



**Belemmeringen en facilitatoren om te komen tot
het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg**

Auteur:	Maarten Verhoeve
Datum:	3 april 2022
Studentnummer:	S1050513
Opleiding:	MSc Bedrijfskunde
Professor:	Lander Vermeerbergen
2de lezer:	Patrick Vermeulen

Voorwoord

Voor u ligt het masteronderzoek over de belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in het kader van de afronding van de master MSc Bedrijfskunde aan de Radboud Management Academy. De Radboud Management Academy is een onderdeel van de Radboud Universiteit te Nijmegen. Het onderzoek wat zich specifiek richt op de belemmeringen en de facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg heeft mijn interesse omdat we in het dagelijkse werk binnen de hulpverlening voor de uitdaging staan om de hulpverlening vorm te gaan geven ondersteunt door eHealth. Om daar te komen is het van belang om van tevoren na te denken over de belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Dit onderzoek heeft mij vanuit de wetenschap meer inzicht gegeven op deze belemmeringen en facilitatoren en heeft handvatten aangereikt om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Dit masteronderzoek is naast het inhoudelijk wetenschappelijk onderdeel ook een persoonlijke leerweg geweest. Het heeft mij als persoon andere tools aangereikt om te leren omgaan met de uitdagingen in de dagdagelijkse praktijk en hoe dit vervolgens op te pakken.

Ik wens iedereen veel leesplezier toe!

Strijen, april 2022

Maarten Verhoeve

Management samenvatting

Dit masteronderzoek, als eindopdracht van MSc Bedrijfskunde aan de Radboud Management Academy te Nijmegen, behandelt de vraag wat de belemmeringen en facilitatoren zijn om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Vanuit de wetenschap en de praktijk komt steeds meer het bewijs dat eHealth een (kosten)effectieve bijdrage kan leveren binnen de geïntegreerde zorg. Daarnaast is vanuit wetenschappelijk onderzoek aangetoond dat de hulpverlening in combinatie met eHealth een vergelijkbaar effect heeft als de huidige hulpverlening die plaatsvindt door face-to-face contact. Naast de inhoudelijke redenen die er kunnen zijn om met eHealth te gaan werken binnen de hulpverlening zijn er ook bedrijfseconomische redenen. Vanuit wetenschappelijk onderzoek komt het signaal dat het werken met eHealth minder kosten in zich heeft dat in vergelijking met de gebruikelijke face-to-face hulpverlening en gezien de huidige arbeidsmarktkrapte en de groeiende vraag naar hulpverlening kan eHealth ervoor zorgdragen dat er meer cliënten bediend gaan worden.

Ondanks bovenstaande voordelen wordt eHealth in de hulpverlening nog weinig benut. Er wordt tussen de hulpverleners wel informatie uitgewisseld via de digitale snelweg, maar het inzetten van eHealth in de daadwerkelijke hulpverlening is nog beperkt. Om te komen tot het werken met eHealth binnen de hulpverlening heeft dit onderzoek daarom onderzocht welke belemmeringen en facilitatoren er spelen om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg.

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden binnen divisie Wonen wat een onderdeel is van Antes (PG). Er is een diagnostisch praktijkonderzoek uitgevoerd dat abductief van aard is. Op basis van bestaande literatuur is eerst een theoretisch kader gevormd en is de gewenste situatie geschetst, waarna de huidige situatie door middel van een kwalitatief empirisch onderzoek in kaart is gebracht. Voor dit onderzoek hebben er meerdere gesprekken plaatsgevonden met de opdrachtgever om de kaders van het onderzoek helder te krijgen. Daarna zijn er 10 respondenten geïnterviewd. De interviews hebben plaatsgevonden aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst. Vervolgens hebben we de Gioia-methode (Gioia, Corley, & Hamilton, 2013) gebruikt om de data te verwerken.

Het onderzoek heeft verschillende conclusies opgeleverd. Deze worden hieronder in het kort neergezet en in hoofdstuk 6 verder uitgewerkt. Binnen het onderzoek hebben we gewerkt volgens een vaste volgorde qua onderwerpen. Als eerste onderwerp hebben we geïntegreerde zorg uitgewerkt, hierna hebben we het onderwerp eHealth uitgewerkt en vervolgens de belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Deze volgordelelijkheid houden we ook aan bij de uitwerking van de conclusies.

De conclusie bij het onderwerp geïntegreerde zorg vanuit dit onderzoek is dat dit nader uitgewerkt moet worden. Tijdens het onderzoek bleek het concept niet een eenduidige uitleg te hebben bij de respondenten en ging de verklaring omtrent geïntegreerde zorg vooral over de relatie tussen hulpverlener en cliënt. Terwijl geïntegreerde zorg een samenspel is tussen cliënt en zijn omgeving om het herstel van cliënt te bevorderen ondersteund door eHealth. Het concept van eHealth werd niet herkend door de respondenten. Kennis rondom eHealth lijkt niet aanwezig waardoor het voor meerdere respondenten voor de eerste keer was dat zij in aanraking kwamen met het concept eHealth. De conclusies bij de onderwerpen belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg zijn uitgewerkt aan de hand van de 3 dimensies die aangereikt zijn vanuit het 3D model. Bij de functionele dimensie concluderen we dat er geen voorwaarden zijn gecreëerd om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Er is niet gewerkt en nagedacht om volgens een bepaalde structuur te werken die ervoor zorgt dat het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg vanaf het begin tot het einde (diagnose,

design, implementatie en evaluatie) vorm krijgt. Op de sociale dimensie is de conclusie dat er niet is nagedacht over de aspecten die te maken hebben met acceptatie en integratie van de technologische veranderingen voor de medewerkers en wat dit voor impact heeft op de medewerkers. Het lijkt dat hier geen tijd en ruimte voor is geweest en/of gemaakt. Op dit moment zijn er nog geen facilitatoren vormgegeven om deze dimensie vorm te geven. Bij de infrastructurele dimensie is de conclusie dat het ontbreken van een éénduidige visie zorgt voor scheve verhoudingen in de innovatie- en organisatiecultuur. Dat zorgt er vervolgens voor dat niet de juiste mensen en middelen zijn toegewezen om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg.

Vanuit het onderzoek zijn er meerdere aanbevelingen gedestilleerd. Er kunnen tweetal aanbeveling gedaan worden voor vervolgonderzoek. De eerste aanbeveling op dat gebied is dat dit onderzoek heeft aangetoond dat het 3D model een meerwaarde heeft bij onderwerpen op technische innovatie vlak. Daarom is het aan te raden bij onderzoeken op het vlak van technische innovatie het 3D model meer in te zetten als model. Daarnaast zijn niet alle geïdentificeerde belemmeringen en facilitatoren volledig representatief voor het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg in andere sectoren. Het verdient de aanbeveling om dit onderzoek te herhalen in andere sectoren, hierdoor kan de ontwikkelde theorie die ontwikkeld is vanuit dit onderzoek verfijnd worden om deze representatiever en toepasbaar te maken voor meerdere sectoren. Voor de praktijk zijn er ook enkele aanbevelingen gedestilleerd. Andere organisatie die willen komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg kunnen gebruik maken van de inzichten die dit onderzoek oplevert, als inspiratie. Daarnaast kunnen de inzichten, die dit onderzoek oplevert, op de vlakken van de belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth ervoor zorgen dat andere zorginstellingen van tevoren nadenken over en het inbouwen van elementen om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg, waardoor negatieve effecten voorkomen kunnen worden.

De aanbevelingen voor divisie Wonen zijn onderverdeeld in de 3 dimensies vanuit het 3D model. De aanbeveling op de functionele dimensie is dat divisie Wonen de 4 interventiefases gaat doorlopen om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Op de sociale dimensie zal divisie Wonen moeten gaan nadenken over de motivatie, adaptatie en integratie bij medewerkers om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Hier zal divisie Wonen tijd en aandacht aan moeten besteden voordat de interventie start maar ook tijdens de interventie. De aanbeveling op de infrastructurele dimensie is het creëren van een roadmap om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg en doormiddel van die roadmap het toewijzen van de juiste mensen, financiën en IT-middelen om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg.

Inhoud

Voorwoord	2
Management samenvatting	3
Lijst van figuren	6
1. Introductie	7
1.1 Aanleiding onderzoek	7
1.2 Empirische setting	8
1.3 Probleemstelling & onderzoeksvraag	9
2. Theoretisch kader	11
2.1 Geïntegreerde zorg	11
2.2 eHealth	12
2.3 Belemmeringen en facilitatoren	13
2.3.1 3D Model	13
2.3.2 Belemmeringen om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg	15
2.3.3 Facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg	17
3. Methodologie	20
3.1 Onderzoeksopzet	20
3.2 Dataverzameling	21
3.3 Data-analyse	22
3.4 Onderzoeksethiek en onderzoekskwaliteit	23
4. Resultaten	24
4.1 Geïntegreerde zorg	24
4.2 eHealth	26
4.3 Belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg	28
4.3.1 Belemmeringen	28
4.3.2 Facilitatoren	31
5. Discussie	34
6. Conclusie	37
6.1 Conclusies	37
6.2 Beperkingen	39
6.3 Aanbevelingen	40
Bibliografie	42
Appendix	46

Bijlage 1. Organogram divisie Wonen	47
Bijlage 2. Begeleidend schrijven	48
Bijlage 3. Toestemmingsverklaring.....	49
Bijlage 4. Interview vragen	50
Bijlage 5. Codestructuur	51

Lijst van figuren

Figuur 1: Conceptueel model	9
Figuur 2: De Gioia methode (Gioia, Corley, & Hamilton, 2013)	22

1. Introductie

1.1 Aanleiding onderzoek

“Om zorg ook in de toekomst kwalitatief hoogwaardig, toegankelijk en betaalbaar te houden is eHealth dé meest voor de hand liggende strategische mogelijkheid om de “kloof” tussen zorgvraag en –aanbod te dichten. (...) Maar de invoering van eHealth gaat niet vanzelf (Politiek & Hoogendijk, 2014, p. 16)”.

Bovenstaande quote toont aan waar dit onderzoek zich op richt, namelijk de gap tussen het belang van het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg en het daadwerkelijk inzetten van eHealth in de geïntegreerde zorg. Daarnaast gaat dit onderzoek een wetenschappelijke bijdrage leveren, die wetenschappelijke bijdrage gaat geleverd worden door op een systematische manier de belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg te onderzoeken door middel van het 3D-model.

Het belang om te gaan werken met eHealth wordt steeds groter en belangrijker (van der Geest, Boudeling, & Janssen, 2013, p. 16) om geïntegreerde zorg te leveren (Santana, et al., 2018, p. 430). Volgens Santana et. al. (2018) is geïntegreerde zorg de co-creatie van zorg door middel van de samenwerking tussen patiënten, naasten, familie, verzorgers en hulpverleners (Britten, et al., 2020, p. 1). EHealth wordt in dit onderzoek gedefinieerd als *“gezondheidsdiensten en informatie die wordt geleverd of verbeterd via internet en aanverwante artikelen”* (Eysenbach, 2001, p. 1). Beide termen zijn belangrijk voor dit onderzoek omdat we met dit onderzoek willen gaan onderzoeken hoe te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Nog specifiek geformuleerd gaat dit onderzoek zich richten op welke belemmeringen en facilitatoren er spelen om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Deze belemmeringen en facilitatoren zullen vervolgens geplaatst worden binnen de dimensies van het 3D model (Achterbergh & Vriens, 2019).

Experts en wetenschappers rapporteren steeds vaker over belemmeringen bij de implementatie van duurzame eHealth (Keijser, Penterman, van Montfort, Smits, & Wilderom, 2017, p. 1). Die rapporten wijzen uit dat met name de factoren rondom medewerkers worden onderschat, in het bijzonder met betrekking tot veranderen (Keijser, Penterman, van Montfort, Smits, & Wilderom, 2017, p. 1). Om te komen tot het werken met eHealth moeten organisaties grote veranderingen ondergaan op het gebied van techniek, manier van werken en medewerkers betrokken maken bij de nieuwe manier van werken (Venkatesh & Bala, 2008, p. 24). Deze veranderingen moeten gedaan worden doormiddel van een episodische interventie. Die episodische interventies gaan we in dit onderzoek koppelen aan het 3D model van Achterbergh en Vriens (2019). Nog niet eerder is het 3D model ingezet bij een wetenschappelijk onderzoek op het gebied van een technologische verandering, dat maakt de theoretische bijdrage van dit onderzoek uniek. Het 3D model bestaat uit 3 dimensies waar binnen de belemmeringen en facilitatoren geplaatst gaan worden. Deze 3 dimensies zijn (1) functionele dimensie, (2) sociale dimensie en (3) infrastructurele dimensie.

Om de resultaten vanuit het onderzoek goed te kunnen verwerken wordt er gebruik gemaakt van de Gioia-methode (Gioia, Corley, & Hamilton, 2013) (Langley & Abdallah, 2011). Aan de hand van de resultaten vanuit het literatuuronderzoek en interviews met respondenten, worden er per dimensie aanbevelingen gedaan om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg.

Samenvattend betekent dit dat we met dit onderzoek de belemmeringen en facilitatoren gaan onderzoeken om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Dit willen we gaan

doen door het verbinden van de belemmeringen en facilitatoren aan de 3 dimensies vanuit het 3D model. Uiteindelijk levert dat resultaten en bevindingen op, die worden vervolgens omgezet naar aanbevelingen voor de wetenschap, beleid en de praktijk.

1.2 Empirische setting

Dit onderzoek vindt plaats in één van de divisies van Antes, dat onderdeel is van de ParnassiaGroep (PG). De PG bestaat uit verschillende zorgmerken met ieder een eigen specialisme. Op dit moment zijn 10 zorgmerken verbonden aan de PG. Sinds 2017 is Antes een van die zorgmerken¹. Antes behandelt en begeleidt mensen met ernstige psychiatrische aandoening (EPA²) (Couwenber, C., van Erp, N., Kroon, H., van Weeghel, J., 2021, p. 13). Het zorgmerk Antes bestaat uit 6 divisies (Volwassenen Ambulant, Volwassenen Klinisch Noord, Volwassenen Klinisch Zuid, Ouderen, NAH & Ziekenhuispsychiatrie en Wonen). Dit onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van divisie Wonen³. Divisie Wonen biedt hulpverlening aan cliënten met een WMO-, Forensische- of WLZ-indicatie in het vrijwillig kader. Cliënten stemmen vrijwillig in met hulpverlening of vragen dit zelf aan. Deze hulpverlening vindt zowel intramuraal als extramuraal plaats⁴.

Divisie Wonen heeft afgelopen 2 jaar (2019-2021) een reorganisatie ondergaan, die een impact heeft op alle onderdelen van divisie Wonen. Die reorganisatie omvat het bundelen van 29 beschermde woonvormen en 15 extramurale teams in Rijnmond - vanuit verschillende onderdelen binnen de PG - in 6 clusters, wat gezamenlijk divisie Wonen is geworden. Deze reorganisatie heeft als doel om de fusiedoelen te behalen die zijn geformuleerd vanuit de PG om te komen tot het sneller bedienen van de cliënten in regio Rijnmond, korter – sneller en dichterbij. Tegelijkertijd kan er een aanzienlijk besparingspotentieel gerealiseerd worden. De impact is dat enerzijds een fte-reductie plaatsvindt en anderzijds dat er een hoge in-, door- en uitstroom gerealiseerd kan worden voor de cliënten. Bovenstaande reorganisatie in combinatie met Covid-19 heeft ervoor gezorgd dat medewerkers binnen divisie Wonen veranderd zijn. Uit vooronderzoek, tijdens gesprekken met medewerkers, komt naar voren dat zij de vele veranderingen hebben ervaren als top-down besluiten, voor hun gevoel zijn ze niet meegenomen. Waardoor het ervaren werd als “ver van hun bed show”.

