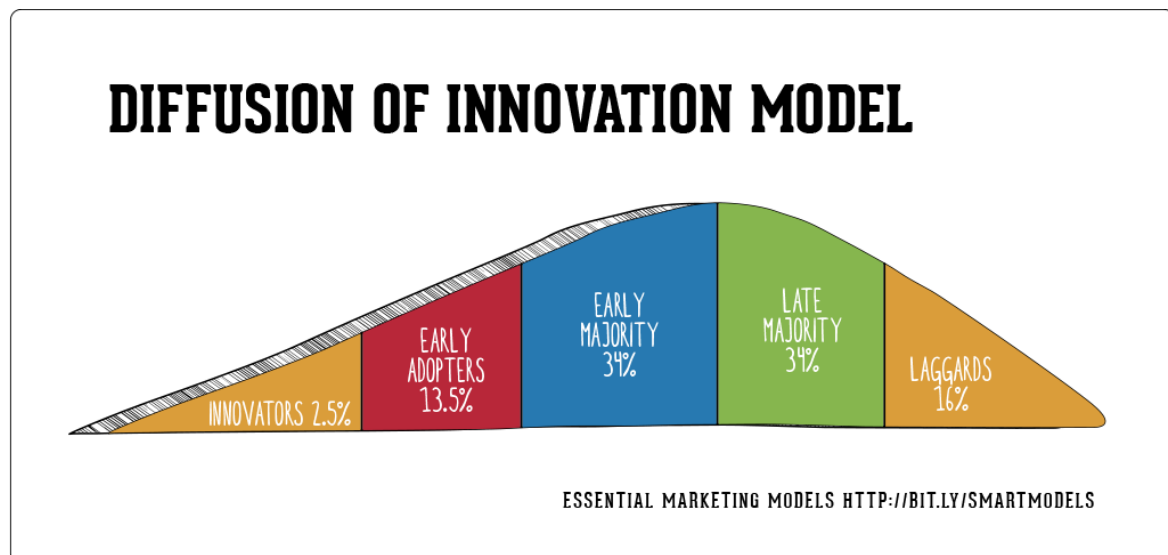
De Diffusion of innovation Theory van Rogers (1995) is een theorie die bovenstaande concepten ook gebruikt (hij noemt ze 'relative advantage' en 'complexibility') en daar nog drie concepten aan toevoegt, namelijk 'Trialability' (d.w.z. de mogelijkheid om de innovatie in beperkte mate uit te proberen), 'Observability' (d.w.z. in hoeverre is het gebruik ervan zichtbaar bij andere 'gelijken') en 'Compatibility' (d.w.z. in welke mate past de innovatie bij bestaande waarde en normen en ervaringen van de mogelijke gebruiker).

Daarnaast onderscheidt Rogers in zijn theorie vijf stadia waarin de beslissing wordt genomen om een innovatie wel of niet te adopteren.



*Figuur 6: De vijf stadia van het beslissingsproces bij adoptie van een innovatie
(Bron: Rogers, 2003)*

Rogers beargumenteert dat er eveneens vijf niveaus van adoptie zijn, nl.: innovators, early adopters, early majority, late majority en de laggards zoals hieronder zichtbaar gemaakt in een diagram.



Figuur 7: diffusion of innovation model (Bron: Rogers, 2003)

De 'innovators' lopen voorop en zijn degene die ook nieuwe ideeën bedenken en ontwerpen. De 'early adopters' zijn de eerste gebruikers die ook op zoek gaan naar verbetering in het gebruik en die opinieleiders zullen worden over het gebruik. De 'early majority' is de vroege meerderheid die besluit met de early adopters mee te gaan in het gebruik van de nieuwe innovatie, waarop de 'late majority'

volgt (Rogers, 1995). Uiteindelijk zijn er de 'laggards' die met weerstand naar de nieuwe innovatie kijken en niet of nauwelijks over zullen gaan tot gebruik. Niet alleen beschrijft Rogers deze groepen, in zijn theorie wordt ook zichtbaar hoe gebruikers van de ene groep kunnen overstappen naar een andere groep en wat daarin een rol speelt.

3.1.2 Het Levels of Adoption of eMental Health model

Met behulp van het model van Rogers heeft Feijt et al. (2018) het Levels of Adoption of eMental Health (LAMH) model ontwikkeld en geïntroduceerd. Het LAMH model en de daaruit voortvloeiende vragenlijst gebruikt de vijf niveaus van adoptie van Rogers als basis (zie figuur 7). Het model vertaalt dit, door het onderzoeken van de persoonlijke drivers (drijfveren) en barrières (belemmeringen) van de individuele behandelaar, naar een niveau van adoptie van eMental Health. Zo ontstaat er een beeld van de specifieke drivers en barrières per individuele behandelaar en kan heel specifiek gekeken worden naar hoe verandering naar een ander niveau van adoptie ingezet kan worden en wat daar dan voor nodig is.

De vertaling van de niveaus van Rogers naar de niveaus van het LAMH model ziet er als volgt uit:

Categorieën van Rogers	LAMH model
Laggards	Geen gebruik
Late Majority	Minimaal gebruik
Early Majority	Passief gebruik
Early Adopters	Actief gebruik
Innovators	Pioniers

Figuur 8: LAMH model tov model van Rogers (Bron)

De vijf niveaus van adoptie volgens het LAMH model zijn als volgt te beschrijven (Feijt et al., 2018):

Niveau 1:

Geen gebruik.

Dit niveau is te vergelijken met het niveau in Rogers theorie wat 'laggards' heet. Behandelaren op dit niveau hebben het idee dat eHealth tools niets kunnen bijdragen aan hun behandelingen. Niet voor henzelf als behandelaar, maar ook niet voor de patiënt. Ze staan negatief tegenover deze manier van behandelen en denken vaak dat het alleen een manier is vanuit de organisatie om behandelingen goedkoper te maken. In deze groep zitten ook de behandelaren met grote weerstand die vinden dat eHealth niet bij hun vak hoort. Zij zullen hoogstens van email en telefoon gebruikmaken voor bijvoorbeeld een administratieve taak als het verzetten van een afspraak.

Niveau 2:

Minimaal gebruik.

Belangrijk verschil tussen deze gebruikers (de 'late majority' bij Rogers) en de behandelaren in niveau 1 is dat ze wel inzien dat online behandeling iets kan toevoegen voor de cliënt en/of zichzelf.

De behandelaren in deze categorie vinden het moeilijk om eHealth in hun dagelijkse ritme in te passen. Ze denken wel dat het zou kunnen helpen, maar er is weinig intrinsieke motivatie om dit verder vorm te geven. Als ze een toepassing proberen en er zijn technische hobbels, dan zullen ze snel geneigd zijn het bijltje erbij neer te gooien. Vaak weten ze niet veel over eHealth, maar zijn ze zich niet bewust van hun gebrek aan kennis. Deze groep beperkt het gebruik vaak tot de zaken die ze privé ook zouden gebruiken, zoals email, telefoon en WhatsApp. Zij hebben behoefte aan triggers van buiten en gestructureerde procedures om hun gebruik van eHealth te vergroten.

Niveau 3:

Passief gebruik.

Behandelaren op het derde niveau hebben online behandelen in hun dagelijkse routine opgenomen. Zij zijn in Rogers termen de 'early majority'. Deze behandelaren merken de positieve resultaten van eHealth, waardoor de interne motivatie voor het gebruik hiervan toeneemt. Deze behandelaren hebben soms last van de toegenomen beschikbaarheid die eHealth met zich meebrengt en kunnen dit voelen als een vergroting van hun verantwoordelijkheid. Dit laatste zou opgelost kunnen worden door richtlijnen rondom eHealth op te stellen, danwel een handleiding over het omgaan met crisissituaties. Naast de bekende apps die mensen ook privé gebruiken gebruikt deze groep ook wel eens een online app voor bijvoorbeeld mindfulness. Ze zullen op zoek gaan naar nieuwe mogelijkheden in gebruik. Wanneer aanwezig wordt een eHealth platform ook regelmatig gebruikt.

Niveau 4:

Actief gebruik.

Dit zijn de 'early adopters'. Behandelaren die persoonlijk belangstelling hebben voor (de positieve uitwerking van) eHealth. Deze behandelaren zijn nieuwgierig en gaan zelf actief op zoek naar nieuwe online behandelmogelijkheden, zoals 'virtual reality' en 'gaming'.

Veel van deze gebruikers functioneren als expert op het gebied van eHealth en ze zijn vaak een van de weinigen in hun team die eHealth actief inzetten. Deze behandelaren kunnen gefrustreerd raken als het hun aan geld, tijd of mogelijkheden ontbreekt om verder op zoek te gaan naar nieuwe mogelijkheden binnen online behandeling. Ook kunnen ze gedemotiveerd raken van andere gebruikers die minder interesse hebben in eHealth.

Niveau 5:

Pionier.

De 'innovators' van Rogers en de Pioniers van het LAMH model hebben gemeen met de actieve gebruikers dat ze een grote persoonlijke belangstelling hebben voor online behandelen. Ze gaan beiden op zoek naar nieuwe middelen en zetten die in waar het kan. Verschil met niveau 4 is dat de behandelaren op dit niveau het leuk vinden om nieuwe online ontwikkelingen uit te proberen en nieuwe projecten te initiëren. Daarnaast hebben ze een hele duidelijke visie op wat online behandelen kan betekenen voor de GGZ, en zelfs voor de samenleving.

3.2 Early Adopters

In het bedrijfsleven wordt binnen marketing gebruik gemaakt van early adopters om een nieuwe innovatie op de markt te brengen en geschikt te maken voor een breder publiek, zo lezen we bijvoorbeeld op adformatie.nl:

'Early adopters zijn de opinieleiders onder de consumenten. Ze zijn niet bang om risico te nemen, pikken als eersten trends en nieuwe ideeën op, en geven ze door aan de, uiterst belangrijke, 'early majority'. Zodra deze groep gewonnen is voor een bepaald merk of product, kan er eigenlijk weinig meer misgaan. Kortom: het is van het grootste belang om early adopters te identificeren.'

Opinieleiderschap is in de literatuur over de diffusie van innovaties een belangrijk kenmerk van individuen die zorgen dat de kans op verspreiding groter wordt (Rogers, 1995). Een search op het internet levert een hele serie populairwetenschappelijke artikelen (grijze literatuur) op over het vinden en inzetten van early adopters om een beginnend bedrijf of product te introduceren. De invloed die iemand heeft op de mening of de houding van een ander ten opzichte van een product of dienst, valt onder de noemer opinieleiderschap. 'Opinion leaders are individuals who exert an unequal amount of influence on the decision of others' (Rogers, 1995). Zodra een persoon een opinieleider is, heeft hij/zij de mogelijkheid om anderen te beïnvloeden. Opinieleiderschap moet worden verdiend aan de hand van technische competenties en sociale toegankelijkheid. Het is vaak domein specifiek.