Anno 2022 bevindt divisie Wonen zich in een sterk veranderende omgeving waar vanuit de wetenschap en opdrachtgevers (gemeenten, zorgkantoren, het rijk) steeds meer de vraag komt om in de hulpverlening cliënten de regie terug te geven in co-creatie met hun naasten, familie, verzorgers en hulpverleners (Britten, et al., 2020, p. 1), doormiddel van eHealth, om hiermee cliënten de regie te geven over hun eigen hulpverlening (Rotterdam, 2021, p. 52). Gemeente Rotterdam (opdrachtgever vanuit de WMO-financiering) zegt hierover: “*Wij willen dat eHealth toepassingen de norm worden en ingebed zijn als regulier onderdeel van maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp, in combinatie met traditionele vormen*” (Rotterdam, 2021, p. 52)”.

Divisie Wonen sluit aan bij de visie die is ontwikkeld door de PG en ziet zich geplaatst voor het implementeren van het komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg. Om te komen tot het werken met eHealth is het belangrijk dat divisie Wonen weet heeft van de belemmeringen en facilitatoren die spelen bij het komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg.

¹ www.parnassiagroep.nl/wie-we-zijn/onze-specialismen

² www.anteszorg.nl

³ Zie bijlage 1. Organogram divisie Wonen

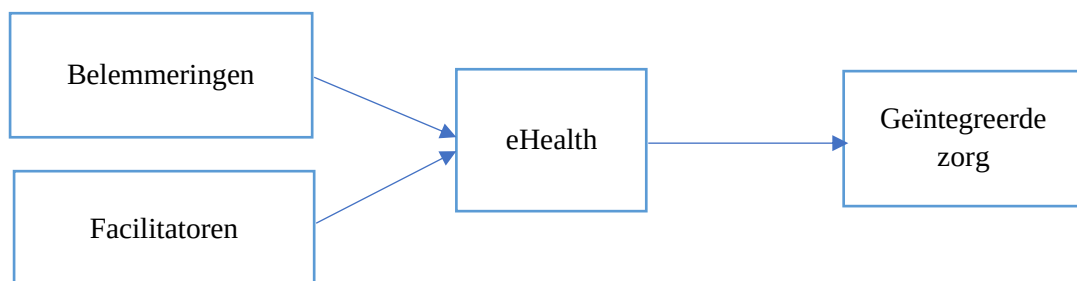
⁴ www.anteszorg.nl/hoe-wij-helpen/beschermde-wonen

1.3 Probleemstelling & onderzoeksvraag

Dit onderzoek behandelt de volgende probleemstelling uit de praktijk: *Het komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg, binnen divisie Wonen, gaat niet goed omdat medewerkers niet zijn betrokken.*

Het vermogen om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg vereist het hebben van een visie en een doel om vervolgens dit met de juiste parameters te implementeren. Voordat iets geïmplementeerd kan worden is het van belang om weet te hebben van de belemmeringen en facilitatoren die tijdens dat proces tegengekomen kunnen worden. Vanuit de wetenschap wordt veel geschreven en aangereikt als het gaat over de belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg (Kodner, 2009) (van der Geest, Boudeling, & Janssen, 2013) (Santana, et al., 2018) (Britten, et al., 2020) echter zien we in de dagelijkse praktijk van organisaties dat ze worstelen met de transitie tot het komen met het werken van eHealth binnen de geïntegreerde zorg (Keijser, Penterman, van Montfort, Smits, & Wilderom, 2017) (Venkatesh & Bala, 2008) (Schreiweis, et al., 2019). Ditzelfde herkennen we binnen de PG. Binnen de PG is een visie op eHealth ontwikkeld en zijn er vanuit die visie meerdere eHealth modules beschikbaar die aangeboden kunnen worden binnen de hulpverlening. Het ontwikkelen van een visie op eHealth, een strategie om eHealth te implementeren en de techniek om eHealth in te richten zijn dus al aanwezig binnen de PG. Echter zijn bovenstaande visie, strategie en modules ontwikkelt zonder enige vorm van inspraak van de medewerkers van divisie Wonen, waardoor het voor hen aanvoelt als “*ver van hun bed*”. Door het ontwikkelen van eHealth via de top-down benadering loopt de implementatie van eHealth aan tegen belemmeringen, waar de weerstand vanuit de medewerkers een grote rol speelt. Daarom gaat dit onderzoek antwoord geven op de volgende onderzoeksvraag: *Wat zijn, volgens medewerkers van divisie Wonen, de belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg.*

In onderstaande figuur (Figuur 1) wordt het conceptuele model van dit onderzoek getoond. Het conceptuele model is de weergave van hoe het onderzoek gelezen moet worden. Het onderzoek gaat over de belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth om vervolgens eHealth te gaan toepassen binnen de geïntegreerde zorg. De richting van de pijlen duiden aan dat er belemmeringen en facilitatoren spelen om te komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg. Door de belemmeringen en facilitatoren inzichtelijk te gaan maken, zou dit het implementeren van eHealth binnen de geïntegreerde zorg moeten vergemakkelijken.



Figuur 1: Conceptueel model

Hieronder vindt u de definities van de belangrijkste concepten:

- Versluis, et al. (2020 p.4) schrijft over belemmeringen en facilitatoren voor de implementatie van eHealth als de fase tussen het aannemen van het werken met eHealth en het routinematige gebruik van de eHealth. Het is daarom van essentieel belang om inzicht te krijgen in welke factoren van invloed zijn op de implementatie van eHealth en hoe we deze factoren effectief kunnen aanpakken. Dit onderzoek gaat de belemmeringen en facilitatoren koppelen aan de 3 dimensies vanuit het 3D model.
- Eysenbach (2001, p. 1) beschrijft eHealth als medische informatica met betrekking tot gezondheidsdiensten en gerelateerde technologieën. In bredere zin kenmerkt de term niet alleen een technische ontwikkeling, maar ook een gemoedstoestand, een manier van denken, een houding en een verbintenis voor netwerken, mondiaal denken, de gezondheidszorg lokaal, regionaal en wereldwijd door gebruik te maken van informatie- en communicatietechnologie.
- Santana et. al. (2018) beschrijft geïntegreerde zorg als de co-creatie van zorg door middel van samenwerking. Britten et. al. (2020) specificeert die samenwerking als samenwerking tussen patiënten, naasten, familie, verzorgers en hulpverleners.

Hoofdvraag:

Welke belemmeringen en facilitatoren zijn er volgens de literatuur en medewerkers om te komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg?

Theoretische vragen:

1. Wat zegt de literatuur over geïntegreerde zorg en eHealth?
2. Welke belemmeringen en facilitatoren spelen een rol bij eHealth binnen de geïntegreerde zorg?

Empirische vragen:

3. Wat zijn volgens de medewerkers belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg?

Het resultaat dat dit onderzoek gaat opleveren is het beantwoorden van de onderzoeksvraag en daarmee het genereren van aanbevelingen voor het komen tot het werken met eHealth waar de medewerkers bij betrokken zijn, zodat medewerkers eHealth gaan betrekken in de geïntegreerde zorg. Het praktijkdoel van het onderzoek is om aanbevelingen te doen aan de divisie Wonen van Antea hoe te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg door inzicht te geven wat volgens de medewerkers de belemmeringen en facilitatoren zijn met betrekking tot de invloed van de gekozen benadering voor implementatie van eHealth binnen de geïntegreerde zorg.

Dit onderzoek omvat verschillende onderdelen. Hoofdstuk 2 geeft een weerslag van de wetenschappelijke literatuur. In hoofdstuk 2 worden de geïntegreerde zorg en eHealth nader geduid en de daarbij behorende belemmeringen en facilitatoren die kunnen spelen bij het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. In hoofdstuk 3 wordt uiteengezet hoe het onderzoek vorm krijgt. Hoofdstuk 4 neemt u mee naar de resultaten die opgehaald zijn vanuit de literatuur en de interviews die plaatshebben gevonden binnen divisie Wonen. In hoofdstuk 5 vindt er een discussie plaats naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek om vervolgens in hoofdstuk 6 af te sluiten met de conclusies naar aanleiding van het onderzoek en de aanbevelingen die voortkomen vanuit het onderzoek.

2. Theoretisch kader

Zoals in de inleiding al benoemt zal dit onderzoek antwoord gaan geven op de onderzoeksvraag “*Welke belemmeringen en facilitatoren zijn er volgens de literatuur en medewerkers om te komen tot het werken met eHealth binnen geïntegreerde zorg?*” Om deze onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, zal literatuur rondom (2.1) geïntegreerde zorg (2.2) eHealth (2.3) belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg.

2.1 Geïntegreerde zorg

Het concept “integrated care” is op dit moment algemeen geaccepteerd in de wereld (Goodwin, 2016, p. 1) (Britten, et al., 2020, p. 1). Toch blijft er een aanhoudende verwarring ontstaan als het gaat om het begrijpen ervan (Kodner, 2009, p. 6) en is het vooral een term die beleidsmakers gebruiken en weinig in de praktijk vorm krijgt (Moore, et al., 2017, p. 662). Goodwin (2016, p. 1) geeft aan dat de definitie niet te smal moet worden gedefinieerd, maar dat het gezien moet worden als een overkoepelende term van ideeën en principes die erop gericht zijn de zorg beter te coördineren rond de behoeften van mensen. Voor dit onderzoek definiëren we geïntegreerde zorg als: “*I can plan my care with people who work together to understand me and my carer(s), allow me control, and bring together services to achieve the outcomes important to me*” (Goodwin, 2016, p. 1).

Santana et al. (2018, p. 430) zegt over geïntegreerde zorg dat het een model is waarin zorgverleners worden aangemoedigd om samen te werken met de cliënten om gepersonaliseerde zorg te ontwerpen en te leveren die mensen de hoogwaardige zorg biedt die ze behoeven en de efficiëntie en effectiviteit van het gezondheidszorgsysteem verbetert (Santana, et al., 2018, p. 430). Daarnaast geeft Santana et. al. (2018, p. 430) aan dat ondanks de vele inspanningen om geïntegreerde zorg te beoefenen, de meeste gezondheidszorgsystemen worden uitgedaagd om geïntegreerde zorg effectief te implementeren in de zorg. Hierover geeft Santana et. al. (2018, p. 430) aan dat het overschakelen naar geïntegreerde zorg-services (eHealth) en -rollen de hulpverlening opnieuw moet worden ontworpen en gestructureerd om te kunnen gaan werken met geïntegreerde zorg. Over die geïntegreerde zorg-services (eHealth) schrijft Santana et. al (2018, p. 433) dat het belangrijk is om gemeenschappelijke e-gezondheidsplatform te ontwikkelen voor gezondheidsinformatie tussen zorgverleners en cliënten met de capaciteit om alle elektronische gegevens over de gezondheidszorg in het hele zorgtraject te koppelen. Daarnaast is het belangrijk dat eHealth technologieën veilige en persoonlijke platforms bieden, de integratie daarvan omvat zowel het bouwen als bijwerken van bestaande gezondheidszorgfaciliteiten en het effectief verbinden van cliënten en zorgverleners met behandelaren gedurende het zorgtraject (Santana, et al., 2018, p. 433). Deze kennis biedt cliënten, met de juiste middelen, om de veranderingen te herkennen in hun gedrag (Moore, et al., 2017, p. 663). Dat vergroot vervolgens het zelfmanagement van de cliënten met steun van artsen, betrokken hulpverlening en anderen in hun omgeving (President's Committee on Health Education, 1974, p. 8) (Simonds, 1963, p. 32). Volgens Phanareth et. al. (2017, p. 1) hebben afgelopen decennium veel gezondheidszorginstellingen geëxperimenteerd met reorganisaties om de geïntegreerde zorg te verbeteren naar een meer holistische hulpverlening waarin de cliënt centraal staat, ook Kodner (2009, p. 1) verwijst hiernaar. De belangrijkste focus voor die reorganisaties was de manier waarop de hulpverlening verleend werd. Deze verschuiving van visie heeft geleid tot het herontwerpen van diensten, nieuwe taken voor het personeel en geïntegreerde zorgprogramma's. Echter geven Phanareth et. al (2017, p. 1) aan dat er op dit moment nog een leemte is tussen het daadwerkelijke

gebruik van eHealth in de geïntegreerde zorg, volgens hen liggen daar de kansen. Door het gebruik van eHealth, creëert de geïntegreerde hulpverlening een proactief, preventief en monitorend gezondheidssysteem wat ervoor zorgt dat individuele cliënten hun eigen gezondheid en omstandigheden creëren (Phanareth, et al., 2017, p. 2).

2.2 eHealth

Vanuit de literatuur komt naar voren dat eHealth een breed begrip is (Boogerd, Arts, & Engelen, 2015, p. 2). Echter is de betekenis van eHealth afhankelijk van de context hoe hij gedefinieerd wordt (Boogerd, Arts, & Engelen, 2015, p. 2). Oh, Rizo, Enkin & Jadad (2005, p.8) hebben in een reviewonderzoek 51 definities gevonden rondom het thema 'eHealth'. Deze spreken allemaal over 'health' en 'techniek'. Daarnaast worden er nog 6 algemene thema's genoemd, die spelen rondom eHealth namelijk; handel, activiteiten, belanghebbende, resultaten, plaats en perspectieven (Oh, Rizo, Enkin, & Jadad, 2005, p. 36). Om tot een definitie te komen van eHealth die van toepassing is voor dit onderzoek zijn we ons verder gaan verdiepen in de definities die Oh, Rizo, Enkin & Jadad (2005) ons aanreikte. Volgens hen was Eysenbach (2001) de eerste die een artikel schreef over eHealth met de titel *"What is eHealth"*. In dat artikel definieert hij eHealth. De kernbegrippen vanuit die definitie zijn: *"an emerging field, for medical information, in public health and business, not only a technical development but also a way of thinking"* (Eysenbach, 2001, p. 1). Voor ons onderzoek is het belangrijk dat die definitie gaat over 2 thema's: een technische ontwikkeling, in combinatie met een manier van denken. Vanuit die gedachte linkt Schreiweis et. al. (2019) eHealth aan de positieve invloed op de gezondheidszorg (Schreiweis, et al., 2019, p. 2) zoals kosteneffectiviteit, meer informatie over de gezondheidsstatus van een patiënt en een betere communicatie tussen hulpverleners (Ross, Stevenson, Lau, & Murray, 2016, p. 2).

Een aantal voorbeelden van eHealth die aangereikt worden vanuit de literatuur zijn (1) Zelfhulp eHealth (Johansson, et al., 2017, p. 1): de client krijgt een online omgeving om zelf aan de slag te gaan met zijn herstel. (2) eHealth met online begeleiding (Scholten, Kelders, Gemert-Pijnen, & Julia, 2019, p. 2): de cliënt ontmoet de begeleider alleen online en volgt bijvoorbeeld een onlineprogramma met anderen of er worden naasten betrokken bij de hulpverlening. (3) Blended eHealth (Wentzel, van der Vaart, Bohlmeijer, & van Gemert-Pijnen, 2016, p. 1): de hulpverlening vindt zowel online als offline plaats. Bijvoorbeeld elke week één fysieke afspraak en 2 keer online inchecken.

Een belangrijk en niet te verwaarlozen onderdeel van het komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg zijn de medewerkers. In paragraaf 2.3 werken we specifiek uit wat de belemmeringen en facilitatoren zijn op het gebied van de medewerkers of anders gezegd volgens het 3D model de sociale dimensie. Voor nu willen we hierover een paar algemene opmerkingen onder de aandacht brengen die specifiek te maken hebben met eHealth en medewerkers. Het werken met eHealth in de hulpverlening vraagt van medewerkers een andere beroepshouding. Dit vraagt van de hulpverlener skills om hun beroepshouding te veranderen en die beroepshouding vorm te geven (Coeckelbergh, 2013, p. 815) (Moore, et al., 2017, p. 662). Volgens Coeckelbergh is het belangrijk voor de kwaliteit van vakmanschap om fysieke en lichamelijke oefening te doen, wat vervolgens tactiele ervaring en relationeel begrip geeft (Coeckelbergh, 2013, p. 808). Volgens hem levert dat 'tacit kennis' op. De tacit kennis levert intrinsieke motivatie op en dat helpt de hulpverlener skills te ontwikkelen (Coeckelbergh, 2013, p. 810). Volgens Coeckelbergh (2013) bevorderen goed ontwikkelde skills een goede vorm van samenwerking en draagt het bij aan de groei van solidariteit. Deze kwaliteit van werk kan niet alleen verkregen worden met theoretische kennis maar ook met praktijk kennis. Expertise

gaat volgens hen vooral over het verkrijgen van vaardigheden in plaats van het weten over. Om een hulpverlener te worden, die werkt met eHealth in de hulpverlening, moeten er goede gewoonten en vaardigheden ontwikkeld worden (Coeckelbergh, 2013, p. 810).

Om als hulpverlener geïntegreerde zorg goed vorm te geven is het belangrijk dat de hulpverleners eHealth omarmen (Britten, et al., 2020, p. 5). Daarbij hoort het ontwikkelen van een beroepshouding die past bij het werken met eHealth (Britten, et al., 2020, p. 4). In de ontwikkeling van een beroepshouding die hoort bij het werken met eHealth moet vervolgens rekening gehouden worden met skills die passen bij hulpverlening op afstand (Versluis, et al., 2020, p. 143). De hulpverlening zal veel meer gebeuren door middel van technieken waardoor cliënten eerder en sneller contact hebben met de hulpverlener. Bijvoorbeeld door middel van een chatdienst waar de cliënt zijn vragen kan stellen of door middel van modules die een cliënt kan doen, waarbij de resultaten inzichtelijk zijn voor de hulpverlener. Hierdoor is de hulpverlening minder afhankelijk van de face-to-face contacten en gaat de hulpverlening ook door als de hulpverlener niet aanwezig is bij cliënt. Dit vraagt van de hulpverlener andere skills, zoals goed kunnen analyseren, om kunnen gaan met technieken en cliënten ondersteunen in het gebruik van de technieken (Coeckelbergh, 2013, p. 110).

Het vakgebied van eHealth heeft een geschiedenis van meer dan 20 jaar. In die tijd zijn er veel verschillende diensten ontwikkeld (Schreiweis, et al., 2019, p. 2). Echter stonden factoren die van invloed waren op acceptatie niet centraal (Versluis, et al., 2020). Waardoor het lijkt dat organisaties niet volledig bewust zijn van belemmerende en faciliterende factoren die van invloed zijn op de integratie van eHealth in de hulpverlening (Schreiweis, et al., 2019, p. 141). In de volgende paragraaf zullen we daarom stil staan bij de belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg.

2.3 Belemmeringen en facilitatoren

Paragraaf 2.3 gaat over de belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Voor dit onderzoek gebruiken we het 3D model om de belemmeringen en facilitatoren een plek te geven. We zullen in 2.3.1 het 3D model uitwerken, hierna volgt de uitwerking van de belemmeringen (2.3.2) en facilitatoren (2.3.3) die spelen bij het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg.

2.3.1 3D Model

Om de belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg een plek te geven binnen organisatieveranderingen, gaan we voor dit onderzoek de belemmeringen en facilitatoren plaatsen in het 3D model (Achterbergh & Vriens, 2019). Uit vooronderzoek komt naar voren dat het 3D model nog niet eerder expliciet is ingezet bij een onderzoek naar technologieverandering. Achterbergh & Vriens geven aan dat 3D model helpt om inzicht te krijgen wat er nodig is om organisaties om te klappen naar een nieuwe manier van werken (Achterbergh & Vriens, 2019, p. 1). In het geval van dit onderzoek gaan we het 3D model gebruiken voor een innovatie in de technologie, het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Het model is specifiek gericht op bewuste, episodische interventies in organisaties (Weick & Quinn, 1999, p. 368). Het bevat de functies die moeten worden uitgevoerd bij elke bewuste, episodische veranderingsinspanning van een organisatorische verandering en biedt als zodanig een raamwerk om de vele problemen die worden genoemd te categoriseren (Achterbergh & Vriens, 2019, pp. 140-141).

Het raamwerk van het 3D model bestaat uit 3 dimensies: (1) functionele dimensie, (2) sociale dimensie en de (3) infrastructurele dimensie.

De functionele dimensie verwijst in het 3D model naar het punt van de interventie wat zodanig moet worden getransformeerd dat het daadwerkelijk kan bijdragen aan het realiseren van het doel van de interventie (Achterbergh & Vriens, 2019, p. 142). Met andere woorden wat zijn de problemen in de organisatie en hoe dienen deze te worden veranderd. Er wordt dus gekeken binnen de organisatie wat er getransformeerd moet worden om de organisatie goed te laten ‘werken’ of ‘functioneren’ (Achterbergh & Vriens, 2019, p. 143). Het is waar het probleem (of een andere reden voor verandering) wordt gediagnosticeerd en een oplossing wordt ontworpen, uitgevoerd en geëvalueerd. Om de kans te vergroten dat het object van de interventie zodanig wordt getransformeerd dat het kan bijdragen aan het realiseren van het doel van de interventie, moeten er aan voorwaarden worden voldaan binnen de functionele dimensie. Binnen de functionele dimensie spreken we van 4 interventies, dat zijn: (1) diagnose, (2) design, (3) implementatie en (4) evaluatie. Deze stappen vormen een regulatieve cyclus (De Leeuw, 1994) (Boonstra, Steensma, & Demenint, 1997) en is te vinden in elke veranderproces of model, impliciet of (vaker) uitdrukkelijk. De diagnose interventie gaat over de identificatie van de huidige problemen van de organisatie in termen van bijvoorbeeld de kwaliteit van de organisatie of de kwaliteit van het werk (Woodman, 2014, p. 470) en de analyse van de gerelateerde oorzaken van deze problemen en de constructie van een oplossingsruimte die de parameters identificeert die veranderd moet worden om het doel van de interventie te kunnen realiseren (Achterbergh & Vriens, 2019, p. 143). De interventie design gaat over het bedenken van een (gewenste) lage parameterwaarde die kan bijdragen aan het realiseren van het doel van de interventie (Achterbergh & Vriens, 2019, p. 143). Het design zorgt ervoor dat de nieuwe visie, dienst of in het geval van dit onderzoek het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg een gezamenlijke afstemming vindt binnen de organisatie (Suci & Baughn, 2016, p. 789). De implementatie interventie gaat over de daadwerkelijke transformatie van het huidige probleem naar de gewenste manier van werken (Achterbergh & Vriens, 2019, p. 143). De evaluatie is de beoordeling van de geïmplementeerde nieuwe manier van werken (Achterbergh & Vriens, 2019, p. 143), in het geval van dit onderzoek het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg.

De sociale dimensie in het 3D model verwijst naar het punt, dat in het geval van organisaties, altijd een sociaal karakter heeft. De organisatie bestaat doordat medewerkers bepaalde taak-gerelateerde interacties uitvoeren (Stinchcombe, 2000, p. 229) op basis van bepaalde interactiepremissen (Achterbergh & Vriens, 2019, p. 143). Elk menselijk systeem, cybernetisch of niet, moet worden bediend door mensen die het zowel begrijpen als ermee eens zijn om dit met elkaar te bedienen (Howard, 1995, p. 267), daarom bevat het 3D model een sociale dimensie. Het herbergt de aspecten die te maken hebben met de acceptatie en integratie van de infrastructurele verandering in het gedrag van medewerkers binnen de organisatie. Dit is evenzeer noodzakelijk, aangezien organisaties “menselijke dan wel sociale aspecten bezitten en voor hun levensvatbaarheid afhankelijk zijn van het tot stand brengen van gedeeld begrip onder de medewerkers over het na te streven doel” (Jackson, 1989, p. 411). Daarom als een organisatie haar manier van werken veranderd, dan zullen de medewerkers hun manier van werken moeten veranderen. De medewerkers moeten niet alleen de anderen manier van werken accepteren maar dit ook in hun gedrag integreren. Vandaar dat Achterbergh en Vriens(2019) de 3 doelen gebruiken van motivatie, adaptatie en integratie binnen de sociale dimensie. Motivatie gaat over de medewerkers van de organisatie die motivatie moeten ontwikkelen om de huidige manier van werken los te laten en naar de nieuwe manier van werken (interactieruimten) te bewegen en de daarmee samenhangende interactiepatronen (Achterbergh &

Vriens, 2019, p. 144). Adaptatie gaat over - op basis van een gerechtvaardigd vertrouwen - dat medewerkers de nieuwe uitgangspunten voor het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg aannemen (Achterbergh & Vriens, 2019, p. 144). Integratie zorgt ervoor dat medewerkers onomkeerbaar het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg in hun repertoire integreren (Achterbergh & Vriens, 2019, p. 144).

De infrastructurele dimensie bevat de aspecten die te maken hebben met het creëren van de randvoorwaarden voor het realiseren van de functionele en sociale doelen van de interventie (Achterbergh & Vriens, 2019, pp. 144-145). Dit betekent dat de infrastructurele dimensie zelf geen doelgerichte dimensie is, maar zich veeleer bezighoudt met het bereiken van de in de andere dimensies gespecificeerde doelen. Deze randvoorwaarden zelf moet worden geconstrueerd om de principes van levensvatbaarheid in zich te hebben (Ben-Eli, 1989, p. 327). Dit gebeurt door het specificeren van de soorten of categorieën van middelen voor het bereiken van de functionele en sociale doelen. Er worden drie aandachtspunten geïdentificeerd: (1) de organisatiestructuur, (2) de technologie en (3) de personele middelen van de interventie. De structuur van de interventieorganisatie is het groeperen en toewijzen van operationele en regelgevende interventieactiviteiten in een netwerk van interventietaken om het doel van de interventie te bereiken, in dit geval het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. De technologie van de interventie gaat over de technologische middelen die worden gebruikt voor het uitvoeren van de interventieactiviteiten. De personele middelen van de interventie gaat over de medewerkers die werken in de organisatie of andere deelnemers die deelnemen aan de interventie die door middel van kennis, vaardigheden en motivatie interventietaken uitvoeren met behulp van interventietechnologie (Achterbergh & Vriens, 2019, p. 145).

2.3.2 Belemmeringen om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg

Over veranderingen van zaken op de werkvloer, en wat dit voor invloed heeft op de medewerkers, is veel geschreven in de literatuur (Hanelt, Bohnsack, Marz, & Antunes Marante, 2021). Kotter & Schlesinger (2013, p.3), zeggen hier het volgende over; *“de meest algemene les die we kunnen leren uit meer succesvolle gevallen is dat het veranderingsproces een reeks van fasen doorloopt, die in totaal meestal een aanzienlijke tijd vergen. Het overslaan van stappen creëert de illusie van snelheid en levert nooit een bevredigend resultaat op”*. Daarnaast kunnen kritieke fouten in een fase van verandering een verwoestende impact hebben, het momentum van verandering vertragen en zwaarbevochten winsten tenietdoen (Kotter & Schlesinger, 2013, p. 3). Karp (2006, p. 3) zegt hierover dat de slechte verslagen van veranderingen hebben geleid tot een zoektocht naar alternatieve manieren om veranderingen te leiden. De belemmeringen die kunnen spelen bij het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg worden hieronder uitgewerkt aan de hand van de 3 dimensies vanuit het 3D model.

Binnen de functionele dimensie gaat het over een transformatie om de organisatie ‘goed’ te laten werken, in dit onderzoek is dat het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. French en Delahaye (1996, p22) zeggen hierover dat een cruciale factor in de effectiviteit van een organisatie het vermogen is om zich aan te passen aan de veranderingen. De belemmeringen die spelen bij de functionele dimensie kunnen zich afspelen binnen de 4 hiervoor beschreven interventies; diagnose, design, implementatie en evaluatie. Een voorbeeld van een belemmering die kan spelen op het vlak van de diagnose is dat er geen tijd genomen wordt om een goede analyse te maken van de problemen die spelen. Het overslaan van stappen levert alleen de illusie op van snelheid maar leveren nooit een bevredigend resultaat op (Kotter J. P., 1995, p. 3) op het vlak van kwaliteit van organisatie en de

kwaliteit van werk (Woodman, 2014, p. 470). Als de problemen niet goed in beeld worden gebracht, dan begint de transformatie maar bevriest het gaandeweg de transformatie en kan het niet verder (Brisson-Banks, 2010, p. 248). De belemmering die kan spelen op het vlak van design is dat er mensen betrokken zijn bij de ontwikkeling van de nieuwe manier van werken, in het geval van dit onderzoek het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg, die geen kennis hebben van dit onderwerp. Doordat de kennis ontbreekt bestaat de kans dat er geen nieuw design ontwikkeld wordt met een lage parameter waarde. Hierdoor blijft het onderwerp ver weg van de medewerkers en vindt er geen betrokkenheid plaats en hierdoor vindt het aanhaken op de nieuwe manier van werken niet plaats (Suciu & Baughn, 2016, p. 789). Dat heeft vervolgens gevolgen, die gevolgen kunnen zijn dat medewerkers zich gaan verzetten als ze de implicaties van de veranderingen niet begrijpen en ervaren dat het hen veel meer kan kosten dan ze zullen winnen (Kotter & Schlesinger, 2013, p. 4). Bij de implementatie kan de belemmering zijn dat er te veel, in weinig tijd, zonder enig plan moet gebeuren. Hierdoor vindt de implementatie niet goed plaats en klappt de organisatie niet om naar het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg (Parmar, et al., 2021, p. 5). De belemmering die kan spelen bij de evaluatie is dat dit niet gebeurt en hierdoor niet geleerd wordt van alle voorgaande stappen waardoor de 'lesson learn' niet worden doorgevoerd (Kotter & Schlesinger, 2013, p. 9).