Mensen hebben vaak meer vertrouwen in de mening van iemand uit de directe omgeving dan dat ze vertrouwen hebben in de informatie die ze krijgen via formele marketing en reclame. Zij gebruiken hun interpersoonlijke contacten om een veilige beslissing te kunnen nemen bij het veranderen van hun gedrag, het kopen van een product of het boeken van een vakantie (Flynn, Goldsmith, & Eastman, 1996). Vanuit deze zienswijze wordt er bijvoorbeeld ook in veel lifestylecampagnes gebruik gemaakt van rolmodellen.

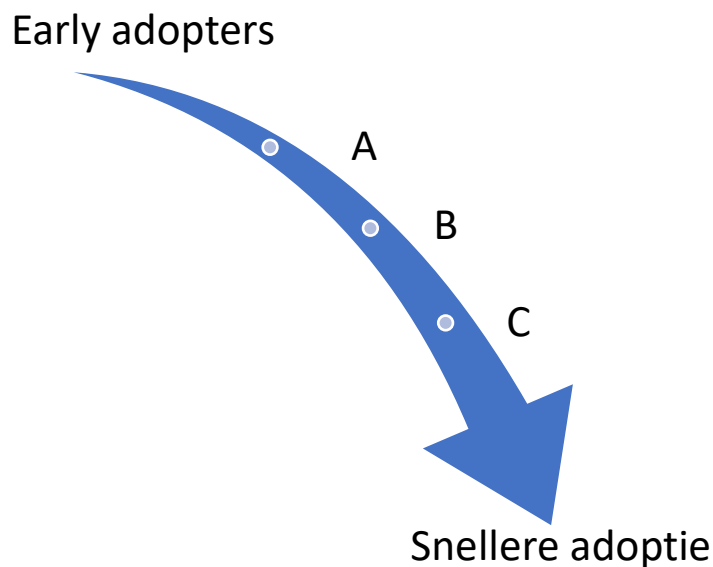
De mening van een individu met aanzien binnen een bepaald domein kan een belangrijke rol spelen bij de snelheid van invoering van een innovatie. Individuen binnen een sociaal systeem zullen opinieleiders volgen bij bepaalde beslissingen. Als een sociaal systeem georiënteerd is op veranderingen zullen de opinieleiders ook innovatiever zijn, maar wanneer het sociale systeem conservatief is, zullen de opinieleiders ook niet zo positief tegenover veranderingen staan. De opinieleider is hierdoor niet automatisch ook de innovator. De innovator onderscheidt zich van de groep early adopters door avontuurlijkheid, acceptatie met het nemen van risico' en fascinatie met nieuwigheden (Rogers, 2003). Ze worden gezien als een beetje vreemd of onvoorzichtig in hun doen en laten en sociaal minder toegankelijk. Hierdoor zijn zij vaak geen opinieleider (Berwick, 2003). Opinieleiders zijn – als early adopters – juist sociaal sterk en hebben zowel goed contact met potentiële adopters als met degenen die hebben geïnoveerd. Ze proberen de innovaties uit, ze experimenteren en worden hierbij gadeslagen door de early majority. Opinieleiders zullen met hun experimenten de weerstand tegen de innovatie kunnen verhogen of verlagen (Berwick, 2003).

Er is niet veel onderzoek te vinden over de inzet van early adopters (opinieiders) in de gezondheidszorg. Het onderzoek wat wel wordt gevonden laat een positief effect zien van het gebruik van early adopters. Er is een onderzoek uit 1991 waarin Lomas en collega's op zoek gingen naar de invloed van opinieleiders in 16 ziekenhuizen. Ze onderzochten de navolging van een richtlijn die het aantal natuurlijke geboortes moest verhogen en het aantal keizersneden moest verminderen. Ze deden dit onderzoek onder 76 artsen en het bleek dat het aantal natuurlijke geboortes 85% hoger lag onder artsen die les hadden gehad van een opinieleider, terwijl in de andere groep een stijging van 46% te zien was. De ziekenhuisopnames werden ook korter.

Binnen de GGZ is er geen onderzoek gedaan naar de inzet van early adopters bij het introduceren van nieuwe innovaties. Uit bovenstaande zou aangenomen kunnen worden dat zij een bijdragen kunnen leveren aan de adoptie van eHealth. Mijn onderzoek richt zich op het hoe dat zou kunnen en welke bijdrage dat dan zou kunnen zijn.

3.3 Conceptueel model

Het conceptueel model (figuur 9) is het model wat aan de basis staat van het onderzoek wat gedaan wordt. In principe is dit in dit geval redelijk helder, immers er worden early adopters geïdentificeerd en middels interviews wordt gekeken hoe (A, B en C in figuur 9) deze ingezet zouden kunnen worden bij het versnellen van de adoptie van eHealth.



Figuur 9: het conceptueel model

De aannames die ten grondslag liggen aan dit onderzoek, namelijk dat er early adopters zijn en dat deze ingezet zouden kunnen worden om adoptie te versnellen, worden geëxploreerd in literatuur en door middel van de LAMH vragenlijst. Vervolgens wordt er onderzoek gedaan, middels interviews met early adopters, naar de manieren (A, B en C in figuur 9) waarop early adopters ingezet kunnen worden.

4. Onderzoeksmodel

In dit hoofdstuk zal de procedure van dit onderzoek uitgebreid beschreven worden.

4.1 Onderzoeksopzet

De onderzoeksvraag die centraal staat in deze studie is op welke manier het mogelijk is om early adopters in te zetten om de adoptie van eHealth in een organisatie te vergroten. Er is begonnen met een literatuurstudie om de verschillende begrippen die verband houden met dit onderzoek verder uit te diepen. Vervolgens is gekozen voor een kwantitatief deel en een kwalitatief deel.

Het kwantitatieve deel bestaat uit het aanbieden van de LAMH vragenlijst, deze vragenlijst is onder constructie en is eerder gebruikt in het onderzoek van Feijt et al (2018) om de verschillende niveaus van adoptie van eHealth te kunnen onderscheiden. De vragenlijst wordt in dit onderzoek gebruikt om een onderscheid te maken in de verschillende niveaus van adoptie bij de deelnemers aan het onderzoek. Vervolgens is met zes deelnemers die als niveau 4/early adopters uit het vragenlijst onderzoek naar voren kwamen een verdiepend individueel interview gehouden om zicht te krijgen op hun mening, gedrag en ervaringen aangaande (de adoptie van) eHealth. Dit om tot een beter begrip te komen van hoe deze gebruikers ingezet kunnen worden om de adoptie binnen de instelling te vergroten.

4.2 Onderzoeksdesign

Het gekozen design voor het onderzoek is 'mixed method'. Johnson en Onwuegbuzie (2004) omschrijven mixed research als volgt: "...the class of research where the researcher mixes or combines quantitative and qualitative research techniques, methods approaches, concepts of language into a single study." (Johnson, Onwuegbuzie, 2004, p. 17)

Er is een kwantitatief deel, waarbij respondenten op verschillende niveaus van adoptie worden ingedeeld op basis van een vragenlijst. Vervolgens is er met een zestal respondenten een interview gehouden, het kwalitatieve deel, om de onderzoeksvraag verdiepend te beantwoorden.

4.3 Onderzoeksinstrumenten

Voor het categoriseren van de respondenten op verschillende niveaus van adoptie wordt gebruik gemaakt van de LAMH ('level of adoption of Emental healh') vragenlijst, ontwikkeld door Feijt et al. (2018). Deze vragenlijst bestaat uit 29 vragen, waarin stellingen worden voorgelegd over het gebruik van eHealth. Vaardigheden en gebruik van eHealth worden uitgevraagd en algemenen persoonlijke kenmerken worden geïnventariseerd. Deze vragenlijst is aangeboden via Qualtrics.

Daarnaast is er gebruik gemaakt van een semigestructureerd interview waarin respondenten aan de hand van een aantal topics (zie topiclijst in bijlage) geïnterviewd werden.

4.4 Respondenten

De vragenlijst is voorgelegd via een online link aan circa 150 behandelaren die allen werken voor Antes (onderdeel van de Parnassia Groep). 65 van hen vulden de vragenlijst in, waarvan 9 in de categorie Early Adopters (actief gebruik) vielen. Van deze 9 werden er 7 via de mail gevraagd om deel te nemen aan een semigestructureerd interview (1 persoon was niet benaderbaar, omdat deze de lijst anoniem had ingevuld, 1 vulde de lijst in nadat de interviews al hadden plaats gevonden). Zij gingen allen akkoord om mee te werken. Aangezien de interviews in week 10 en 11 van 2019 werden afgenomen is nog 1 persoon afgevallen die geen tijd vrij kon maken.

4.5 Data verzameling

De LAMH vragenlijst werd via email aangeboden en respondenten hadden twee weken de tijd om deze in te vullen middels een link naar Qualtrics, na ongeveer een week is een reminder verstuurd. De vragenlijst is via de interne mail aangeboden door de onderzoeker, danwel door het secretariaat. Deelnemers werd verzocht een emailadres achter te laten voor vervolgonderzoek, dit was echter geen vereiste. Bij het aanbieden van de vragenlijst werd informed consent toegepast middels een stuk tekst in de begeleidende mail waarin de doelstelling van het onderzoek aangegeven werd en waarin uitgelegd werd wat er met de ingevulde vragenlijsten gebeurt.

Na een eerste analyse van de vragenlijsten om de verschillende niveaus te onderscheiden werden de deelnemers die in niveau 4 vallen benaderd voor een semigestructureerd interview. Dit interview vond plaats op de werkplek en van de geïnterviewde en eenmaal per telefoon. Het gesprek werd gevoerd op basis van een 'topic lijst' (zie bijlage). Deze topic lijst is samengesteld op basis van de literatuur die geraadpleegd is en de vraagstelling van het onderzoek. Tijdens de diepte-interviews is doorgevraagd tot het theoretische verzadigingspunt werd bereikt (Bryman, 2008)

De interviews werden vervolgens woordelijk getranscribeerd en opnieuw voorgelegd aan de geïnterviewden voor verbetering en toevoeging.

4.6 Data-analyse

De resultaten van de vragenlijst zijn in Qualtrics geanalyseerd.

De interviews zijn, met toestemming van de geïnterviewden, opgenomen met een iPhone en woordelijk getranscribeerd. De zo verkregen tekst is gerubriceerd naar de verschillende thema's en onderzoeksvragen (open codering). Met behulp van 'selectieve codering' is de verkregen data verder

onderzocht om antwoord te kunnen geven op de subvragen van dit onderzoek (Boeije, 2014). In de discussie is tenslotte mijn visie en reflectie op het onderzoek te lezen.

4.7 Betrouwbaarheid en validiteit

Om de kwaliteit van het onderzoek te kunnen beoordelen moet gekeken worden naar de betrouwbaarheid van de gebruikte literatuur en de validiteit van het gehele onderzoek.

4.7.1 Betrouwbaarheid

Mijn onderzoek is gestart met een uitgebreide zoektocht naar relevante literatuur. Er is gebruik gemaakt van artikelen, boeken, rapporten en diverse online literatuur (websites). De betrouwbaarheid van de gevonden literatuur zou hoog moeten zijn doordat er verschillende bronnen gehanteerd zijn (triangulatie). Met name online informatie kan ook voor commerciële doeleinden gebruikt worden, daarom is het goed om je altijd bewust te zijn dat het hierbij kan gaan om minder betrouwbare bronnen. Er is een enorm aanbod aan online literatuur, zeker als het gaat om een onderwerp als eHealth wat ook dicht tegen de 'online-wereld' aan ligt. Bij het gebruiken van literatuur heb ik dan ook steeds gekeken of dit materiaal 'peer-reviewed' was en daarmee gecontroleerd door andere wetenschappers. Daarnaast heb ik gekeken naar of artikelen geciteerd werden in andere wetenschappelijke publicaties.

Naast de literatuur die ik heb gebruikt bij het schrijven van de inleiding en het theoretisch kader heb ik tijdens het doen van de vervolginterviews ook nog aanvullend literatuur onderzoek gedaan om bijvoorbeeld zaken na te zoeken waar de geïnterviewden op wezen. Ook heb ik gebruik gemaakt van 'grijze literatuur' die meer populair wetenschappelijk is om de thesis leesbaarder te maken.

Ik heb interviews gedaan bij early adopters binnen 3 verschillende directies van Antes en op 5 verschillende locaties. Hierdoor denk ik de betrouwbaarheid van de waarnemingen te vergroten. De geïnterviewden zijn uit een vragenlijst onderzoek naar voren gekomen dat is verspreid over zo'n 150 medewerkers van Antes.

4.7.2 Validiteit

De validiteit van een onderzoek zegt iets over de geldigheid van de onderzoeksresultaten; is er gemeten wat je wilde meten?

Bernard (2012) geeft aan dat het zeer moeilijk is om te bepalen hoeveel interviews je moet afnemen om saturatie te bereiken, hij zegt 'the researcher takes what he can'. De vragen van een interview moeten wel gestructureerd zijn, om het makkelijker te maken om alle geïnterviewden dezelfde vragen te stellen. Dit is ook belangrijk om saturatie te bereiken omdat er anders sprake zou kunnen zijn van een steeds wisselend doel van het interview (Guest et al., 2006).

Tijdens het doen van de interviews werd duidelijk dat (de adoptie van) eHealth een ingewikkeld

onderwerp is bij Antes, in die zin dat er ontevredenheid is over het bestaande programma en de mogelijkheden die nu geboden worden. Ik heb bij de interviews benadrukt dat de interviews anoniem waren en dat de gesprekken vertrouwelijk behandeld zouden worden om zo een veilige en open sfeer te creëren.

5. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten vanuit zowel het kwantitatieve deel van het onderzoek als uit het empirisch deel, de interviews met de zes early adopters, gepresenteerd.

5.1 Kwantitatieve data

Om een beeld te krijgen van de verschillende niveaus van adoptie binnen de Antes groep is ervoor gekozen een vragenlijst uit te zetten binnen een aantal onderdelen van de Antes groep, namelijk de Zuid Hollandse Eilanden, de Zorgboulevard en een aantal FACT teams van de Drechtsteden/Rotterdam. De vragenlijsten zijn uitgezet in overleg met de leidinggevendenden van deze teams. In totaal hebben uiteindelijk 65 mensen de vragenlijst ingevuld.

5.1.1 Demografische gegevens respondenten

41 vrouwen hebben de lijst ingevuld en 24 mannen. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 41,4 jaar, waarbij de jongste invuller 20 jaar is en de oudste 64. Gemiddeld zijn ze 16 jaar werkzaam in de zorg.

In figuur 4 wordt het opleidingsniveau weergegeven van de respondenten.

Wat is uw hoogst voltooide opleiding					
Geslacht		MBO	HBO	WO	Totaal
	Man	4	6	14	24
	Vrouw	9	18	14	41
	Totaal	13	24	28	65

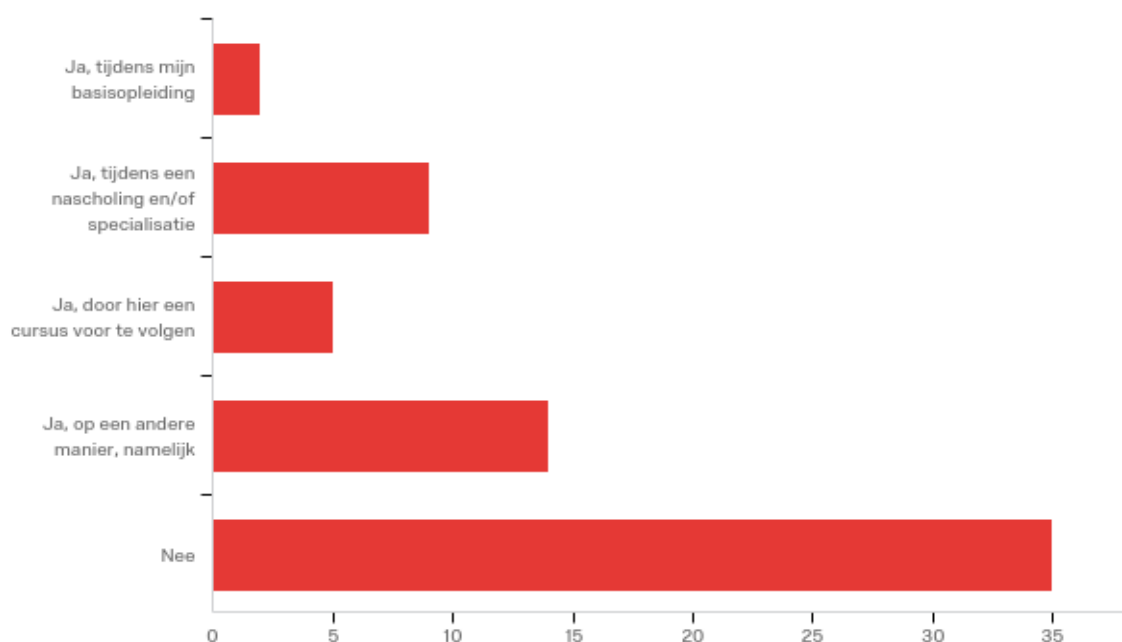
Figuur 10: respondenten onderzoek naar opleidingsniveau en geslacht

9 mensen geven aan in de basis GGZ te werken, 55 in de specialistische GGZ, waarvan 9 in de verslavingszorg. 1 persoon geeft aan 'elders' te werken. De verdeling over de diverse beroepsgroepen is te zien in figuur 10.

1	Medische beroepen (bijv. psychiater, arts)	12.31%	8
2	Psychotherapeutische beroepen (psychotherapeut)	0.00%	0
3	Agogische beroepen (bijv. maatschappelijk werkende, sociaal pedagogisch hulpverlener)	7.69%	5
4	Psychologische beroepen (bijv. basis-, kinder & jeugd-, GZ-psycholoog)	20.00%	13
5	Psychologische beroepen - specialisme (bijv. klinisch (neuro)psycholoog)	7.69%	5
6	Vaktherapeutische beroepen (bijv. psychometrisch therapeut, creatief therapeut)	6.15%	4
7	Verpleegkundige beroepen (bijv. verpleegkundige, sociaal psychiatrisch verpleegkundige)	40.00%	26
8	Somatische beroepen (bijv. diëtist, fysiotherapeut, neuroloog, huisarts)	1.54%	1
9	Ondersteunende beroepen (bijv. casemanager, psychodiagnostisch medewerker, ervaringsdeskundige)	1.54%	1
10	Anders, namelijk	3.08%	2
			65

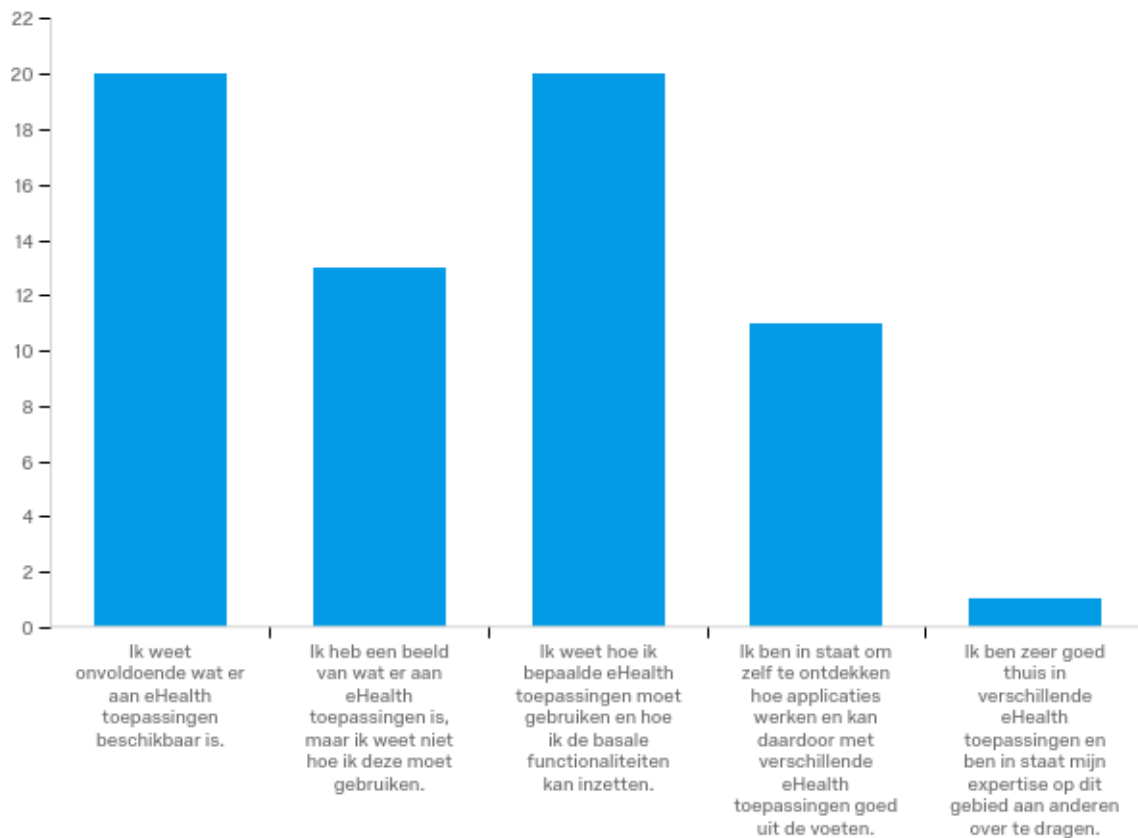
Figuur 11: Beroepsgroep van de respondenten

Bijna de helft van de respondenten geeft aan nog nooit een training gehad te hebben in het gebruik van eHealth, zoals weergegeven in onderstaand figuur.