De belemmeringen die spelen op de sociale dimensie gaan over het sociale karakter van de organisatie, die zich kunnen afspelen op de vlakken van de 3 doelen die gerealiseerd moeten worden binnen de sociale dimensie. Die 3 doelen zijn; motivatie, adaptatie en integratie. Een organisatie bestaat doordat medewerkers van de organisatie bepaalde taak gerelateerde interacties uitvoeren. Een belemmering die kan spelen op het vlak van het doel motivatie kan gaan om het verliezen van iets van waarde (Schreiweis, et al., 2019, p. 4), daarnaast gaan medewerkers zich verzetten als ze de verandering niet begrijpen (Kotter J. P., 1995, p. 3). Op het vlak van de adaptatie kan een belemmering zijn dat medewerkers niet meegaan in de verandering omdat ze een andere beoordeling hebben van de situatie dan degene die de veranderingen initiëren of voor ogen hebben (Schreiweis, et al., 2019, p. 4). Dit gaat over het gegeven dat als medewerkers meer kosten zien dan voordelen als gevolg van de veranderingen en niet alleen voor zichzelf maar ook voor de organisatie (Kotter J. P., 1995, p. 4). Bij de integratie kan de belemmering zijn dat medewerkers bang zijn voor de verandering(en) omdat ze bang zijn dat ze niet instaat zullen zijn om de nieuwe vaardigheden en het gedrag te ontwikkelen die van hen wordt vereist (Kotter & Schlesinger, 2013, p. 4) (Schreiweis, et al., 2019, p. 4).

De infrastructurele dimensie gaat over het creëren van de randvoorwaarden voor het realiseren van de functionele- en sociale doelen van de interventie. De belemmeringen bij de infrastructurele dimensie kunnen plaatsvinden op 3 aandachtsgebieden; de interventieorganisatiestructuur, de technologie en de personele middelen van de interventie. Een belemmering die kan spelen op het vlak van de interventieorganisatiestructuur kan zijn dat er een scheve verhouding is tussen de innovatie- en organisatiecultuur, evenals de bereidheid van de organisatie om de nieuwe innovatie te adopteren (Parmar, et al., 2021, p. 5), dit gaat ervoor zorgen dat er te weinig middelen worden toegewezen zoals financiële steun, voldoende personeel en ontoreikende IT-middelen. Ook een starre houding in de hiërarchie wordt aangemerkt als een belemmering om een goede interventieorganisatiestructuur neer te zetten om de interventie vorm te gaan geven (Parmar, et al., 2021, p. 5). Op het vlak van de technologische middelen die toegewezen worden aan de interventie organisatie kan de belemmering zijn dat er ontoreikende IT-middelen worden aangereikt om de interventie goed vorm te geven, zoals hierboven al benoemt. Op het vlak van dit onderzoek moet dan gedacht worden dat medewerkers van divisie Wonen bijvoorbeeld geen toegang/autorisaties hebben tot het portaal waar de eHealth modules zich bevinden. Daarnaast kan

een belemmering zijn dat er geen inzicht is binnen de organisatie hoe mensen omgaan met techniek, waardoor er geen breder begrip is hoe dit te gebruiken en ingezet moet worden (Leonardi & Barley, 2008, p. 172). Op het gebied van de personele middelen zien we de belemmering terugkomen van veranderingsmoeheid bij de medewerkers. Dit kan ontstaan wanneer medewerkers veel verandering ondergaan en deze veranderingen als onsuccesvol ervaren (McElroy, 1996, p. 326), maar ook als de mate van verandering te frequent wordt ervaren (Bernerth, Walker, & Harris, 2011, p. 322). Als er te veel veranderingen plaatsvinden kunnen medewerkers dit moeilijk hanteren en dat kan leiden tot nadelige gevolgen. Veranderingsmoeheid resulteert bijvoorbeeld in een gevoel van malaise, frustratie en cynisme dat elke poging tot verandering gedoemd is om te mislukken (Venkatesh & Bala, 2008, p. 303). Hierdoor wordt het lastig om mensen toe te wijzen aan de interventie organisatie, die mee willen denken/ mee willen ontwikkelen om eHealth binnen de geïntegreerde zorg vorm te geven.

2.3.3 Facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg

Naast de belemmeringen is er ook sprake van facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Het 3D model geeft met de 3 dimensies handvatten om die facilitatoren vorm te geven en goed af te ronden. Burke (2004, p. 11) geeft aan dat elke op waarde gebaseerde veranderingsinspanning effectief leiderschap vereist en een bedrijfscultuur die strategie, missieplannen en een model omvat. Daarbij geven Kotter en Schlesinger (2013, p5) aan als 1 van de belangrijkste waarden dat managers niet alleen de verscheidenheid aan manieren waarop mensen kunnen reageren op organisatieverandering onderschatten, maar ook de manier waarop ze specifiek individuen en groepen positief kunnen beïnvloeden tijdens een verandering (Kotter & Schlesinger, 2013, p. 5). De facilitatoren die spelen om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg worden hieronder uitgewerkt aan de hand van de 3 dimensies vanuit het 3D model.

De functionele dimensie gaat over de transformatie om een organisatie 'goed' te laten werken, in dit onderzoek is dat het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. De functionele dimensie bestaat uit 4 interventie activiteiten zoals terug te lezen is in paragraaf 2.3.1. De eerste interventie activiteit is diagnose. Bij de interventie diagnose zijn facilitatoren een goede identificatie van de huidige problemen van de organisatie in termen van kwaliteit van de organisatie en/of kwaliteit van arbeid (Woodman, 2014, p. 470). Daarnaast een analyse van de daaraan gerelateerde oorzaken en de constructie van een oplossingsruimte die de parameters van de organisatie identificeren die veranderd moeten worden om het doel van de interventie te realiseren (Achterbergh & Vriens, 2019, p. 143), in dit geval het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Dit kan gebeuren door meerdere focusgroepen in te richten (Karp, 2006, p. 11). Die groepen bespreken de ideeën om te komen tot het werken met eHealth, waarin de ruimte wordt gecreëerd om alles te benoemen en de benoemde zaken mee te nemen in de besluiten die genomen worden. Een facilitator die kan spelen op het vlak van design is het mee laten denken door de focus groepen op gebieden van visieontwikkeling, het inrichten van de nieuwe werkmanier – voor dit onderzoek het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg en daarbij rekening houdend met lage parameter waarden in de nieuwe manier van werken, in die focus groepen nemen vervolgens ook mensen plaats met kennis van het onderwerp eHealth in de geïntegreerde zorg. Met als doel om gezamenlijk te komen tot een design waarin de verantwoordelijkheid voor het werken met eHealth laag in de organisatie wordt neergelegd (Suciu & Baughn, 2016, p. 789). Facilitatoren bij de implementatie dimensie is het zorgen voor een implementatie planning, het hebben van een spreekwoordelijke gereedschapskist waarin middelen zitten die kunnen ondersteunen bij de implementatie. Onderdeel van die gereedschapskist is dat er nagedacht moet zijn over hoe de erkenning van de verandering in de nieuwe manier van werken,

adaptatie van de nieuwe manier van werken, beleidsrichtlijnen om te komen tot werken met eHealth in de geïntegreerde zorg (Parmar, et al., 2021, p. 6) vorm krijgen. Bij de evaluatie dimensie zijn facilitatoren om evaluatiemomenten in te plannen nadat de implementatiefase voorbij is. Hierbij is het goed om het gehele proces te blijven monitoren. Bij een goede monitoring kunnen onverwachte zaken geïdentificeerd worden en daar waar nodig bijgesteld of aangepast worden (Kotter & Schlesinger, 2013, p. 9).

De facilitatoren die spelen bij de sociale dimensie gaan over het sociale karakter van de organisatie, die zich afspelen op de vlakken van de 3 doelen die gerealiseerd moeten worden; motivatie, adaptatie en integratie. Facilitatoren die spelen bij het doel motivatie zijn scholing en communicatie, hiermee wordt bedoeld dat het overwinnen van de meest voorkomende belemmeringen kan gebeuren door de medewerkers van tevoren te informeren over de aanstaande verandering (Parmar, et al., 2021, p. 8) (Karp, 2006, p. 12). Communicatie van ideeën helpt medewerkers de noodzaak en de logica van een verandering te zien (Schreiweis, et al., 2019, p. 5) (Kotter & Schlesinger, 2013, p. 5). Andere facilitatoren bij het doel motivatie kunnen zijn onderhandeling en overeenstemming zoeken om met bepaalde weerstanden om te gaan door prikkels te bieden aan actieve en/of potentiële medewerkers die weerstand hebben. Onderhandelen is vooral gepast als duidelijk is dat iemand zal verliezen als gevolg van een verandering en toch is zijn/haar/hen macht om weerstand te bieden aanzienlijk (Kotter & Schlesinger, 2013, p. 6). Op het vlak van adaptatie zijn facilitatoren de participatie en betrokkenheid van medewerkers. Bij participatie gaat het over de potentiële medewerkers, die weerstanden zouden kunnen gaan vertonen, te betrekken bij een bepaald aspect van het onderwerp en de implementatie van verandering (Karp, 2006, p. 11). Bij de participatieve veranderingsinspanning wordt er geluisterd naar de medewerkers, die spreken vanuit hun ervaringen rondom de veranderingen en vertellen wat het met zich meebrengt op de werkvloer (Schreiweis, et al., 2019, p. 5). Vervolgens worden die ervaringen gebruikt in het advies wat uitgebracht gaat worden (Kotter & Schlesinger, 2013, p. 5). Daarnaast kan er manipulatie en coöptatie plaatsvinden om medewerkers het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg te laten adapteren. Manipulatie en coöptatie zijn methodes voor wanneer andere manieren niet gebaat hebben. Coöptatie is het doen alsof iemand invloed op de plannen kan uitoefenen en manipulatie kan ingezet worden door informatie en middelen te manipuleren om weerstand op slinkse wijze te verminderen (Kotter & Schlesinger, 2013, p. 7). Facilitatoren die gebruikt kunnen worden bij integratie zijn het faciliteren en ondersteunen van de medewerkers. Dat is een manier waarop omgegaan kan worden met potentiële weerstand tegen verandering door ondersteunend te zijn. Dit proces kan bestaan uit het geven van een training in nieuwe vaardigheden (Parmar, et al., 2021, p. 9) of het geven van vrije tijd aan werknemers na een veeleisende periode en/of gewoon luisteren en emotionele ondersteuning bieden (Kotter & Schlesinger, 2013, p. 6). De optie faciliteren en ondersteuning zijn het meest nuttig wanneer angst centraal staat in de weerstand. Doorgewinterde, stoere managers zien dit soort weerstand vaak over het hoofd of negeren dit. Evenals de effectiviteit van faciliterende manieren om met die weerstand om te gaan. Het nadeel van deze aanpak is dat het tijdrovend en duur kan zijn en nog steeds kan falen (Kotter & Schlesinger, 2013, p. 6). Andere facilitatoren kunnen zijn expliciete en impliciete dwang. Bij deze manier kunnen medewerkers gedwongen worden om een verandering te accepteren door ze expliciet te bedreigen of door ze daadwerkelijk te ontslaan of over te dragen (Kotter & Schlesinger, 2013, p. 7).

De infrastructurele dimensie gaat over het creëren van de randvoorwaarden voor het realiseren van de functionele- en sociale doelen van de interventie, die zich afspelen op 3 aandachtsgebieden, te weten interventieorganisatiestructuur, technologie en personele middelen. De

facilitatoren op het vlak van de interventieorganisatiestructuur gaan over het goed nadenken over wat en wie er nodig is om de verandering te laten slagen. Een veelgemaakt fout is om verandering op een onsamenvattende en incrementele manier te benaderen die geen deel uitmaakt van een duidelijk doordachte strategie (Kotter & Schlesinger, 2013, p. 8). Daarnaast hangt succesvolle transformatieve verandering en groei niet alleen af van de leider aan de top, maar van iedereen die op de een of andere manier, formeel of informeel, optreedt als leider van een groep volgers (Karp, 2006, p. 5). Dit betekent dat er goed moet worden nagedacht over de randvoorwaarden van het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Daarnaast is het goed om een organisatorische analyse van de huidige situatie uit te voeren, hiermee de problemen en de krachten die spelen binnen de organisatie te identificeren en daarmee de mogelijke oorzaken van de problemen inzichtelijk te maken (Kotter & Schlesinger, 2013, p. 9). Hiermee kan er gezorgd worden dat de wat en wie vraag goed beantwoord kan worden zodat de verandering kan slagen. De facilitatoren op het gebied van technologische middelen heeft te maken met het nadenken over welke IT-middelen er nodig zijn om deze transitie succesvol vorm te geven. De bovenstaande analyse gaat ook inzicht geven in hoe medewerkers om gaan met technieken binnen de organisatie. Naar aanleiding van die gegevens kan er nagedacht worden bij dit onderdeel wat er nodig is qua technische middelen om de verandering om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg vorm te geven. Op het vlak van de personele middelen is 1 van de facilitatoren een uitgebalanceerd team van mensen die in deze verandering een voortrekkersrol nemen. Er moet nagedacht worden over welke rollen vanuit de organisatie deel moeten nemen, daarbij is het belangrijk om medewerkers in dat team te hebben met verschillende achtergronden qua werkervaring (Parmar, et al., 2021, p. 8).

Het theoretisch kader samenvattend betekent dit dat we met de kennis vanuit de wetenschappelijke theorie de aangereikte belemmeringen en facilitatoren gaan onderzoeken in de praktijk, om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Dit gaan we doen door het verbinden van die belemmeringen en facilitatoren aan de 3 dimensies vanuit het 3D model. Uiteindelijk levert dat, vanuit de praktijk, resultaten en bevindingen op die we vervolgens gaan omzetten naar aanbevelingen voor de wetenschap, beleid en de praktijk om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg.

3. Methodologie

Nu het theoretisch kader uiteen is gezet en de veronderstelde relaties bekend zijn, kan worden ingegaan op de methodologie van het onderzoek. In paragraaf 3.1 wordt de onderzoeksopzet besproken en verantwoord. Paragraaf 3.2 beschrijft de methoden voor het verzamelen van gegevens van het onderzoek, daarnaast worden de data-analysemethoden van het onderzoek besproken. Hier valt ook onder de operationalisering van de hoofdconcepten. In paragraaf 3.3. wordt beschreven hoe omgegaan wordt met de ethische overweging en hoe de kwaliteit van het onderzoek geborgd wordt.

3.1 Onderzoeksopzet

Onder onderzoeksopzet wordt volgens Verschuren & Doorewaard (2016) verstaan een geheel aan samenhangende beslissingen over de wijze waarop dit onderzoek uitgevoerd gaat worden. Er wordt dan vooral gedoeld op het vergaren van relevant materiaal en de verwerking van dit materiaal tot valide antwoorden op de vragen uit de vraagstelling (Verschuren & Doorewaard, 2016, p. 155). De opzet van dit onderzoek wordt vormgegeven door 3 aspecten: kwalitatief onderzoek, praktijkonderzoek en casestudy. Deze 3 aspecten worden hieronder breder uitgewerkt.

Ten eerste is dit onderzoek een kwalitatief onderzoek. Volgens Bleijenbergh (2013, p. 12) betreft kwalitatief onderzoek alle vormen van onderzoek die gericht zijn op het verzamelen en interpreteren van talig materiaal om op basis daarvan uitspraken te doen over een (sociaal) verschijnsel in de werkelijkheid. Meyer (2019, p. 6) geeft aan dat kwalitatief onderzoek helpt om de motivatie en acties van mensen te begrijpen. Het is ook geschikt voor het verdiepen van een concept, voor het doen van verkennend onderzoek en voor de studie van culturele, sociale en politieke aspecten die te maken hebben met mensen in organisaties. Voor dit onderzoek gebruiken we de Gioia-methode (Langley & Abdallah, 2011, p. 212). Gioia et. al. (2013, p. 17) geven aan dat de stem van medewerkers binnen een organisatie vroeg gehoord kan en mag worden in onderzoeken binnen organisaties. Hierdoor krijgen de medewerkers een stem in een vroeg stadium van het verzamelen en analyseren van gegevens. Dit levert een kans op voor het bereiken van nieuwe concepten in plaats van het bevestigen van bestaande concepten (Gioia, Corley, & Hamilton, 2013, p. 17). De Gioia-methode gebruikt zowel inductieve als deductieve elementen (Gioia, Corley, & Hamilton, 2013, p. 21) beter bekend als abductief onderzoeksopzet. Een kwalitatieve benadering van onderzoek past daardoor het beste bij dit onderzoek, omdat er een sociaal fenomeen wordt onderzocht. Namelijk de belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg, volgens de medewerkers.