Figuur 12: Aantallen respondenten in bezit van training

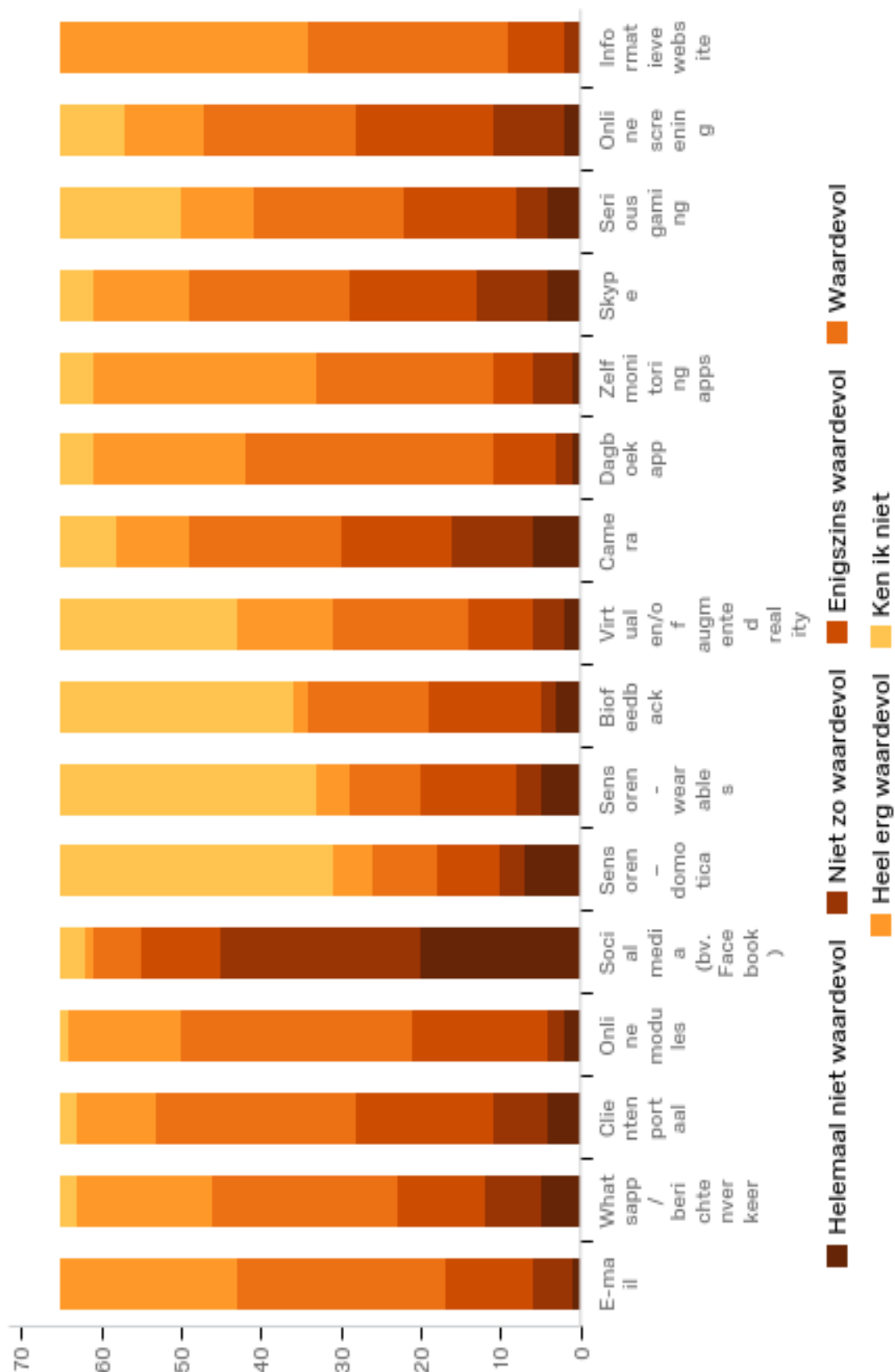
Iets minder dan de helft van de respondenten geeft aan niet goed te weten hoe eHealth in te zetten, waarbij 20 respondenten laten weten echt onvoldoende te weten wat er eigenlijk is op het gebied van eHealth en 12 respondenten te zeggen het wel te weten, maar niet te weten hoe het ook daadwerkelijk toe te passen (zie figuur 13).



Figuur 13: Kennis van de respondenten ten aanzien van eHealth

Uit de data blijkt verder welke onderdelen van eHealth door de behandelaar wel/niet bruikbaar gevonden worden zoals weergegeven in onderstaande figuur. Hierin valt op dat de meest gebruikte en bereikbare toepassingen (bijv. email verkeer en informatie via websites) ook als het meest waardevol worden gezien. Hierbij zou kunnen gelden ‘onbekend maakt onbemind’, zoals eerder vanuit de theorie ook gesuggereerd werd.

Email en informatieve websites zijn de enige twee producten die voor iedereen bekend zijn, sensoren wearables, domotica en biofeedback zijn geheel onbekend voor een groot aantal behandelaren (zie figuur 14).



Figuur 14: Gebruik van verschillende eHealth mogelijkheden

5.1.2 Adoptieniveau

De vragenlijst is afgenomen met als doel te onderscheiden welke adoptieniveaus de behandelaren van Antes hebben.

Niveau 1: 'Ik zit niet te wachten om eHealth te gebruiken'.

Niveau 2: 'Het gebruiken van eHealth is geen onderdeel van mijn dagelijkse routine'

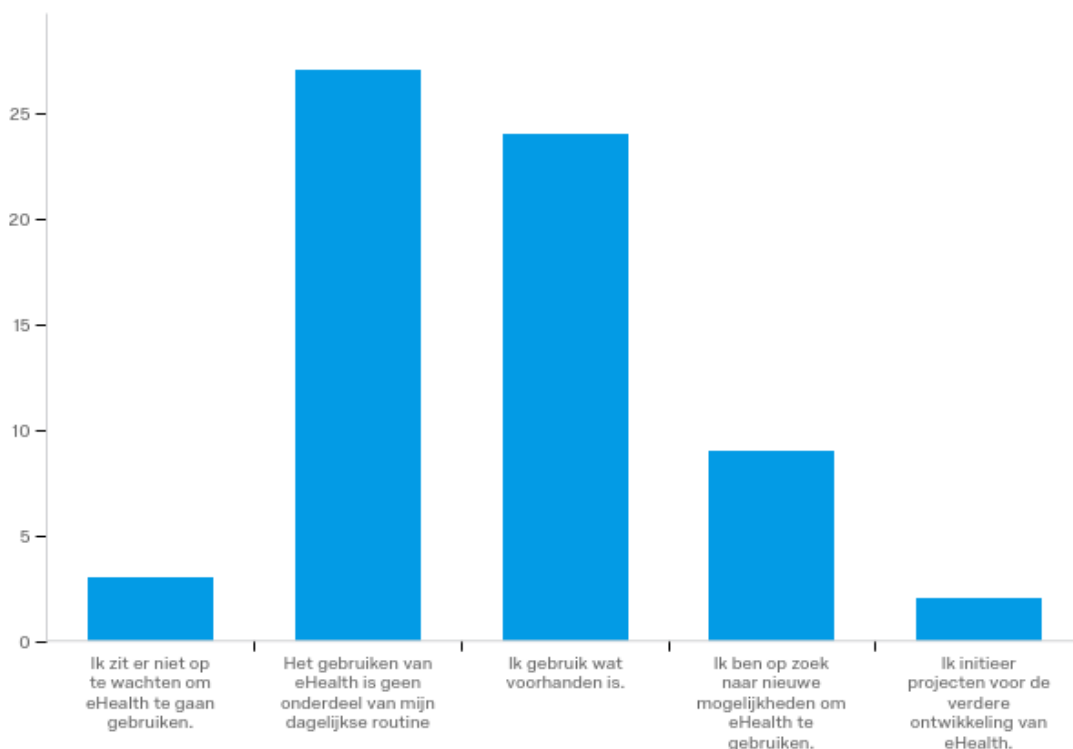
Niveau 3: 'Ik gebruik wat voorhanden is'

Niveau 4: 'Ik ben op zoek naar nieuwe mogelijkheden om eHealth te gebruiken'

Niveau 5: 'Ik initieer projecten voor de verdere ontwikkeling van eHealth'

Voor het vervolg van het onderzoek ben ik op zoek naar de niveau 4 gebruikers, de early adopters Dit zijn de opinieleiders zoals besproken in het theoretisch onderdeel. Ik kies er expliciet niet voor om de innovatoren te interviewen, omdat zij vaak anderen niet meekrijgen in het gebruik van innovaties. Zij worden vaak als sociaal wat onhandig gezien.

Onder de respondenten worden uiteindelijk negen early adopters gevonden, zoals te zien in navolgend figuur. Gemiddeld is er een adoptie niveau van 2,69.