Ten tweede gaat dit onderzoek een bijdrage leveren aan een probleem dat in de praktijk speelt. Voor een praktijkgericht onderzoek gelden 5 verschillende fasen (interventiecycle) (Verschuren & Doorewaard, 2016, p. 49) waarin het onderzoek kan plaatsvinden. Waarbij dit onderzoek zich richt op fase 2, de diagnose fase. De reden hiervoor is dat het probleem is erkent en onderkent door de directie van divisie Wonen. Dit onderzoek willen we doen door middel van een probleemanalytisch onderzoek. De reden hiervoor kunnen we terugvinden bij Verschuren & Doorewaard (2016, p. 53): *“Soms is niet zozeer van belang om erachter te komen welke objectieve factoren een bepaald probleem veroorzaken, maar om uit te zoeken hoe de verschillende betrokken partijen tegen de redenen en achtergronden van het probleem in kwestie aankijken”*. In samenspraak met de opdrachtgever is de richting van dit onderzoek bepaald. De aanbevelingen naar aanleiding van dit onderzoek zullen besproken worden met de directie van divisie Wonen. Waarna het besluit

genomen zal worden om met de verkregen informatie een visie te formuleren rondom het komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg, rekening houdend met de daarbij behorende belemmeringen en facilitatoren.

Ten derde hebben we voor dit onderzoek gebruik gemaakt van een casestudie. Een casestudie is een empirisch onderzoek dat een hedendaags fenomeen diepgaand en binnen zijn reële context onderzoek (Yin, 2009, p. 18). De reden hiervoor is dat we niet in de breedte een onderzoek hebben gedaan, maar juist in de diepte van de organisatie. Door het voeren van gesprekken met medewerkers hebben we een diepgaand inzicht verkregen in de wijze waarop belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg zich in divisie Wonen voltrekken.

3.2 Dataverzameling

Onder data verzameling wordt verstaan de keuze die gemaakt moet worden welk soort materiaal nodig is en hoe dit materiaal te verkrijgen is. Voor dit onderzoek maken we gebruik van databronnen. De databron die voor dit onderzoek wordt gebruikt is personen. Personen worden gebruikt om een zeer grote diversiteit aan informatie te verkrijgen en dit kan op een snelle manier vrijkomen (Verschuren & Doorewaard, 2016, p. 210). De selectiecriteria voor dit onderzoek waren dat de respondenten werkzaam zijn binnen divisie Wonen in meerdere lagen van de divisie. De reden hiervoor is dat het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg invloed heeft op meerdere lagen en we met dit onderzoek een zo breed mogelijk beeld willen krijgen van de belemmeringen en facilitatoren die spelen om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. De ontsluiting door middel van ondervraging bij personen gebeurt door middel van het afnemen van interviews. Gezien het tijdperk van corona zal dit zowel online en/of face-to-face gebeuren en het zal hier gaan om individuele gesprekken. De interviews zullen zo veel als mogelijk op de locaties plaatsvinden waar de medewerker werkt. Dit zijn locaties in de regio Rijnmond in Nederland. De interviews zullen plaatsvinden langs een voor gestructureerde vragenlijst (zie bijlage 4). De voor gestructureerde vragen zullen open vragen zijn, hierdoor is de respondent volledig vrij in het geven van een antwoord (Myers, 2019, p. 148). De interviewer bouwt vervolgens voort op het verhaal van de respondent door tijdens het interview vervolgvragen te formuleren. De interviews zullen gemiddeld 60 minuten duren en worden afgenomen in de periode oktober 2021 t/m november 2021. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 34,8 jaar. De rollen die de respondenten hebben zijn:

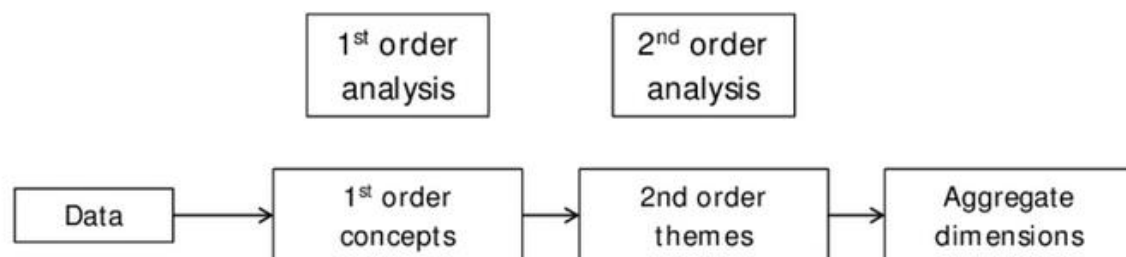
- *Manager bedrijfsvoering*; deze rol is verantwoordelijk voor het aansturen van een cluster waar intramurale of extramurale teams werkzaam zijn, de scope is gemiddeld 80-100 Fte aan medewerkers. Deze rol is financieel en inhoudelijk verantwoordelijk voor het ontwikkelen van de visie/strategie van divisie Wonen binnen het MT in gezamenlijkheid met de andere managers bedrijfsvoering en directie om vervolgens die visie binnen hun clusters uit te rollen.
- *Casusregisseur*; deze rol is verantwoordelijk voor het traject van de cliënt binnen divisie Wonen. Vanaf instroom t/m uitstroom. De casusregisseur zorgt er samen met de begeleiders voor dat de doelstellingen vanuit het ondersteuningsplan (opdracht vanuit de financierder op individueel niveau) uitgevoerd en behaald wordt.
- *Begeleider*; deze rol geeft de daadwerkelijke geïntegreerde zorg aan de cliënten van divisie Wonen. Samen met de cliënten werken zij toe naar het behalen van de doelen vanuit het ondersteuningsplan.

Als voorbereiding op de interviews hebben de respondenten informatie gekregen over dit onderzoek. Die informatie is te vinden in bijlage 2. Met de wetenschap dat de interviews vroeg in het schrijf proces

zouden plaatsvinden (Gioia, Corley, & Hamilton, 2013, p. 19) ontstond de ruimte om aan te sluiten bij de belevingswereld van de respondent en mee te bewegen in hun wereld. Om die reden hebben we veel tijd besteed aan het interview protocol, om te zorgen dat deze grondig is en geen leidende vragen bevat (bijv. “Bent u het niet eens met dat ...?”). Met als uiteindelijk doel, dat we gevolgd hebben waar de respondenten ons brengen (Gioia, Corley, & Hamilton, 2013, p. 20). Dit alles gebeurt iteratief, met constante beweging heen en weer tussen data en opkomende ideeën, die vervolgens weer leiden tot aanvullende gegevensverzameling (Langley & Abdallah, 2011, p. 215).

3.3 Data-analyse

Na het afnemen van de interviews zijn de opnames van de interviews getranscribeerd om ze geschikt te maken voor data-analyse. Dit heeft de onderzoeker gedaan met Microsoft Word. De transcripties van de interviews zijn geanalyseerd met behulp van de Gioia-methode. De Gioia-methode suggereert dat analyse van kwalitatieve gegevens moeten plaatsvinden door middel van eerste-ordeconcepten, tweede-ordethema's en geaggregeerde dimensies (Gioia, Corley, & Hamilton, 2013, p. 20).



Figuur 2: De Gioia methode (Gioia, Corley, & Hamilton, 2013)

Deze analysemethode is toegepast op de resultaten van dit onderzoek en specifiek bij de uitwerking van de belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Het analyseren van de interviews begon met het lezen van de transcripties van de interviews en het markeren van de relevante informatie met betrekking tot de onderzoeksvraag. Deze concepten van de 1^{ste} orde gaven de woorden van de respondenten zo getrouw mogelijk weer (Gioia, Corley, & Hamilton, 2013). Naarmate het onderzoek vorderde, is de onderzoeker de overeenkomsten en verschillen gaan identificeren tussen de concepten van de eerste orde die al waren gedefinieerd. De vergelijkbare concepten van de eerste orde werden gegroepeerd in thema's van de tweede orde. Aan het einde van de data-analyse werden thema's van de tweede orde die goed bij elkaar paste toegewezen aan geaggregeerde dimensie om de resultaten te vormen (Gioia, Corley, & Hamilton, 2013). Deze 1^{ste} orde concepten, 2^{de} orde thema's en geaggregeerde dimensies vormden samen de datastructuur van de analyse. De uitwerking van de codestructuur is terug te vinden in bijlage 5. Op basis van deze codestructuur zijn de resultaten van het onderzoek geïnterpreteerd en besproken. Bij de uitwerking is de verbinding gelegd tussen de belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth en de 3 dimensies vanuit het 3D model.

3.4 Onderzoeksethiek en onderzoekskwaliteit

Bij het ethische onderdeel van dit onderzoek hebben we nagedacht over de waarde van het onderzoeksobject vs. informatie verzamelen; recht op bescherming van integriteit, privacy en eigen belang. En niet onbelangrijk voor dit onderzoek de integriteit van de betrokken partijen vs. maximale onderzoeksoutput (Orb, Eisenhauer, & Wynaden, 2001, p. 93). Volgens Smith (2013, p. 56) moeten onderzoeken de geïnformeerde toestemmingsregel volgen. Dit houdt in dat respondenten vrijwillig deelnemen aan het onderzoek, zijn geïnformeerd over waar het onderzoek over gaat, zijn geïnformeerd over hun rechten als deelnemer en zijn geïnformeerd over wat het onderzoek voor hen betekent. Voor dit onderzoek is dat gebeurd door middel van een informerend schrijven die de respondenten hebben gekregen voordat het interview werd afgenomen – zie bijlage 2 voor dat schrijven.

Voor dit onderzoek zijn de interviews afgenomen binnen alle lagen binnen de divisie Wonen. Dit zorgde ervoor dat er respondenten hebben deelgenomen aan het onderzoek die in de hiërarchie afhankelijk zijn van de onderzoeker. Om te voorkomen dat die afhankelijkheid doorwerkt in de resultaten en dat dit gevolgen heeft voor die desbetreffende respondenten is ervoor gekozen om de resultaten anoniem te verwerken, hiermee willen we de vertrouwelijkheid en de privacy van de deelnemers respecteren. De interviews zijn opgenomen, zodat bij de verwerking van de informatie, de interviews teruggeluisterd konden worden. Voordat de interviews gestart waren is er toestemming gevraagd, aan de respondenten, om het gesprek op te nemen (zie bijlage 3). De resultaten van de interviews zijn ter controle teruggelegd bij de respondenten, waardoor zij konden aangeven of de informatie die terugkomt in de resultaten klopt met wat zij gezegd hebben tijdens de interviews. De respondenten hebben de vrijheid gekregen om de informatie uit de resultaten te laten halen. Dit is voor deelname aangegeven bij de respondenten. Met de opdrachtgever is afgestemd dat de verkregen informatie vanuit het onderzoek, alleen gebruikt worden voor de daarvoor bestemde zaken. Daarnaast is afgesproken dat de verkregen resultaten besproken worden binnen de directie.

4. Resultaten

Dit hoofdstuk geeft de resultaten weer vanuit het onderzoek, zodat het duidelijk wordt welke belemmeringen en facilitatoren er spelen bij het komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg. We houden in de uitwerking van de resultaten de volgorde vast zoals die het gehele onderzoek al wordt gevolgd. Als eerste zullen de resultaten van de geïntegreerde zorg en eHealth worden uitgewerkt. We sluiten de resultaatsectie af met de onderzoeksresultaten die gaan over de belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg.

4.1 Geïntegreerde zorg

Om de belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg inzichtelijk te krijgen, is het belangrijk om eerst inzichtelijk te krijgen wat de respondenten verstaan onder geïntegreerde zorg. Daarom wordt in deze paragraaf geïntegreerde zorg uitgewerkt aan de hand van de 2^{de} order thema's die naar voren kwamen vanuit de literatuur en de interviews. De 2^{de} order thema's rondom geïntegreerde zorg zijn bekendheid, betekenis en niet geïntegreerd in de het hulpverleningsaanbod van geïntegreerde zorg.

Tijdens de interviews bleek dat de bekendheid rondom geïntegreerde zorg uiteenliepen bij de respondenten, hierdoor werden er andere betekenissen gegeven aan geïntegreerde zorg. Voorbeelden hiervan zijn:

R9: "Client staat centraal. De cliënt krijgt begeleiding waardoor cliënt uiteindelijk zoveel mogelijk autonoom in het leven kan participeren".

R10: "Een nieuwe benaming voor het type zorg dat we altijd al leveren".

R6: "De cliënten die bij ons in begeleiding zijn op een juiste manier begeleiden".

Vooral bij de laatste 2 bovenstaande voorbeelden stonden niet de cliënten centraal maar de medewerkers. Daarnaast werd geïntegreerde zorg door sommige respondenten niet herkend in de huidige vorm van hulpverlening, dit wordt herkend vanuit de literatuur. Vanuit de literatuur wordt aangereikt dat bijvoorbeeld eHealth een wezenlijk onderdeel is van geïntegreerde zorg. Om in de geïntegreerde zorg te komen tot het werken met eHealth geeft de literatuur aan dat er een leemte is tussen het daadwerkelijke gebruik van eHealth in de geïntegreerde zorg en de visie op het gebruik van eHealth in de geïntegreerde zorg. Deze leemte kwam ook terug in de gesprekken met de respondenten. Opvallend was dat alle respondenten op een andere manier over de te leveren hulpverlening spraken. Uiteindelijk kwam het allemaal op hetzelfde neer, maar ze gebruikte voor dezelfde vorm van hulpverlening andere terminologie.

Vanuit de gesprekken met de respondenten kwam naar voren dat er verschillende betekenissen gegeven wordt aan geïntegreerde zorg. Geïntegreerde zorg wordt omschreven als de hulpverlening waar de cliënt centraal staat, de hulpverlening waar de cliënt op zijn eigen kracht het hulpverleningstraject doorloopt of dat het een nieuwe benaming is voor de hulpverlening die al jaren gegeven wordt. Respondenten omschreven dat als volgt:

R2: "Bij herstelgericht hulpverlening staat de cliënt centraal".

R4: "Herstelgerichte hulpverlening is dat de cliënt op eigen kracht zijn hersteltraject doorloopt".

R10: "Ooit heette het behandel-bejegeningsplan, dan was het weer maatwerk zorg leveren, dan was het weer richting rehabilitatie dan komt herstelgericht werken weer naar voren".

R7: "Het centraal stellen van de cliënt".

Uit de antwoorden blijkt dat er een verschil van visie is op wie er in de “lead” is in de hulpverlening. Een aantal respondenten geven aan dat de cliënt centraal staat in die vorm van hulpverlening echter is cliënt niet in de lead in hun antwoorden. Uit hun antwoorden blijkt dat vooral de hulpverlener in de lead is.

R2: “We kijken wat de kwaliteiten zijn van de cliënt en hoe we die kunnen versterken”.

R10: “Dat we er letterlijk voor zorgen dat er minder cliënten in crisis komen en minder klinische opnamen zijn”.