Figuur 15: grafische weergave van het aantal respondenten per adoptieniveau

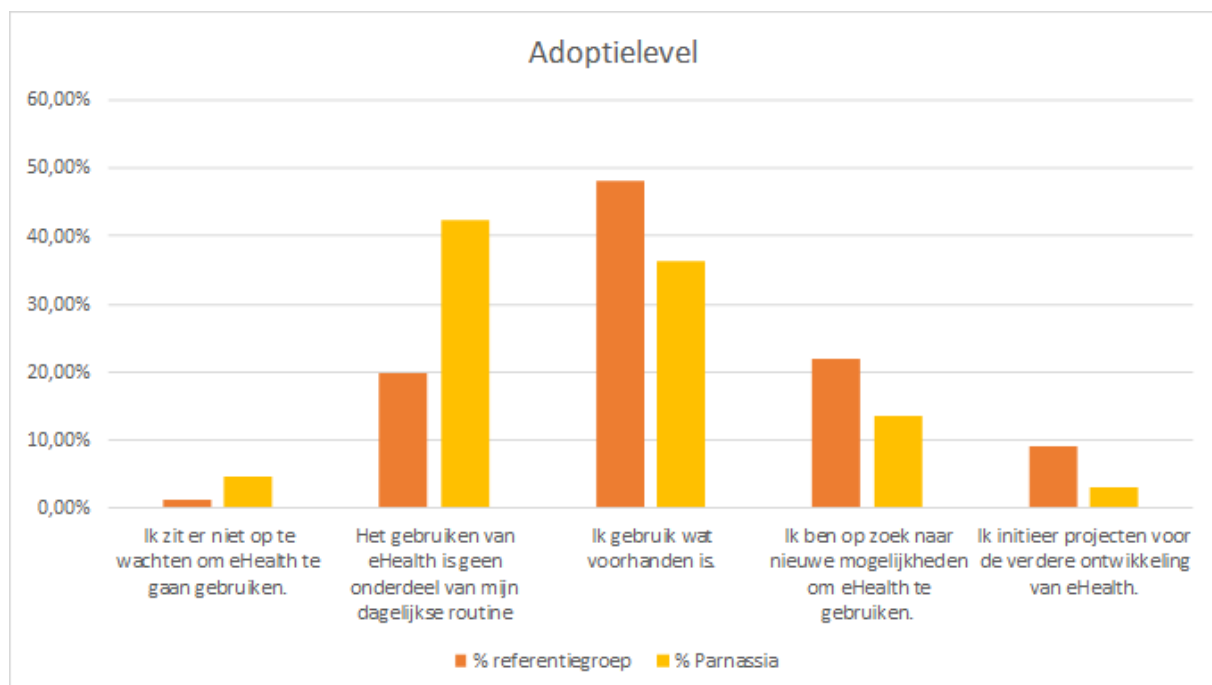
De early adopters zijn twee mannen en zeven vrouwen. Drie van hen zijn werkzaam in de basis GGZ, zes in de specialistische GGZ, waarvan twee in de verslavingszorg. Gezien het aantal respondenten uit

de specialistische GGZ en die uit de basis GGZ, is de basis GGZ oververtegenwoordigd in de groep van early adopters. Ook de verslavingszorg is over gerepresenteerd, maar mogelijk heeft niet iedere verslavingszorg medewerker zich als zodanig geïdentificeerd.

De gemiddelde leeftijd van de early adopters is 38,4 jaar, waarbij de jongste 29 en de oudste 50 is. Vier van hen hebben een HBO opleiding, twee een MBO, twee een universitaire opleiding en van 1 early adopter is het opleidingsniveau onbekend.

5.1.3 Benchmark

Inmiddels is de vragenlijst niet alleen afgenomen bij Antes (in onderstaand tabel 'Parnassia'), maar ook bij andere instellingen in de GGZ, namelijk GGZE en Dimence, in vergelijking tot deze organisaties ziet de verdeling van adoptie eruit zoals in figuur 16.



Figuur 16: Adoptielevel Antes ten opzichte van referentiegroep

Het lijkt erop, afgaande op deze vergelijking, dat het adoptieproces bij Antes trager loopt dan bij de referentie organisaties. Waar bij de referentiegroep slechts 21% in de laagste twee categorieën scoort (nl. 'ik zit er niet op te wachten om eHealth te gaan gebruiken' en 'het gebruik van eHealth is geen onderdeel van mijn dagelijkse routine') is dat bij Antes 43%.

5.2 Interviews

De interviews zijn gehouden volgens een vooraf opgestelde topic lijst, onderverdeeld in een drietal thema's: eHealth als geheel en het gebruik daarvan, de persoonskenmerken van de early adopter en tenslotte de mogelijkheden die er zouden kunnen zijn rondom de inzet van early adopters in de organisatie.

Voorafgaand aan de interviews is opvallend dat van de zes early adopters die geïnterviewd worden er drie zijn die Verpleegkundig Specialist (in opleiding) zijn. Gedurende de interviews wordt duidelijk dat in de opleiding tot Verpleegkundig Specialist specifiek aandacht besteed wordt aan eHealth en het gebruik daarvan.

5.2.1 Gebruik van eHealth door early adopters

Alle geïnterviewden geven aan eHealth regelmatig te gebruiken, echter de frequentie en welke vormen van eHealth gebruikt worden verschillen per persoon. Allemaal gebruiken ze regelmatig websites voor psycho-educatie doeleinden en de mail voor direct contact met patiënten. Een aantal geeft aan gebruik te maken van WhatsApp (allen willen dit, echter sommigen beschikken niet over de juiste middelen of de verzekering dat dit een beveiligde mogelijkheid is). Het gebruik van de Antes eHealth omgeving is wisselend. Redenen hiervoor zijn dat het systeem traag is, er niet de juiste modules voor de doelgroep wordt aangeboden en het platform moeilijk bereikbaar is voor patiënten. Ook de groep early adopters die in het kader van dit onderzoek gesproken zijn maken geen gebruik van robotica of biofeedback, echter de bekendheid en de interesse is er wel.

Alle geïnterviewden gebruiken eHealth in het kader van een face-to-face behandeling, 'blended' eHealth. Wel wordt door een aantal geïnterviewden opgemerkt dat eHealth ook gebruikt kan worden in het kader van het vergaren van informatie in het begin van de behandeling, als er nog geen contact is geweest met een behandelaar.

5.2.2 Waarom gebruiken early adopters eHealth?

Waarom kiezen deze early adopters ervoor om eHealth te gebruiken? Allen zijn het erover eens dat het helpend kan zijn voor de patiënt, bijvoorbeeld omdat deze nu meer regie heeft over wanneer hij/zij bezig wil zijn met de behandeling.

'...zeker als je weinig te doen hebt thuis, omdat je op alle levensgebieden problemen hebt en in de shit zit en je kan daar op je eigen tijdstip wat aan doen, wanneer jij wilt en wat jij wilt, dan is dat eigenlijk een stuk flexibeler is.' (R5)

‘...een stukje eigen regie. Zelf de regie hebben over je behandelproces. Dat het niet iets is wat je alleen bij mijn in de gesprekskamer doet, maar dat het ook iets is waar je zelf mee aan de slag kan gaan in je thuissituatie.’ (R6)

‘..waar ik tegenaan liep, zonder eHealth, is dat het soms alleen maar zo’n uurtje behandelen is. En iemand gaat de deur weer uit en iemand moet het maar zien te doen. Terwijl, dit geeft echt wel iets meer tools om een patiënt te helpen om die vertaalslag te maken.’ (R1)

Een tweede punt wat de early adopters noemen is het betrekken van het systeem bij de behandeling. Er worden voorbeelden gegeven van patiënten die samen met partner of bekenden een onderdeel van eHealth gebruiken of een psycho-educatie website bezoeken.

‘...hij merkte dat zijn vrouw daar ook baat bij zou kunnen hebben in de dynamiek tussen hen op bepaalde momenten. En toen heeft zij soms met hem meegekeken en snapte ze beter wat hij dan mee bezig was (...) dat is natuurlijk niet hoe je hem inzet, dat een partner daarvan meegeniet, maar ja, dat heeft denk ik wel een heel mooi effect in dit geval op de thuissituatie.’ (R1)

‘...er zijn altijd mensen, waarvan, nou ja, de partner niet echt enorm betrokken is bij de behandeling. En als ze dan met dit soort dingen thuis bezig zijn, dat er toch meer betrokkenheid komt bij hen. Van he, het is niet alleen een beetje kletsen en dan wordt het opgelost; maar er zit meer aan vast.’ (R6)

De early adopters merken unaniem op dat het prettig is om directer betrokken te zijn bij het dagelijks leven van de patiënt en er meer direct contact is. Meermaals wordt genoemd dat de behandelaar en patiënt makkelijker contact met elkaar kunnen maken en sneller iets ‘even kunnen laten weten’. Er is een early adopter die wel opmerkt dat het goed is om heldere afspraken te maken rondom bereikbaarheid en wat een patiënt in het digitale contact wel of niet kan verwachten. Door één early adopter genoemd als risico, waar overigens met de juiste afspraken voor haar ook meteen een antwoord op was.

‘..Als je dat iedere dag bijhoudt, dat zegt veel meer dan dit ik na twee weken eens aan de patiënt vraag: hoe ging het met slapen de afgelopen twee weken?’ (R2)

‘..nou, mailcontact, dat vind ik wel een prettige (...) je weet precies van elkaar wat er speelt.’ (R4)

‘..dat ze je veel directer kunnen bereiken. Gewoon ‘ik ben nu op mijn werk en ik kan niet bellen, maar kun je me helpen, want ik ben zo bang. Weet je, dat je directer kunt coachen en ook in het moment zelf...’ (R3)

‘..maar ook om gaandeweg de week, of gedurende de week, je lijnen kort te houden met de patiënt. Dat je makkelijk communicatie hebt, dat je snel met elkaar communiceert, maar ook tussendoor dat patiënt jou nog wat dingen kan laten weten, voorafgaand aan de sessie..’ (R1)

Een aantal van de geïnterviewden denkt dat het belangrijk is voor een GGZ om eHealth in te zetten in het kader van (kosten)efficiëntie van de zorg en het omgaan met wachtlijsten. Dit is niet de belangrijkste reden om te kiezen voor eHealth, dan gaat het toch veel meer om de inhoudelijke behandeling te versterken en te zorgen voor een contact wat goed werkt voor de patiënt en voor de behandelaar.

5.2.3 Wat zijn de kenmerken van early adopters?

Voorafgaand aan de interviews is opvallend dat van de zes early adopters die geïnterviewd worden er drie zijn die Verpleegkundig Specialist (in opleiding) zijn. Gedurende de interviews wordt duidelijk dat in de opleiding tot Verpleegkundig Specialist specifiek aandacht besteed wordt aan eHealth en het gebruik daarvan. Daarnaast valt op dat alle geïnterviewden een lagere gemiddelde leeftijd hebben dan de gemiddelde respondent waarbij de jongste geïnterviewde is 32, de oudste 46 jaar. De gemiddelde leeftijd van de early adopters is 38,4 jaar. Uit het kwantitatieve onderzoek hebben we al geconstateerd dat de early adopters relatief hoog opgeleid is en eerder in de basis GGZ werkt dan in de specialistische GGZ.