R7: “Te kijken naar wat je kan doen om hem een beter leven te bezorgen”.

1 respondent geeft in het antwoord weer dat de cliënt in de lead is van zijn hulpverlening.

R4: “Herstelgerichte hulpverlening is dat de cliënt op eigen kracht zijn hersteltraject doorloopt en zo aan zijn doelen gaat werken”.

Geïntegreerde zorg gaat over het aanmoedigen van de cliënt om samen te werken met de hulpverlener om gepersonaliseerde zorg te ontwerpen en te leveren. Uit bovenstaande uitspraken van de respondenten blijkt dat dit nog niet goed geïntegreerd is in de hulpverlening die op dit moment geleverd wordt binnen divisie Wonen. Daarnaast blijkt uit de 1^{ste} antwoorden dat volgens de respondenten geïntegreerde zorg gaat over de cliënt in relatie tot de hulpverlener. Er was een verdiepende vraag nodig om de respondenten na te laten denken over welke componenten er nog meer spelen bij geïntegreerde zorg. Als eerste benoemde de respondenten de naasten van de cliënten, zoals blijkt uit de antwoorden van respondenten 5 en 9:

R5: “Naasten die kunnen motiveren, stimuleren om weer de goede kant op te gaan”.

R9: “Ik vind de naasten heel belangrijk in het hulpverleningstraject van de cliënt”.

Uit de antwoorden van de respondenten blijkt dat de term naasten een breed scala aan antwoorden oplevert. Hieronder vallen familie, vrienden, netwerk, zinvolle dagbesteding en andere vormen van hulpverlening die betrokken is bij het traject van de cliënt.

R4: “Het is breder, niet alleen met de hulpverlener ter plaatse maar ook met behandelaars en alles en iedereen – multidisciplinair”.

R9: “Het netwerk kan bestaan uit werk/dagbesteding – dat is heel belangrijk dat je dat hebt/naast begeleiding en/of zeker behandeling en ook zeker familie contact of naasten contacten”.

Uit de antwoorden blijkt dat er bij iedere respondent wel iets van de theorie bekend is rondom geïntegreerde zorg alleen wordt hier nog geen handen en voeten aan gegeven binnen het werk. Respondenten geven aan dat op dit moment niet iedereen hetzelfde doet qua methodische werken (lees geïntegreerde zorg). Volgens respondenten zijn er trainingen nodig en succesverhalen om alle neuzen binnen divisie Wonen dezelfde kant op te krijgen. Om te komen tot het integreren van geïntegreerde zorg in de hulpverlening geven respondenten aan dat ze het belangrijk vinden dat collega's betrokken zijn bij die visie, dat er met elkaar gesproken en geleerd kan worden rondom geïntegreerde zorg. Respondenten verwoorden dat als volgt op de vraag wat er nodig is om met geïntegreerde zorg aan de slag te gaan:

R1: “Betrokkenheid collega's door op een gelijkwaardig niveau met elkaar het gesprek aan kunnen gaan”.

R3: “Stuk training en elkaar aansturen/aanspreken op het geleerde”.

R7: “Dat de methodiek goed en duidelijk wordt uitgelegd en dat het gefaciliteerd wordt vanuit de organisatie”.

4.2 eHealth

Om de belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg inzichtelijk te krijgen, is het belangrijk om als 2^{de} inzichtelijk te krijgen wat de respondenten verstaan onder het concept eHealth. Daarom wordt in deze paragraaf eHealth uitgewerkt aan de hand van de 2^{de} order thema's die naar voren kwamen vanuit de literatuur en de interviews. De 2^{de} order thema's rondom eHealth zijn bekendheid, betekenis, gebruik en vormen van eHealth.

Op de vraag of de respondenten bekend waren met de term eHealth antwoorden 6 respondenten met "nee" en 2 respondenten met "ja, vanuit mijn vorige baan" en 2 met "ja".

R2: *"Het is de eerste keer dat ik erover hoorde toen ik werd uitgenodigd voor dit interview".*

R5: *"Nee".*

R6: *"Ik weet wel wat het is maar ik ben er voor de rest inhoudelijk niet mee bekend".*

De respondenten die wel bekend zijn met eHealth gaven aan dat het volgens hen gaat over het volgen van trainingen achter de computer en/of vannacht de computer contact hebben met andere hulpverleners. Bovenstaande resultaat laat zien dat de kennis rondom eHealth bij meer dan 50% van de respondenten niet aanwezig is. Dit geeft ook gelijk de diversiteit, bij de antwoorden op de vraag wat eHealth betekent, betekenis. De antwoorden die gegeven zijn op de vraag wat eHealth voor de respondent betekent moeten dan ook vanuit dat kader gezien en gelezen worden.

Voor de respondenten betekent eHealth: hulpverlening op afstand, samen met cliënten via technieken zaken regelen voor de hulpverlening van de cliënten, de mogelijkheid voor de cliënten om zijn eigen hulpverlening te regisseren en digitale ondersteuning in het herstelproces van de cliënt. Onderstaande reacties laten dat mooi zien. De antwoorden worden onderverdeeld in; de respondenten die eHealth niet kennen, de respondenten die eHealth kennen en niet gebruiken en de respondenten die eHealth kennen en gebruiken. Respondenten die eHealth niet kennen geven aan dat eHealth voor hen het volgende betekent:

R2: *"Het heeft te maken met de gezondheid van de cliënten. En de E, ik zou persoonlijk niet weten waar die precies voor staat".*

R4: *"Technieken (internet/apps), die je gebruikt als hulpmiddel om hulpverlening te bieden".*

R5: *"Via internet je eigen gezondheid in de gaten houden".*

R6: *"Het digitaal ondersteunen van een herstelproces".*

Respondenten die eHealth kennen als term maar niet gebruiken geven aan dat eHealth voor hen betekent:

R1: *"Het vanachter de computer, aan de ene kant trainingen volgen en aan de andere kant het contact met behandelaar van iemand in de hulpverlening".*

R3: *"Het is laagdrempelig, toepasbaar op alle niveaus van de cliënten, samen herstelplannen schrijven met de client".*

Respondenten die eHealth kennen als term en ook gebruiken geven aan dat eHealth voor hen betekent:

R9: *"Letterlijk begeleiding en/of behandeling via apps/digitale communicatie".*

R10: *"Een manier waarop je mensen kan begeleiden en kan behandelen op afstand".*

Vanuit de literatuur komt naar voren dat eHealth een breed begrip is, dit komt ook naar voren uit de interviews. Degene die eHealth kennen haken aan op aspecten van eHealth uit de literatuur. Volgens hen is eHealth een technische ontwikkeling in combinatie met een andere manier van denken.

R9: "Begeleiding via apps of digitale communicatie en platforms waar informatie teruggevonden kan worden of trainingen kunnen worden neergezet voor de cliënten".

R3: "Je gaat veel meer kritischer kijken naar jouw manier van werken en jouw manier van rapportage/verslaglegging doen".

Het gebruik van eHealth toepassingen op dit moment binnen de hulpverlening gebeurt nog niet. De respondenten geven aan dat zij geen eHealth gebruiken op dit moment, ze gebruiken wel technieken (zoals bijvoorbeeld het elektronisch patiëntendossier (EPD)) voor de hulpverlening om verslag te doen van de hulpverlening en de hulpverlening te verantwoorden. Daarnaast geven ze aan dat de cliënten die in begeleiding zijn nog geen eHealth gebruiken. Onderstaande reacties illustreren bovenstaande:

R3: "Momenteel gebruik ik geen eHealth in de hulpverlening".

R7: "Ik gebruik eHealth niet in mijn dagelijkse werk".

Volgens de respondenten kan eHealth een bijdrage leveren om de doelen van geïntegreerde zorg te behalen in relatie tot de cliënt en in relatie tot de hulpverlener. Hiervoor gaven ze in de interviews verschillende vormen aan die op dit moment al gebruikt worden of kunnen ingezet worden: training aanbod vanuit PG voor medewerkers, training aanbod voor cliënten in de vorm van modules en er werd gesproken van een digitale agenda zowel inzichtelijk voor cliënt en hulpverlener. De volgende reacties van de respondenten laten dat zien:

R1: "Trainingen vanuit de ParnassiaAcademie".

R3: "Cursussen voor cliënten die ze samen kunnen doen met de hulpverlener".

R9: "Verschillende modules die aangeboden worden via EMPH-platform, voor onze cliënten".

Geen van de respondenten refereren aan de 4 vormen van eHealth die aangereikt worden vanuit de literatuur.

Daarnaast spraken sommige respondenten tijdens de interviews over het gegeven dat op het gebied van cliënten in relatie tot eHealth de houding van de hulpverlener naar de cliënt gaat veranderen, doordat er meer openheid is. De client komt meer in zijn kracht te staan, doordat het zijn eigen hulpverleningstraject wordt, onderstaande quotes illustreren dat:

R2: "Ik denk dat eHealth veel helpt bij de cliënt hoe hij naar de hulpverleners toe staat. Door eHealth te introduceren denk ik dat de cliënt transparantie, eerlijkheid en respect ervaart vanuit de hulpverlening naar hen toe. En dat een client niet als een client gezien wordt".

R3: "Het wordt het proces van de client. Dus ik verwacht dat het herstelproces dan ook sneller zal gaan, omdat die cliënt continue inzage heeft in zijn traject".

R7: "Voordeel is ook het bevorderen van zelfstandigheid".

In relatie tot de hulpverleners geven de respondenten aan dat de hulpverlening efficiënter ingericht kan worden met eHealth en dat het de werkdruk gaat verminderen als cliënten meer in de "lead" komen te staan van hun eigen hulpverleningstraject. Dit wordt geïllustreerd door onderstaande quotes:

R4: "Behandelaren hoeven niet zo vaak te komen, als je bijv. beeldbeeld, waardoor het contact vaker en korter kan".

R7: "Het gaat de werkdruk verminderen op bepaalde gebieden. In plaats van dat je als hulpverlener meer aanstuurt, kun je de cliënt meer laten doen".

R9: "eHealth kan inzicht geven in de ondersteuning, waardoor er beter aangesloten kan worden bij de behoefte van de cliënt".

4.3 Belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg.

Tijdens het onderzoek naar de belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg zijn meerdere belemmeringen en facilitatoren geïdentificeerd met betrekking tot het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Eerst worden de belemmeringen besproken in paragraaf 4.3.1, daarna komen de facilitatoren aan bod in paragraaf 4.3.2.

4.3.1 Belemmeringen

In deze paragraaf worden de geïdentificeerde belemmeringen met betrekking tot het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg besproken. In bijlage 5 (de codeboom) zijn de resultaten terug te vinden naar aanleiding van 1^{ste} order codes en 2^{de} order thema's. De resultaten van het 3^{de} niveau worden hieronder uitgewerkt en verbonden aan de 3 dimensies vanuit het 3D model.

Het gevoel van geen tijd hebben om zich te verdiepen/scholen in nieuwe zaken, het eigen maken van een nieuwe werkmanier of aan te haken bij de ontwikkeling van een nieuwe werkmanier werd geïdentificeerd als eerste belemmering. Het ontbreken van tijd zorgt er dan ook voor dat nieuwe ontwikkelingen binnen de organisatie ervaren worden als adhoc en zonder plan, hierdoor is het voor medewerkers lastig om aan te haken bij de nieuwe ontwikkelingen, in het geval van dit onderzoek het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Het onderwerp tijd en geen ruimte voelen om het eigen te maken kan geplaatst worden binnen de sociale dimensie van het 3D model. Onderstaande reacties illustreren wat de respondenten zeggen over het ontbreken van tijd:

R3: "We hebben geen tijd om het ons zelf eigen te maken".

R7: "Ik benoemde al tijd, als je een volle caseload hebt is tijdgebrek gewoon een belemmering. Je moet cliënten zien, vaak komen dan acute problemen eerst, dus iets als eHealth wordt dan naar de achtergrond geschoven".

R3: "het eerste wat je gaat horen, we hebben geen tijd om het ons zelf eigen te maken".

Een tweede belemmering die werd geïdentificeerd had te maken met de betrokkenheid van de medewerkers. De input van de medewerkers van Divisie Wonen is niet of heel laat tot stand gekomen. Dit was een gemis omdat zij – vanuit de dagdagelijkse praktijk – een andere visie zouden kunnen hebben op het komen tot het werken met eHealth voor divisie Wonen. Dit punt kan terug herleid worden naar de infrastructurele dimensie. Dit had vervolgens ook kunnen leiden tot verschillende suggesties en misschien wel betere suggesties met betrekking tot het komen met het werken van eHealth in de geïntegreerde zorg. Daarbij zijn er mensen betrokken geweest vanuit divisie Wonen, alleen was dat niet bekend bij de meeste medewerkers binnen de divisie en waren die niet representatief voor alle medewerkers binnen divisie Wonen. Ook zorgde het veelvuldig wisselen van personen die betrokken zijn bij het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg er ook niet voor dat er breed draagvlak gecreëerd kon worden binnen divisie Wonen, wat invloed heeft op de sociale dimensie. Dit kan geïllustreerd worden aan de hand van onderstaande reacties:

R8: "Ik heb daar nooit over nagedacht omdat het nooit besproken is".

R10: "Ik hoor eHealth nog niet (binnen divisie Wonen), eHealth is nog niet voorbijgekomen. Ik zie eHealth ook niet op prioriteit staan".

R6: "Het leeft niet, informatie ontbreekt".

R7: "Mensen zijn niet meegenomen in de ontwikkeling".

R9: "Aanhaken bij de start van de ontwikkeling en niet continue achteraf betrokken worden". en "In de ontwikkeling van eHealth binnen divisie Wonen zie je steeds wisselende mensen. We hebben gewoon vastigheid nodig hierin".

R10: "Het is voor mij de eerste keer dat we iets moeten doen op het gebied van eHealth".

Een andere belemmering die geïdentificeerd werd had te maken met de afhankelijkheidsrelatie rondom het komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg. De respondenten gaven aan dat het huidige systeem, waarmee divisie Wonen nu werkt, niet voorbereid is op het werken met eHealth. Daarnaast is divisie Wonen afhankelijk van partijen buiten divisie Wonen omdat divisie Wonen een onderdeel is van de ParnassiaGroep. Die afhankelijkheid zorgt ervoor dat er besluiten genomen worden rondom het komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg buiten het zichtveld van divisie Wonen. Dat zorgt dan ook vaak voor de vertraging/onduidelijkheid en uitsluiting van het proces om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Deze belemmeringen kunnen geplaatst worden binnen de infrastructurele dimensie. Respondenten 9 en 10 omschrijven dat als volgt:

R10: "Vanuit de organisatie (lees ParnassiaGroep) werd er alleen verteld, we gaan met eHealth werken" en "Er worden binnen de organisatie verschillende prioriteiten gegeven aan het komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg".

R9: "We zien op dit moment dat divisie Wonen wordt uitgesloten" en "Modules of die wel matchen en aansluiten bij de hulpverlening die wij bieden en bij de hulpvraag die de cliënten hebben".

De vierde belemmering die werd geïdentificeerd ging over het verstrekken van informatie of juist over het ontbreken van het verstrekken van informatie. Het ontbreken van informatie zorgt ervoor dat medewerkers het lastig vinden om het werken met eHealth te omarmen en ervoor te gaan. Daarnaast worden medewerkers niet of nauwelijks op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen van eHealth binnen de geïntegreerde zorg. Dit riep ook gelijk de vragen op of de communicatielijnen wel goed werkten om te zorgen dat de informatie bij iedereen terecht komt, wat laat zien dat op de functionele dimensie de 4 fasen niet zijn doorlopen. Doordat er informatie ontbreekt bij de medewerkers ontstaat er onrust en hierdoor haken medewerkers niet aan op het onderwerp eHealth in de geïntegreerde zorg, wat direct negatieve invloed heeft op het draagvlak binnen divisie Wonen om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Onderstaande reactie laten dit zien:

R6: "Geen informatie, ontbreken van duidelijkheid" en "veel weerstand bij onduidelijkheid rond het onderwerp eHealth".

Een andere geïdentificeerde belemmering had te maken met de hiërarchie in de organisatie. Op dat vlak spelen onderwerpen als het niet hebben van eenzelfde visie in de lijn om te komen tot het werken met eHealth en het ontbreken van een continue ondersteuning vanuit de lijn. Daarnaast lijken verschillende lagen ook verschillende talen te spreken waardoor het lijkt dat de organisatie niet kan komen tot een eenduidige visie en aanpak van eHealth in de geïntegreerde zorg (infrastructurele dimensie). Een andere belemmering die geïdentificeerd is en hiermee samenhangt zijn de tegenstrijdige belangen van opvattingen. Wat we terug hoorde in de gesprekken met de respondenten is dat beslissingen binnen de organisatie en ook in divisie Wonen niet afgestemd zijn met het MT rondom het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Hierdoor ontbreekt op veel vlakken binnen de divisie informatie en eenzelfde visie rondom het komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg. Wat hiermee samenhangt is de ervaring van de respondenten dat er tegengestelde bevoegdheden, belangen en meningen zijn binnen de organisatie. Die tegenstrijdige

meningen en belangen belemmeren het proces om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Wat vervolgens de uitwerking heeft dat betrokken partijen niet eenzelfde urgentie ervaren om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Dat slaat als eerste terug op de infrastructurele dimensie, wat vervolgens zijn uitwerking heeft op de functionele dimensie en sociale dimensie. Onderstaande reacties illustreren bovenstaande:

R10: “Er zijn nog zoveel zaken gaande binnen de organisatie. We moeten niet vergeten dat we eigenlijk nog steeds in een fusie zitten, bepaalde onderwerpen staan dan lager op de prioriteitenlijst. Je kan niet zaken, zoals eHealth, opzetten als je organisatorisch niet een goeie structuur hebt opgebouwd en een visie hebt op überhaupt het leveren van zorg”. En “vanuit de organisatie (Antes breed) wordt er verschillend gereageerd door de divisies op eHealth en ook verschillend prioriteit aan gegeven. Daar begint hij wat mij betreft al en ik proef eHealth qua prio binnen divisie Wonen ook nog niet”.

R9: “Ik zie dat eHealth nog steeds een onder geschoven kindje is. Dat we al heel lang weten, vanuit wetenschappelijk onderzoek, dat het bijdraagt aan het herstel van onze doelgroep, dat het ook bewezen effectief is, maar dat we het nog steeds niet toepassen. Dan denk ik, hoe is het mogelijk, terwijl wij wel zo’n EPA⁵ doelgroep hebben”.

R6: “De organisatie moet zelf eerst voor zichzelf duidelijk hebben wat ze willen gaan aanbieden en op welke vlakken natuurlijk” en “Mandaat helpt ook, op het moment dat je dit project op je neemt, dat je ook mandaat hebt om beslissingen te nemen”.

De laatste belemmering die geïdentificeerd is gaat over het vasthouden van oude gewoonten binnen de organisatie. Respondenten geven aan dat ze voorzien dat collega’s de oude manier van werken niet loslaten, wat het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg niet ondersteund. Daarbij geven de respondenten aan dat dit zich vooral zal uiten in weerstand vanuit de collega’s – bovenstaande belemmeringen kunnen gekoppeld worden aan de sociale dimensie vanuit het 3D model. Daarnaast geven de respondenten aan dat de routines en patronen binnen een grote organisatie zoals ParnassiaGroep ook bijdraagt bij het in stand houden van oude gewoonten. De respondenten vragen zich af of de ParnassiaGroep de flexibiliteit heeft om te kunnen veranderen wat weer zijn terugslag heeft op de infrastructurele dimensie. Dit blijkt uit de onderstaande citaten:

R4: “we hebben een bepaalde manier van werk en willen daaraan vast blijven houden”.

R2: “Sommige collega’s zijn al lang gewend om het te doen zoals we het nu doen en die willen niet veranderen”.

R6: “Veel weerstand en niet open staan voor nieuwe ideeën”.

R9: “Ik zie dat daardoor eHealth nog steeds een onder geschoven kindje is”, en “We hebben een hele groep collega’s die het nog steeds niet prettig vinden om eHealth toe te passen”.

⁵ Cliënten met een Ernstig Psychiatrische Aandoening

4.3.2 Facilitatoren

In deze paragraaf worden de geïdentificeerde facilitatoren met betrekking tot het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg besproken. In bijlage 5 (de codeboom) zijn de resultaten terug te vinden naar aanleiding van 1^{ste} order codes en 2^{de} order thema's. De resultaten van het 3^{de} niveau worden hieronder uitgewerkt en verbonden aan de 3 dimensies vanuit het 3D model. De eerste facilitator die we identificeren is het hebben van een heldere visie op het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg als divisie Wonen. Dat gaat dan vooral over een duidelijke visie hebben als divisie hoe te werken met eHealth in de geïntegreerde zorg wat verbonden kan worden aan de infrastructurele dimensie. Onderstaande citaten laten dat zien:

R6: "Dat de verwachtingen duidelijk zijn, dat die duidelijk worden gemaakt".

R2: "Op het moment dat we precies weten wat het inhoudt kunnen we er mee gaan werken en toepassen".

R7: "Een gedegen plan voor implementatie vanuit de organisatie".

De tweede facilitator die geïdentificeerd is sluit aan bij bovenstaande geïdentificeerde facilitator. De tweede facilitator gaat over het hebben van eenzelfde visie binnen de divisie. Uit de gesprekken komt naar voren dat de visie rondom eHealth moet passen bij de visie op eHealth die de organisatie heeft (infrastructurele dimensie). Daarnaast wordt er gesproken over het spreken van dezelfde taal op alle niveaus in de hiërarchie. Hierdoor kunnen medewerkers zich gaan verbinden aan de visie rondom eHealth en willen betrokken gaan worden en vanuit die enthousiasme eHealth binnen de geïntegreerde zorg vorm gaan geven (sociale dimensie). Onderstaande reacties illustreren dit:

R6: "De organisatie moet eerst voor zichzelf duidelijk hebben wat ze willen gaan aanbieden en op welke vlakken".

R10: "Ik denk ten eerste een goeie visie, wat betekent eHealth voor ons, waarom zouden we überhaupt daar als divisie mee moeten werken, past dat ook wel".

R1: "Het snappen waarom en de "go" van hier gaan we voor. Als de organisatie zorgt voor de kaders, dan volgt commitment".

Hieruit vloeit vervolgens de derde geïdentificeerde facilitator voort namelijk een positieve directie. Als de directie nauw is betrokken bij de ontwikkeling van eHealth in de geïntegreerde zorg binnen divisie Wonen, kan dat gezien worden als draagvlak voor de gehele divisie en als katalysator gebruikt worden om het komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg beter en sneller vorm te geven. Daarnaast kwam ook naar voren dat ondersteuning van directie en medewerkers om oude patronen te doorbreken en tegen te gaan nodig is, dit heeft impact op de infrastructurele dimensie. Dit illustreren onderstaande reacties:

R6: "Stapsgewijs daarnaartoe geleid worden door de organisatie, door middel van een plan dat wordt uitgerold vanuit directie, management en leidinggevende".

R9: "Door Inzicht te geven in wat er nu mogelijk is qua aanbod en ook hoe medewerkers het kunnen gebruiken. Dan is het belangrijk om mensen mee te nemen in de ontwikkeling en heel praktisch uit te leggen".

Hieruit komt vervolgens voort dat de medewerkers betrokken worden bij de ontwikkeling van eHealth in de geïntegreerde zorg. Dat is de vierde facilitator die we geïdentificeerd hebben. Dit gaat over het betrekken van medewerkers, hen informeren en voorbereiden op het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. De respondenten geven aan dat als er een duidelijke visie is plus kaders dat zij aan de slag kunnen met eHealth in de geïntegreerde zorg. Dit heeft betrekking op alle 3 de dimensies vanuit het 3D model. Als er niet voldoende mensen zijn aangehaakt(infrastructureel),

kan er niet worden nagedacht over (functionele dimensie) en kunnen medewerkers niet worden voorbereid (sociale dimensie). Onderstaande citaten illustreren dit:

R1: "Het meekrijgen van de medewerkers".

R2: "Avonden dat medewerkers informatie krijgen" en "Op het moment dat we precies weten wat het inhoudt kunnen we er mee gaan werken en toepassen".

Daarbij werd aangegeven dat het belangrijk is om de medewerkers te betrekken rondom het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg vanaf het begin. Daarmee wordt gecreëerd dat medewerkers betrokken raken op het onderwerp eHealth in de geïntegreerde zorg, waardoor de kans op succes groter wordt. De volgende citaten laten dat zien:

R9: "Meedenken aan de voorkant, vooral naar toepasbaarheid kijken, daar hebben we medewerkers voor nodig vanuit alle plekken in onze divisie".

R8: "Dat iedereen weet wat er gaat komen, dat iedereen daar ook invulling aan kan geven. Dan voelen de collega's zich betrokken".

Naast dat de medewerkers betrokken moet zijn bij de ontwikkeling van eHealth in de geïntegreerde zorg werd er ook gesproken over het betrekken van andere stakeholders die onderdeel moeten zijn van dit proces. Te denken valt dan aan de cliënten, behandelaren, financierders, wetenschap. Volgens de respondenten geeft een zo'n divers mogelijke groep een groter draagvlak voor het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. De volgende reacties illustreren dat:

R9: "Daar moeten we cliënten bij betrekken, daar moet het management bij betrokken worden maar ook mensen vanuit de ICT of welke achtergrond zij ook hebben. Er moet dus in een bredere groep gekeken worden dan alleen cliënten en hulpverleners."

R10: "Ik denk gewoon een terugkoppeling aan cijfers en aan onderzoeken van wat het wel/niet oplevert" en "concreet terughalen bij andere bedrijven wat het hen heeft opgeleverd".

R7: "Gemeente die dit gaat mee laten wegen in het ondersteuningsplan van de client. Waardoor het een legitieme basis krijgt in de hulpverlening".

Vanuit het betrekken van medewerkers hebben we de vijfde facilitator geïdentificeerd. Deze werd in meerderde gesprekken aangehaald en dat is het hebben van motiverende elementen om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg, dat slaat vooral terug op de sociale dimensie. Tijdens de gesprekken met de respondenten kwam vooral het delen van succesmomenten naar voren als een facilitator waardoor collega's kunnen aanhaken op het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg, wat vervolgens gaat zorgen voor een breder draagvlak binnen de divisie voor eHealth. Onderstaande citaten illustreren dat:

R3: "Vooral collega's enthousiast maken over de meerwaarde, door middel van het delen van succesverhalen".

R6: "Als je laat zien dat het werken met eHealth een positieve vibe kan creëren en dat uitleggen/belichten".

Een lerende organisatie werd als 6 facilitator geïdentificeerd vanuit de gesprekken met de respondenten. Dan moet er gedacht worden aan open en heldere communicatie, creëren van een open cultuur waarin iedereen zich durft uit te spreken, denken in mogelijkheden, aansluiten bij het denk/werkniveau van medewerkers, dit sluit vervolgens aan bij alle 3 de dimensies vanuit het 3D model. Die 3 dimensies moeten goed zijn ingericht wil je bovenstaande facilitatoren kunnen bereiken. Onderstaande reacties illustreren dat:

R2: "Naast uitleg en thema-avonden, heb ik de ruimte nodig en ik hoop dat ik die krijg om het te proberen in de praktijk".

R1: "Voor mij is het belangrijkste dat ik moet snappen het "waarom" gaan we hiermee werken en dat ik vanuit de organisatie word gefaciliteerd in mijn werk".

R7: "Transparant zijn in het overbrengen van de informatie over eHealth".

R8: "Ik denk dat het een succesverhaal wordt als je het met elkaar doet. Want dan ga je het met elkaar uitvinden en zien dat het werkt en dat het helpt".

Bij een lerende organisatie hoort volgens de respondenten ook het aanbieden van trainingen en meetings rondom het komen tot het werken van eHealth in de geïntegreerde zorg. Daarnaast ook een goede samenwerking met de diverse betrokken groepen en medewerkers mee laten denken in alle fasen van de ontwikkeling van eHealth. Onderstaande reacties van de respondenten illustreren dat:

R9: "Goeie trainingen voor medewerkers maar ook faciliteiten voor onze cliënten, zodat zij gebruik kunnen maken van eHealth".

R8: "Dat het vanuit de basis uitgelegd wordt aan de teams. Daarna de teams de ruimte geven om er zelf mee aan de slag te gaan".

R1: "Allemaal bij elkaar, met bijvoorbeeld een taart of lunch, om commitment te creëren".

5. Discussie

In deze paragraaf worden de resultaten besproken in relatie tot de beschikbare wetenschappelijke literatuur. Dit betekent de relatie tussen de resultaten en het theoretisch kader (hoofdstuk 2). Dit onderzoek laat zien dat het van belang is om bij grote organisatorische veranderingen uit te gaan van een model, in het geval van dit onderzoek gebruiken we het 3D model, en dat de medewerkers worden meegenomen in de grote veranderingen die spelen binnen een organisatie. Nog niet eerder is het 3D model gebruikt om een technologische verandering te onderzoeken. In dit onderzoek wordt het 3D model ingezet om de belemmeringen en facilitatoren die spelen bij het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg te identificeren en naar aanleiding van de geïdentificeerde punten aanbevelingen te doen. Bij de uitwerking van deze paragraaf hanteren we de volgorde zoals die het gehele onderzoek is gevolgd.

Als eerste zien we terugkomen dat op dit moment geïntegreerde zorg binnen divisie Wonen zich vooral afspeelt tussen cliënt en hulpverlener of misschien in veel gevallen nog tussen hulpverlener en cliënt. Echter wordt vanuit de literatuur cliënt in de lead gezet bij de geïntegreerde zorg (Goodwin, 2016, p. 1). De literatuur gaat uit van de cliënt die zijn eigen hulpverleningstraject organiseert met zijn naasten, familie en betrokken hulpverleners ondersteund door eHealth. Dit betekent voor divisie Wonen dat er gekeken moet gaan worden naar de invulling van de hulpverlening, om ervoor zorg te gaan dragen dat cliënt in de lead gaat komen van zijn eigen hulpverleningstraject. Of zoals Coeckelbergh (2013, p. 815) het zegt, dit vraagt van de hulpverlener een andere beroepshouding en skills om die beroepshouding vorm te geven.