Alle early adopters geven aan dat ze open staan voor nieuwe behandelvormen om hun patiënt beter van dienst te kunnen zijn, of dat nou eHealth is of een andere behandelvorm. Ze vinden het leuk om zich met nieuwe innovaties bezig te houden en te kijken wat het op kan leveren. Een tweetal early adopters geeft aan zelf, in een andere werkcontext, ‘aangestoken’ te zijn door anderen.

Van een geïnterviewde die in haar vorige werk ‘verplicht’ werkte met blended care:

‘..ik heb nu wel echt meer die ervaring, dat dat dus is hoe het werkt en dat het een mooie aanvulling kan zijn.’ (R1)

Van een geïnterviewde die momenteel ‘verplicht’ blended werkt:

‘..met mij collega had ik het er laatst ook nog over. En die gebruikt dan therapieland en die liet ook wat dingen zien. En dan heb ik echt zoiets: o, dat zou ik ook wel veel meer willen.’ (R2)

Naast aangestoken te worden door collega’s, gaan de early adopters ook actief op zoek naar meer kennis ten aanzien van eHealth.

'..Artikelen opzoeken, kijken of er dingen die die wij kunnen gebruiken. Dat hoor je ook van collega's van anderen instellingen, die met bepaalde modules werken, waarvan je denkt van: he, dat zou ik ook wel fijn vinden om mee te werken..' (R6)

'..Ik ben bijvoorbeeld bij de beurs geweest. Maar ja, ik struin ook eigenlijk het internet af; kijk bij andere organisaties wat ze bieden.' (R5)

5.2.4 Kunnen early adopters hun enthousiasme verliezen?

In het proces van adoptie is het niet alleen belangrijk om early adopters in te zetten, maar ook om ze enthousiast te houden om zo de adoptie voor anderen in de organisatie makkelijk(er) te maken. In de interviews geven de early adopters aan wel in contact te zijn met degene die eHealth binnen de organisatie ontwikkelen en zich, in sommige gevallen, ook gemeld te hebben als geïnteresseerde, maar te merken dat er weinig met hun feedback gebeurt.

'...ik vind het te langzaam (reactie op feedback aan eHealth afdeling, red). En ik vind ook wel dat, met communicatie, dat bepaalde modules geschrapt worden uit de eHealth en dan komt er geen alternatief '(R6)

'...Er was werd destijds een aandachtsfunctionaris gezocht voor dat hele EMHP-gebeuren. En daar en ik toen mee gestart. En ook dat ROM was toen heel erg hip. En op een gegeven moment was het niet meer hip of verdween het een beetje in de vergaarbak. En ik moest dan heel erg achter mensen aanlopen om informatie te krijgen, dan denk ik ook sneller aan mijn agenda en aan mijn patiënten.' (R2)

Ook het aanbod blijkt van belang voor de early adopters, of het passend is, maar ook of het toegankelijk is voor henzelf en de patiënt. Over het huidige aanbod zijn de geïnterviewden niet heel tevreden. Ze vinden het moeilijk om de patiënt enthousiast te maken voor een module die traag is, of niet aansluit bij het dagelijks leven van de patiënt, of bij de geboden therapie.

'..het systeem dat gewoon niet meewerkt. Als je tien minuten moet wachten voordat je ingelogd bent, en dan nog eens een keer moet wachten tot de module is gestart. Ja, daar word ik wel een beetje moedeloos van soms. (R6)'

'...als je een signaleringsplan nodig het en je staat bij de bushalte en je moet je laptop- Weet je, dat werkt niet. En dat er veel gedoe is met licenties en rechten en allerlei dingen op management niveau.' (R3)

Het geloof van early adopters in eHealth lijkt groot te zijn, ze willen graag al hun patiënten de mogelijkheid bieden om er gebruik van te maken. Ze kunnen dan ook de keuze maken om nog wel gebruik te maken van eHealth, maar met name het platform van de organisatie links te laten liggen.

‘...ik probeer eigenlijk nog steeds vol te houden om er met patiënten aan te werken. Maar ja, als het eigenlijk steeds zo traag gaat en het zo onduidelijke omgeving is, ja, gewoon niet goed werkt, dan kan ik misschien wel op een gegeven moment bedenken van: he, ik ga niet meer met eHealth van Antes werken.’ (R5)

5.2.5 Denken early adopters bij te kunnen dragen aan het vergroten van de adoptie van eHealth?

Denken de early adopters zelf eigenlijk wat toe te kunnen voegen aan de adoptie bij hun collega's? Bijna alle geïnterviewden hebben zich bij de start van eHealth aangeboden als ambassadeur voor eHealth om mee te denken.

‘Er werd destijds een aandachtsfunctionaris gezocht voor dat hele EMHP-gebeuren. En daar ben ik toen mee gestart. En ook dat ROM was toen heel erg hip. En op een gegeven moment was het niet meer hip of verdween het een beetje in de vergaarbak.’ (R3)

Uit dat de early adopters zich aanbieden als vraagbaak, danwel ambassadeur om eHealth neer te zetten blijkt wel dat ze graag willen bijdragen en ook denken dat dit kan. Al zijn sommigen hier wel wat onzeker over. Zo zegt iemand liever niet voor grote groepen te willen staan en denkt een ander weer dat het dan wel heel duidelijk moet zijn wat haar functie in dit stuk is.

Uit de interviews blijkt dat ook niet iedereen vindt dat ze inzetbaar zijn, sommigen denken dat het hebben van de juiste visie en een goed implementatieplan voldoende kan zijn om tot adoptie te komen binnen de organisatie. Allen denken dat dit in ieder geval aan de basis ligt.

‘Als er een heel goed implementatieplan is van buitenaf en de mensen omarmen het en zien er de voordelen van in, dan kan het goed werken. Dan maakt het niet uit wie het doet. Maar ja, goed, je kan wel enthousiast komen, maar als je geen goed plan hebt en een slecht product, gaat niemand het gebruiken.’ (R5)

anderen denken dat het wel van belang is om iemand in te zetten die dicht bij de inhoud

‘...je staat in de praktijk. Je weet hoe het werkt. En een projectleider eHealth, die is hartstikke leuk voor het technische, maar die weten niet hoe een dagelijkse dag eruitziet van iemand. Dus hoe behandelingen lopen. Ja, op papier weten ze dat, maar niet in de realiteit.’ (R6)

Ook meldt een geïnterviewde dat hij denkt dat het goed is juist te investeren in hen die de kar trekken en niet in degene die dat (juist) niet doen:

‘..je gaat niet investeren in mensen die met de hakken in het zand gaan, je gaat investeren in de mensen die vooruitlopen.’ (R3)

Als het gaat over wat ze kunnen bijdragen melden ze vooral dat het gaat om enthousiasme, positieve verhalen over gebruik en ervaringen over hoe eHealth het werk makkelijker kan maken. Ze zouden ook graag bij willen dragen aan de verdere ontwikkeling van eHealth om het gebruikersgemak te verbeteren en advies te geven over welke modules goed zouden kunnen werken binnen de instelling. Een enkeling is al actief bezig geweest met het maken implementeren van eHealth, in dit geval in een kliniek.

‘..Ik ben zelf een beetje de eHealth erbij gaan betrekken, omdat ik dat een belangrijk onderdeel vind van de behandeling. Want ze hebben zoveel vrije tijd. En zeker ook als er dingen uitvallen, omdat er personeelsgebrek is. Ja, we hebben gewoon een technologisch vervanger van iets.’ (R5)

5.2.6 Wat hebben early adopters nodig?

Zonder uitzondering noemen de geïnterviewden dat ze tijd nodig hebben. Tijd om zich te verdiepen, om expert te kunnen worden, om training te kunnen volgen en om hun collega's te kunnen vertellen wat ze ervaren. Twee van de geïnterviewden zijn momenteel in opleiding tot specialist en geven aan gedurende deze periode geen tijd te hebben.

Naast tijd noemen ze dat het aanbod moet aansluiten bij de doelgroep. Sommigen benoemen te maken te hebben met een doelgroep die vaak niet de beschikking heeft over een computer of internet. Anderen noemen dat de modules te breed zijn en niet aansluiten bij het face-to-face aanbod, dit lijkt dan met name te gelden voor de meer specialistische zorg.

‘..Ik heb ze gemaïld over: goh, is er iets denkbaar voor specifiek schematherapie? En dat ze er eigenlijk voor kiezen om het veel meer algemeen te houden. Maar dat maakt wel dat er ik er minder voeling mee heb, dat ik het minder toepasbaar vind.’ (R1)

‘..Ik moet zeggen, ik vind het niet heel snel gaan, hoor, allemaal. Ik vind dat we veel meer aanbod moeten hebben om het ook daadwerkelijk goed te kunnen gebruiken. Een iets sneller systeem zou wel prettig zijn’ (R6)

De helft van de geïnterviewden noemt dat ze graag zouden willen weten wat de visie is van de instelling ten aanzien van eHealth en wat daarin van hun verwacht wordt. De meeste geïnterviewden weten niet wat de visie op dit moment is binnen Antes over eHealth en het inzetten daarvan in de behandeling. Er wordt weinig over gesproken op de werkvloer en de leidinggevenden maken er geen prioriteit van. Een aantal van de geïnterviewden noemt heel expliciet dat er meer visie of druk van ‘de organisatie’ zou moeten zijn om echt goed aan de slag te kunnen.

‘.. Ja, wat voor mij meewerkt, is dat ik ofwel zelf de opdracht krijg en zelf de kar ga trekken, ofwel dat iemand zegt: dan en dan is er een bijeenkomst en ik heb tijd in je agenda geblokkeerd en dan gaan we het erover hebben.’ (R3)

‘..Dat vorige project is mislukt, omdat er vanuit de organisatie moet daar een hele investering in gedaan worden. En dat is meer een investering van: hou vol; neem de tijd; maar ook, zorg dat er extra mensen beschikbaar worden gemaakt om, naast de dingen uit te leggen, maar ook het voor te doen, en wat zou je kunnen- wat voor tijd kan het je opbrengen?.’(R4)

Naast tijd en een visie moet er ook iets gebeuren met de inbreng die gedaan wordt. We zagen eerder al dat early adopters zich vaak niet gehoord voelen, dat wordt hier herhaald.

‘Ja, dat zou inderdaad tijd zijn. En er moet ook wel de voorwaarde voor zijn, dat het ook mogelijk is. En dat er daadwerkelijk iets mee gaat gebeuren.’ (R5).

Twee geïnterviewden noemen dat het goed zou kunnen zijn om een pilot te doen met enthousiaste behandelaren in een team wat innovatief is met een duidelijke doelgroep.

6. Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk trek ik conclusies op basis van de resultaten van dit onderzoek, bespreek ik de sterke en zwakke punten van het onderzoek en doe ik enkele aanbevelingen.

6.1 Conclusie en discussie

Tijdens de literatuurstudie voor deze thesis raakte ik meer en meer overtuigd dat eHealth een waardevolle toevoeging is voor behandeling en dat het een goede invalshoek kan zijn om de early adopters hierin een rol te geven. Het zijn enthousiaste mensen die met hun kennis en ervaring anderen kunnen meenemen in wat de (on)mogelijkheden zijn in de behandeling met eHealth en de verhalen die ze hebben werken aanstekelijk. Daarnaast zijn ze bereid om mee te denken over de toepasbaarheid en bruikbaarheid van eHealth in de organisatie. Belangrijk is wel dat deze mensen voldoende gefaciliteerd worden om hun rol als ambassadeur van eHealth waar te kunnen maken. Ze zijn zeer bereid te helpen en mee te denken, maar kunnen ook ontmoedigd raken.

Uit het vragenlijst onderzoek kwam naar voren dat het gemiddelde adoptieniveau van de Antes behandelaar in verhouding tot andere organisaties niet hoog is. Antes behandelaren zijn niet of nauwelijks getraind, naar eigen zeggen, en weten vaak niet wat te doen met het aanbod aan eHealth dat er is.

Uit de vragenlijsten zijn een aantal duidelijke kenmerken naar voren gekomen van de early adopters binnen Antes: het zijn over het algemeen de wat jongere medewerkers, maar ook weer niet de 'jongste bediende'. Het zijn mensen die enthousiast zijn over innoveren, niet alleen op het gebied van eHealth. Er zijn relatief meer hooggeschoolde early adopters en heel specifiek zien we een oververtegenwoordiging van verpleegkundig specialisten in de groep early adopters. Deze groep vertelt ook als enige dat eHealth standaard onderdeel is van de opleiding die zij doorlopen. Dit is niet het geval in bijvoorbeeld de opleiding tot psychiater of klinisch psycholoog,

Er zijn interviews gehouden met zes early adopters om mij verder te verdiepen in de kenmerken die zij hebben en op welke manier zij zouden kunnen bijdragen aan de adoptie van eHealth. In de interviews worden de in de inleiding uit de literatuur genoemde redenen om eHealth te gebruiken door de respondenten herhaald. Ze vinden het prettig dat de patiënt meer regie heeft over zijn eigen behandeling en ook de directheid van het contact buiten de spreekkamer spreekt hen aan.

Niet allemaal denken zij iets toe te kunnen voegen aan de adoptie van eHealth binnen de organisatie. Wel denken ze allen dat het helpt bij het adoptieproces als er behandelaren betrokken worden die bekend zijn met de doelgroep en de behandelopties. Ze geven verder duidelijk aan dat er behoefte is aan een visie die door de organisatie wordt uitgedragen en heldere communicatie over wat er van

hen verwacht wordt.

Early adopters blijken binnen Antes zeker bereid om te investeren in de ontwikkelingen op het gebied van eHealth, mits er voldaan wordt aan een aantal randvoorwaarden. Ze willen dat er voldoende tijd is, dat ze kunnen werken met goed materiaal en dat er een heldere visie is in de organisatie over het 'hoe en waarom' van eHealth. Opvallend is dat early adopters binnen Antes momenteel aangeven wel geprobeerd hebben om aan te haken in het adoptieproces, maar dat ze het idee hebben dat dit gefrustreerd wordt. Er komt geen antwoord op vragen, of het antwoord laat lang op zich wachten. Het digitale systeem is traag en sluit niet goed aan bij de doelgroep. De motivatie om met eHealth te werken is er nog, maar bijna alle geïnterviewden geven aan dat ze de motivatie zouden kunnen verliezen als er geen verbetering komt. Een aantal zegt wel gebruik te willen maken van de mogelijkheden van internet, maar dan met name het interne online platform links te laten liggen.

Als ik kijk naar de theorie van Rogers die ik gebruikt heb om een theoretische basis te leggen valt op dat de early adopters uit zichzelf de vijf elementen noemen die Rogers als basis voor een innovatie benoemt, namelijk (1) de innovatie moet meerwaarde hebben (2) de innovatie moet aansluiten bij de (mogelijke) gebruikers (3) de innovatie moet makkelijk te begrijpen en te gebruiken zijn (4) er moet tijd zijn om aan de innovatie te wennen voor de stakeholders (5) de concrete uitkomsten van een innovatie moeten helder zijn (of gemaakt kunnen worden) (Rogers, 2003). Ook hun adviezen rondom de adoptie voor hun collega's passen bij deze punten. Het is daarom zonder meer aan te bevelen de adoptie van eHealth rondom deze thema's op te zetten.

Een belangrijke vraag die bij mij speelt na dit onderzoek is of de actieve gebruikers uit het Levels of Adoption of eMental Health model wel echt de 'early adopters' van Rogers zijn. Rogers spreekt in zijn theorie namelijk over 'opinieleiders' met een bepaalde sociale status die onder meer door deze status makkelijk mensen mee krijgen in hun opinie over een innovatie. Het Levels of Adoption model gaat in de vragenlijst niet specifiek op zoek naar deze sociale positie. Daarmee zou het eerder een instrument kunnen zijn om de situatie te monitoren (hoe is het gesteld met het adoptie niveau binnen een bepaalde instelling), en niet om de early adopters die Rogers bedoelt en die ook echt ambassadeur voor eHealth kunnen worden.

In de interviews is nagevraagd aan de early adopters of zij een bijdrage zouden kunnen leveren, en daarin zeggen zij ook niet goed te weten hoe ze (vanuit hun positie) mensen mee zouden moeten krijgen. De meeste geïnterviewden zijn geen regiebehandelaar (en daarmee degene die de inhoudelijk verantwoordelijke zijn in de behandeling) en hebben geen positie in het management. Eén van de geïnterviewden heeft dit wel (zij is manager behandelzaken) en haar lukt het daarmee wel beter om eHealth op haar afdeling op de kaart te zetten. Zij kiest er bewust voor om blended

care in te zetten op haar afdeling en heeft, gezien haar positie, ook de mogelijkheid om het belang van eHealth uit te dragen en belangrijk te maken. Belangrijk struikelblok is bij haar echter wel dat ze zich niet gesteund voelt vanuit de organisatie (en met name het technische systeem en de geboden ondersteuning) om dit op een manier vorm te geven die recht doet aan de mogelijkheden.

De geïnterviewden die nog in opleiding zijn voelen zich niet in de positie om zich als ambassadeur op te werpen. Degenen die zich als ambassadeur hebben gemeld merken ook dat hen vanuit de organisatie geen positie wordt toegekend om het belang van adoptie echt neer te zetten, ook omdat het hen onduidelijk is wat het belang van de organisatie nu eigenlijk is.

Een oplossing van dit probleem van 'sociale importantie' zou kunnen zijn deze early adopters zodanig te faciliteren en positioneren dat hun sociale status op de werkvloer stijgt. Dit zou kunnen door bijvoorbeeld te kiezen voor een expertrol en deze dan ook heel belangrijk te maken.

Instellingen moeten zich mijns inziens goed realiseren dat bij marktwerking in de zorg ook het 'slim' en 'snel' invoeren van innovaties hoort. We kunnen in de samenleving, en dus ook in de GGZ, niet om digitalisering heen. Een groot gedeelte van het leven, met name van jongeren, speelt zich online af. Maar ook in het leven van 'de gemiddelde Nederlander' zijn zaken als email, internet en smartphones niet meer weg te denken. Als je daar als GGZ instelling niet op inhaakt loop je het risico de aansluiting met je doelgroep te verliezen.

De marktwerking in de zorg vraagt van instellingen dat er een duidelijk strategisch beleid is om de financiën en kwaliteit van zorg te borgen en daarbij de service naar patiënten hoog in het vaandel te houden. Het value based healthcare model van Porter en Teisberg (2006) is hier een mooi voorbeeld van en past binnen de eisen die stakeholders aan de (geestelijke gezondheids)zorg stellen. Om dit model neer te kunnen zetten zal er een plan gemaakt moeten worden om de adoptie van eHealth te vergroten, om zo eenduidige, transparante en kosteneffectieve zorg te kunnen bieden.

6.2 Beperkingen van dit onderzoek

Dit onderzoek kent haar beperkingen. De vragenlijst die gebruikt is is in ontwikkeling. Deze zit nog in de testfase en daarmee is de validiteit en betrouwbaarheid van deze lijst nog niet vastgesteld. De steekproef die genomen is onder de respondenten is niet volledig random. Er is gekeken naar welke afdelingen deel zouden willen nemen, op basis van de medewerking van de leidinggevende.

Niet alle early adopters die gevonden zijn zijn geïnterviewd, wel lijkt het erop dat de informatie die verkregen is passend is bij 'de early adopter' van Antes, aangezien veel overeenkomsten gevonden werden in het onderzoek. Dit onderzoek heeft een beperkte externe validiteit, waardoor de uitspraken niet zonder meer overdraagbaar zijn. Hiervoor is meer uitgebreid onderzoek nodig.

6.3 Aanbevelingen

Uit de interviews komt zeer duidelijk naar voren dat de visie die het bestuur van Antes heeft op het gebruik van eHealth niet duidelijk is op de werkvloer, ook niet bij mensen die hun best doen om met eHealth aan de slag te gaan. Dit lijkt een belangrijke reden voor de lage adoptie van eHealth binnen de instelling. Het is van belang om een heldere visie op te stellen en die kenbaar te maken aan leidinggevenden en werkvloer. Een aantal geïnterviewden maakte hierbij de opmerking dat een implementatieplan bij een dergelijke visie hoort. Een drietal geïnterviewden werkt of werkte in een systeem waarbij blended care standaard is ‘tenzij’ (geen mogelijkheden of interesse bij patiënt). Zij denken dat het kan helpen om een dergelijke heldere visie te hebben. Immers door de werkzaamheid van de tools te ervaren zullen anderen eerder over gaan op het gebruik van tools. Binnen Antes werkt de Basis GGZ met een blended model, van de negen respondenten waren hier twee early adopters. Dit kan toeval zijn, maar het zou zo kunnen zijn dat dit zo is omdat zij al ‘verplicht’ blended werken.

Een tweede belangrijke reden om niet tot adoptie van eHealth over te gaan is het beperkte aanbod en het gebrek aan faciliteiten. Het programma dat geboden wordt is beperkt en werkt vaak traag, dit werk demotiverend. Ook valt op dat meer dan de helft van de behandelaren aangeeft geen training te hebben gehad in het gebruik van eHealth. Het blijkt dus van belang te investeren in faciliteiten die voor patiënt en behandelaar makkelijk te vinden en toe te passen zijn, passend bij de doelgroep(en) die behandeld wordt bij Antes.

Early adopters zijn bereid tijd en energie te steken in de adoptie van eHealth door hun vakgenoten. Early adopters denken door hun enthousiasme en hun kennis van de dagelijkse praktijk hun collega's eerder over de streep te kunnen trekken waar het de adoptie van een nieuwe innovatie betreft. Het benutten van de kracht en het enthousiasme van early adopters is zeker een goed idee, met als aandachtspunt dat zij gefaciliteerd moeten worden in tijd en in het verkrijgen van een voldoende invloedrijke positie. Daarnaast is het van groot belang naar ze te blijven luisteren en ze te betrekken bij het verbeteren van eHealth om het gebruikersgemak en de bruikbaarheid blijvend te vergroten. De early adopters noemen uit zichzelf de vijf punten van Rogers als basis voor de adoptie van eHealth. Het is daarom van belang om deze punten goed in het oog te houden en early adopters te faciliteren om specifiek op deze punten aan de slag te gaan.

Tenslotte blijkt een opvallend grote groep early adopters verpleegkundig specialist (in opleiding) te zijn. Het blijkt dat binnen de opleiding tot verpleegkundig specialist expliciet aandacht wordt besteed aan eHealth. Dit leidt tot meer affiniteit met eHealth en ook een hoger adoptie niveau. Voor opleidingsinstanties zou het daarom een goed idee zijn eHealth op te nemen in hun scholingsaanbod. Het valt op dat de adoptie onder het lager geschoolde personeel ook duidelijk minder is dan onder

het hoger geschoolde personeel. Het verdient daarom aanbeveling om juist de lager geschoolde groep binnen de organisatie voldoende (bij) te scholen.

6.3.1. Suggesties voor vervolgonderzoek

Dit onderzoek nodigt uit tot het doen van vervolgonderzoek. Zo zou het interessant kunnen zijn om binnen een organisatie early adopters te identificeren die, naast de het gebruik van eHealth en de interesse daarin, ook status hebben bij hun peers. Zij zouden volgens de theorie van Rogers het best in staat moeten zijn om een groep mee te krijgen.

Ook een vergelijking tussen instellingen waar 'blended care' standaard is (geïnitieerd vanuit de organisatie), en waar de keuze voor 'blended care' bij de behandelaar ligt zou interessant zijn, om zo te kijken wat de meest effectieve strategie is. Daarnaast zou dan ook gekeken kunnen worden naar uitkomstwaarden als patiënt tevredenheid en duur van de behandeling om te meten of de keuze die gemaakt wordt ook daadwerkelijk waarde toevoegt.

Literatuurlijst

- Andersson, G., Bergstöm, J., Holländere, F., Carlbring, P., Kaldö-Sandstöm V. & Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 187, 456-461.
- Andersson, G., Paxling, B., Wiwe, M., Vernmark, K., Felix, C. B., Lundborg, L., ... & Carlbring, P. (2012). Therapeutic alliance in guided internet-delivered cognitive behavioural treatment of depression, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50(9), 544-550.
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PloS One*, 5(10).
- Berwick, D. (2003). Disseminating Innovations in Health Care. *JAMA*, 289(15)
- Blankers M., Donker T., Riper H. (2013). E-mental health in Nederland. Wetenschappelijke evidentie en uitdagingen voor de praktijk. *Psycholoog* 12, 12-23.
- Boeije, H. R. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen* (2nd Ed.). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Yuan, L. & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face therapy? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine* 21, 1-15.
- Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, 13(3), 319-340.
- Feijt, M. A., de Kort, Y. A. W., Bongers, I. M. B., & IJsselstein, W.A. (2018). Perceived drivers and barriers to the adoption of eMental health by psychologists: the construction of the levels of adoption of eMental health model. *Journal of Medical Internet Research*, 20(4), [e153].
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behaviour. An introduction to theory and research*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Flynn, L., Goldsmith, R. & Eastman, J. (1996). Opinion Leaders and Opinion Seekers: Two New Measurement Scales. *Journal of the Academy of Marketing Science* 24, 137-147.

Geest, L. v. d., Boudeling, M., & Janssen, W. (2013). *Gezond online: in control met eHealth*. Utrecht.

GGZ Nederland. (2013). *Fact sheet e-mental health*.

Grolleman, J. (2016). *Meer rendement met e-mental health*. Geraadpleegd van <https://mxi.nl/uploads/files/publication/meer-rendement-met-e-mental-health.pdf>

Guest, G., MacQueen, K., & Namey, E. (2012). *Applied thematic analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Hanley, T., & Reynolds, D. (2009). Counselling psychology and the internet: A review of the quantitative research into online outcomes and alliances within text-based therapy. *Counselling Psychology Review*, 24(2), 4-13.

Johansson, R., Sjöberg, E., Sjögren, M., Johnsson, E., Carlbring, P. et al. (2012). Tailored vs. standardized internet-based cognitive behavior therapy for depression and comorbid symptoms: a randomized controlled trial. *PLoS One*, 7, e36905.

Johnson, R.B. and Onwuegbuzie, A.J. (2004) Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*, 33, 14-26.

Koufou, I., & Markovic, D. (2017). E-therapy: the psychotherapists' perspective—a phenomenological enquiry. *Journal of Psychotherapy and Counselling Psychology Reflections*, 2(1), 25-31.

Lee, Y.H., Hsieh, Y.C., and Hsu, C.N. (2011). Adding Innovation Diffusion Theory to the Technology Acceptance Model: Supporting Employees' Intentions to use E-Learning Systems. *Educational Technology & Society*. 14(4): 124-137.

Lovejoy, T. I., Demireva, P. D., Grayson, J. L., & McNamara, J. R. (2009). Advancing the practice of online psychotherapy: An application of Rogers' diffusion of innovations theory. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(1), 112- 124

Mallen, M. J., & Vogel, D. L. (2005). Introduction to the Major Contribution Counseling Psychology and Online Counseling. *The Counseling Psychologist*, 33(6), 761-775.

Minister van VWS. (juli 2018). Kamerbrief ontwikkeling uitkomstgerichte zorg. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Nationaal expertisecentrum voor ICT in de zorg/Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Tussen vonk en vlam: eHealth-monitor 2015. Den Haag, Utrecht: Nictiz, NIVEL, 2015.

Nationaal expertisecentrum voor ICT in de zorg/Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. eHealth in verschillende snelheden: eHealth-monitor 2018. Den Haag, Utrecht: Nictiz, NIVEL, 2015.

Perle, J. G., Langsam, L. C., & Nierenberg, B. (2011). Controversy clarified: An updated review of clinical psychology and tele-health. *Clinical Psychology Review*, 31(8), 1247-1258.

Perle, J. G., Langsam, L. C., Randel, A., Lutchman, S., Levine, A. B., Odland, A. P., ... & Marker, C. D. (2013). Attitudes Toward Psychological Telehealth: Current and Future Clinical Psychologists' Opinions of Internet-Based Interventions. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 100-113.

Porter, M.E. (1985). *Competitive advantages*. New York: Free Press.

Porter, M.E. & Olmsted Teisberg, E. (2006). *Redefining health care. Creating value based competition on results*. Cambridge, Ma: Harvard Business Press.

Porter, M.E. & Lee, T. (2013). The Strategy That Will Fix Health Care. *Harvard Business Review* 91(12), 50-70.

Riper, H., Kramer, J., Smit, F., Conijn, B., Schippers, G., & Cuijpers, P. (2008). Web-based self-help for problem drinkers: A pragmatic randomized trial. *Addiction*, 103, 218-27.

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). New York, NY: Simon and Schuster.

RTLNieuws (2018). *Online-hulp erg effectief: 'Misschien had ik eerder over misbruik gepraat'*. Geraadpleegd van <https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/3910726/online-hulp-erg-effectief-misschien-had-ik-eerder-over-misbruik>

Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J. et al. (2007a). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 37, 319-328.

Spek, V., Nyklíček, I., Smits, N., Cuijpers, P., Riper, H. et al. (2007b). Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years old: a randomized controlled clinical trial. *Psychological Medicine*, 37, 1797-1806.

Treacey, M & Wiersema, F. (1995). *The Discipline of Market Leaders*. Reading, MA: AddisonWesley.

Van de Wier, M. (2019, 29 maart) CZ dwingt ggz-instellingen om digitaal te behandelen. *Trouw*, p 9.

Wangberg, S. C., Gammon, D., & Spitznogle, K. (2007). In the eyes of the beholder: exploring psychologists' attitudes towards and use of e-therapy in Norway. *CyberPsychology & Behavior*, 10(3), 418-423.

WHO (2005) WHA 5828 ehealth.: Geneva: World Health Organization. Fifty-eighth world health assembly.

Bijlage A: Topiclijst interview

Introductie	Voorstellen en uitleg over mezelf en onderzoekskader.
Topiclijst	<i>eHealth</i> • Welke vormen van eHealth gebruikt u? • Gebruikt u dit vaak en/of bij iedere patiënt? • Bij welke klachten gebruikt u deze toepassingen? • Op welke manier voegt dit iets toe aan de behandeling volgens u en voor welke behandeling (niet)? • Hoe vaardig bent u in het toepassen van eHealth? • Wat zijn voor u andere redenen (non-specifiek) om eHealth te gebruiken? • Wat is uw kennis over wat er mogelijk is op het gebied van eHealth? • Hoe heeft u die kennis verzameld? <i>Persoonskenmerken</i> • Wat maakt u, naar uw eigen inzicht, een early adopter? • Heeft u altijd deze houding gehad t.o.v. het gebruik van eHealth? Wat heeft hiertoe geleid? • Waarom vindt u dat we eHealth moeten gebruiken in de GGZ? • Heeft u momenteel de toegang tot eHealth die u zou willen hebben? • Wat zou voor u een reden zijn om eHealth niet meer te gebruiken? <i>Inzet</i>

	• Zou u bereid zijn zich in te zetten voor de adoptie van eHealth binnen de organisatie? Waarom wel/niet? • Heeft u het idee dat uw kennis/houding t.o.v. eHealth gebruikt wordt binnen de organisatie om de adoptie te verhogen? • Wat zou u nodig hebben (van de organisatie, het team, het management) om anderen mee te kunnen nemen in de adoptie van eHealth ? • Wat (als iets) denkt u toe te kunnen voegen aan de adoptie van eHealth binnen de organisatie?
Afsluiting	Dank en uitleg over wat er met de resultaten gebeurt.