Vanuit de interviews komt naar voren dat het concept eHealth bij meer dan 50% van de respondenten niet bekend is. 6 respondenten geven aan het niet te kennen, 2 respondenten kennen het vanuit hun vorige werk maar zetten het nu niet in, 2 respondenten geven aan het woordje eHealth te kennen maar geven er beide een andere betekenis aan. Het gegeven dat eHealth als concept niet bekend is binnen divisie Wonen komt de onderzoeker niet vreemd voor en dit vindt ook zijn weerklank in de literatuur (Parmar, et al., 2021, p. 5). eHealth is een onderwerp dat nog in de kantlijn plaatsvindt, waardoor het niet zichtbaar is voor de meeste van de medewerkers die werkzaam zijn binnen divisie Wonen. Daarbij roept het concept eHealth een gevoel van weerstand op. Dat lijkt hem niet te zitten in het woordje eHealth maar meer in het concept wat een andere werkhouding vraagt van de organisatie en medewerkers.

Als derde toont het onderzoek aan dat vanuit de wetenschappelijke literatuur al langere tijd een signaal komt waarin wordt aangegeven dat het komen tot het werken met eHealth in geïntegreerde zorg aandacht en tijd vraagt (Schreiweis, et al., 2019). In de dagdagelijkse praktijk, wat ook terugkwam uit de gesprekken met de respondenten, is die kennis wel aanwezig van aandacht en tijd, alleen lijkt het de organisatie niet te lukken om die aandacht en tijd ook daadwerkelijk te nemen. Als het gaat over de belemmeringen die spelen rondom het komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg worden er 7 belemmeringen geïdentificeerd vanuit de gesprekken met de respondenten. Deze 7 belemmeringen hebben betrekking op alle 3 de dimensies vanuit het 3D model, de functionele -, sociale- en infrastructurele dimensie. De literatuur geeft aan dat een cruciale factor om een effectieve organisatie te zijn dat een organisatie het vermogen moet hebben om zich aan te passen aan de veranderingen (French & Delahaye, 1996, p. 22). Vanuit de gesprekken met de respondenten wordt dit herkend, echter wordt er gesignaleerd vanuit de respondenten dat de organisatie op dit moment hier niet toe in staat lijkt. 1 van de belangrijkste redenen die hiervoor werd gegeven en die we ook kunnen plaatsen op de functionele dimensie waren de signalen van de

respondenten dat het ontbreken van een eenduidige visie ervoor zorgt dat er niet goed wordt nagedacht over de interventies die moeten plaatsvinden op het gebied van diagnose, design, implementatie en evaluatie. Hierdoor worden binnen de organisatie geen voorwaarden gecreëerd om het realiseren van het doel van de interventie te behalen en dat is voor dit onderzoek het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Op het gebied van de sociale dimensie – wat gaat over de medewerkers die bepaalde taak-gerelateerde interacties uitvoeren (Stinchcombe, 2000, p. 229) binnen de organisatie. Wat gaat over de aspecten die te maken hebben met de acceptatie en integratie van de infrastructurele verandering in het gedrag van medewerkers binnen de organisatie (Jackson, 1989, p. 411). Dat zegt dat de organisatie moet nadenken over de sociale dimensie alvorens er een transitie ingezet gaat worden, in dit geval het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Echter horen we terug vanuit de respondenten dat dit niet gebeurt, wat vervolgens zijn invloed heeft op de 3 doelen die horen bij de sociale dimensie; motivatie, adaptatie en integratie. Hierin horen we vanuit de respondenten terugkomen wat door de literatuur bevestigd wordt, namelijk weerstand, verliezen ervaren op het gebied van iets van waarde of bang zijn voor de verandering omdat medewerkers bang zijn dat ze niet instaat zijn om de nieuwe vaardigheden en/of gedrag te ontwikkelen die horen bij de het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg (Schreiweis, et al., 2019, p. 4) (Kotter J. P., 1995, p. 4) (Kotter & Schlesinger, 2013, p. 4). De infrastructurele dimensie moet de randvoorwaarden creëren voor het realiseren van de functionele- en sociale doelen van de interventie, in dit geval het komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg. Vanuit de respondenten komt vaak en veel de vraag of dat de organisatie wel in staat zal blijken om eHealth te kunnen ondersteunen op het vlak van financiële steun, voldoende personeel en IT-middelen. Vanuit de literatuur komt het signaal dat dit goed geborgd moet zijn om een nieuwe innovatie te adopteren (Parmar, et al., 2021, p. 5). Op dit moment lijkt dit nog niet goed geborgd. Wat daarbij ook een rol lijkt te spelen is het ontbreken van een eenduidige visie binnen de verschillende lagen binnen de organisatie. Wat vervolgens zorgt voor een scheve verhouding tussen innovatie- en organisatiecultuur binnen de organisatie waardoor er geen breder begrip is hoe eHealth te gebruiken binnen de geïntegreerde zorg en ingezet moet worden (Leonardi & Barley, 2008, p. 172).

Als vierde toont dit onderzoek aan dat er vanuit de literatuur facilitatoren worden aangereikt om te komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg. Als het gaat over de facilitatoren die spelen rondom het komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg worden er 6 facilitatoren geïdentificeerd vanuit de gesprekken met de respondenten. Deze 6 facilitatoren hebben betrekking op alle 3 de dimensies vanuit het 3D model, de functionele -, sociale- en infrastructurele dimensie. Bij de functionele dimensie gaat het over interventies op het gebied van diagnose, design, implementatie en evaluatie. Deze stappen vormen gezamenlijk de regulatieve cyclus (De Leeuw, 1994) waar het probleem (of een andere reden voor verandering) wordt gediagnosticeerd, een oplossing wordt ontworpen, uitgevoerd en geëvalueerd. 1 van de belangrijkste facilitatoren die hier gaat helpen wordt zowel door de literatuur aangereikt als ook vanuit de gesprekken met de respondenten is het creëren en hebben van een visie. Om bij die visie te komen is er een goede analyse (diagnose) nodig van de huidige problemen (Woodman, 2014, p. 470) en analyse van de daaraan gerelateerde oorzaken. Respondenten geven aan dat zij graag zouden willen meedenken als ze hiervoor de ruimte ervaren echter op dit moment vindt dit nog niet plaats binnen divisie Wonen. Bij de sociale dimensie gaat het over het sociale karakter van de organisatie, die zich afspelen op de 3 doelen van de sociale dimensie; motivatie, adaptatie en integratie. Vanuit de literatuur worden veel facilitatoren aangereikt om motivatie, adaptatie en integratie vorm te geven, te denken valt aan Parmar et. al (2021), Karp (2006), Schreiweis, et. al (2019), Kotter en Schlesinger (2013) echter krijgen

de aangereikte facilitatoren, volgens de respondenten, nog geen vorm binnen divisie Wonen. Vanuit de respondenten komt naar voren dat er op dit moment geen facilitatoren worden vormgegeven op het gebied van de sociale dimensie binnen divisie Wonen om te komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg. De respondenten kunnen wel benoemen wat voor hun facilitatoren zouden zijn om te komen tot het werken met eHealth, die komen vervolgens overeen met de facilitatoren aangereikt vanuit de literatuur. De infrastructurele dimensie moet de randvoorwaarden creëren voor het realiseren van de functionele- en sociale doelen van de interventie, in dit geval het komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg. Vanuit de literatuur worden handvatten aangereikt om dit op een goede manier te doen (Kotter & Schlesinger, 2013) (Karp, 2006) echter vanuit de gesprekken met de respondenten ging het hier niet tot nauwelijks over. Tijdens de gesprekken is het gegaan over het creëren van visie, het hebben van eenzelfde visie die breed gedragen wordt door de organisatie en die door een positieve directie wordt uitgedragen. Vervolgens komt hieruit naar voren dat medewerkers betrokken raken bij het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Dit zou betekenen dat divisie Wonen goed moet nadenken over de infrastructurele dimensie om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Gedacht moet dan worden aan een uitgebalanceerd team van mensen toewijzen en de juiste IT-middelen om bewuste episodische interventies in de organisatie vorm te geven, in dit geval het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg binnen divisie Wonen.

6. Conclusie

6.1 Conclusies

Vanuit wetenschappelijk- onderzoek en literatuur komt het signaal om de zorg in de toekomst kwalitatief hoogwaardig, toegankelijk en betaalbaar te houden en dat eHealth de meest voor de hand liggende strategische mogelijkheid is om de “kloof” tussen zorgvraag en zorgaanbod te dichten. Tegelijkertijd wordt aangegeven dat het invoeren van eHealth in de hulpverlening niet vanzelf gaat (Politiek & Hoogendijk, 2014, p. 16).

De onderzoeksvraag die voor dit onderzoek is geformuleerd was: “Welke belemmeringen en facilitatoren zijn er volgens de literatuur en medewerkers om te komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg?” Op basis van de resultaten beschreven in hoofdstuk 4 en besproken in hoofdstuk 5 kunnen onderstaande conclusies worden getrokken met betrekking tot de onderzoeksvraag. We hanteren in de uitwerking de volgorde zoals we die het gehele onderzoek al hanteren. De conclusies rondom de belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg worden uitgewerkt aan de hand van de 3 dimensies vanuit het 3D model.

Op het vlak van geïntegreerde zorg kan er geconcludeerd worden dat naar aanleiding van dit onderzoek het concept van geïntegreerde zorg gaat over de cliënt en het inzetten van zijn naasten, familie en hulpverleners om zijn doelen te behalen voor zijn herstel ondersteunt door eHealth. Het concept geïntegreerde zorg zoals het door de respondenten wordt omschreven gaat over de relatie tussen de hulpverlener en cliënt. De onderzoeker moest doorvragen om nog andere aspecten benoemt te krijgen die aanwezig zijn bij geïntegreerde zorg zoals naasten, familie, vrienden, netwerk, zinvolle dagbesteding en andere vormen van hulpverlening ondersteund door eHealth. Naar aanleiding van de resultaten vanuit dit onderzoek is de conclusie dat het concept geïntegreerde zorg nog nader uitgewerkt moet worden.

Het concept eHealth wordt door 6 respondenten niet herkend. Zij geven aan het woord eHealth niet te kennen. 2 respondenten geven aan dat zij eHealth kennen vanuit hun vorige werk, maar dat zij het niet herkennen/gebruiken in het huidige werk en zij zijn ook niet op de hoogte of het daadwerkelijk gebruikt wordt binnen divisie Wonen. 2 respondenten geven aan dat ze het woordje eHealth kennen, maar de betekenis van eHealth duiden ze beide verschillend aan. Hieruit blijkt dat de kennis rondom het concept eHealth in de praktijk niet aanwezig is. Voor divisie Wonen is het belangrijk om een breed gedragen visie op eHealth te gaan creëren en de daarbij behorende visie hoe eHealth de geïntegreerde zorg kan ondersteunen.

Voor de uitwerking van de belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg hebben we gebruik gemaakt van het 3D model van Achterbergh en Vriens (2019). Daarmee is dit onderzoek vernieuwend voor de wetenschap want nog niet eerder is het 3D model toegepast op een technologische interventie en dit onderzoek laat zien dat dit mogelijk is.

We werken de conclusies rondom de belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg uit aan de hand van de 3 dimensies die zijn aangereikt vanuit het 3D model van Achterbergh en Vriens (2019) te weten: de functionele dimensie, sociale dimensie en infrastructurele dimensie. Bij de functionele dimensie concluderen we als belemmering dat de voorwaarden niet worden gecreëerd om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Het ontbreken van een eenduidige visie zorgt ervoor dat er niet nagedacht wordt

en/of kan worden nagedacht over de interventies die moeten plaatsvinden om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. De facilitatoren die hierbij gaan helpen is het creëren van een visie, door een goede analyse te maken van de huidige problemen en analyse van de daaraan gerelateerde oorzaken en hiermee een start te maken om de interventiefases van het 3D model te doorlopen, te weten diagnose, design, implementatie en evaluatie.

De sociale dimensie gaat over de medewerkers die bepaalde taak-gerelateerde interacties uitvoeren (Stinchcombe, 2000, p. 229) binnen de organisatie. Dat gaat over de aspecten die te maken hebben met de acceptatie en integratie van de infrastructurele verandering in het gedrag van medewerkers binnen de organisatie (Jackson, 1989, p. 411). Dat zegt dat de organisatie moet nadenken over de sociale dimensie alvorens er een transitie ingezet gaat worden, in dit geval het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. De conclusie op het vlak van de belemmeringen bij de sociale dimensie, naar aanleiding van dit onderzoek, is dat hier geen tijd en ruimte voor is geweest en gemaakt. Hierdoor is er niet nagedacht over hoe de medewerkers te motiveren, hoe te zorgen dat de medewerkers eHealth binnen de geïntegreerde zorg gaan adapteren en zelfs gaan integreren in hun werk. Dit heeft vervolgens andere belemmeringen in de hand gewerkt, te denken valt dan aan weerstand, verlies ervaringen en angst voor het moeten aanleren van nieuwe vaardigheden waar medewerkers misschien niet toe in staat zijn. Als het gaat over de facilitatoren om deze dimensie mogelijk te maken is de conclusie naar aanleiding van dit onderzoek dat dit nog niet wordt vormgegeven. De respondenten kunnen wel benoemen wat voor hun facilitatoren zouden zijn om te komen tot het werken met eHealth, die komen vervolgens overeen met de facilitatoren aangereikt vanuit de literatuur op het gebied van de sociale dimensie.

De infrastructurele dimensie moet de randvoorwaarden creëren voor het realiseren van de functionele- en sociale doelen van de interventie, in dit geval het komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg. Belemmeringen die op deze dimensie naar voren komen vanuit dit onderzoek zijn het niet hebben van een eenduidige visie op het gebruik van eHealth in de geïntegreerde zorg, waardoor er een scheve verhouding ontstaat tussen innovatie- en organisatiecultuur. Dat zorgt er vervolgens voor dat niet de juiste mensen en juiste middelen worden toegewezen om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Facilitatoren om deze dimensie te laten slagen zijn het creëren van een eenduidige visie, die visie breed uitdragen en naar aanleiding van deze visie een uitgebalanceerd team van mensen toewijzen en de juiste IT-middelen om bewuste episodische interventies in de organisatie vorm te geven, in dit geval het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg binnen divisie Wonen.

6.2 Beperkingen

Hoewel dit onderzoek een aantal belangrijke bijdragen heeft opgeleverd om te komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg in divisie Wonen, heeft dit onderzoek ook enkele beperkingen. De eerste beperking is dat dit een kwalitatief onderzoek is waardoor het aantal respondenten beperkt is gebleven tot 10. De respondenten komen uit alle lagen van divisie Wonen, echter door een beperkt aantal – is het nodig om na dit onderzoek een brede survey uit te zetten om te onderzoeken of de conclusies vanuit dit onderzoek breed gedragen worden binnen divisie Wonen.

De tweede beperking is de beperkte kennis van de respondenten over het concept eHealth binnen de geïntegreerde zorg. Voor sommige respondenten was het de eerst keer dat zij hoorde van het woordje eHealth tijdens deelname aan dit onderzoek. Dit onderbouwt aan de ene kant het belang van dit onderzoek, maar dat geeft ook bij sommige vragen dat de respondenten geen antwoorden konden geven en dat deelname aan het onderzoek zelfs een vorm van voorlichting was rondom het onderwerp eHealth.

De derde beperking is dat dit onderzoek een diepgaande casestudy is over de belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg in een specifieke setting (divisie Wonen). De gevonden resultaten vanuit de literatuur zullen hierdoor een externe validiteit hebben, echter de resultaten verkregen vanuit de interviews hebben een beperkte externe validiteit. De algemene inzichten van dit onderzoek met betrekking tot belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth binnen geïntegreerde zorg kunnen worden gebruikt als inspiratie voor andere onderzoeken.

6.3 Aanbevelingen

Op basis van de beschreven resultaten en conclusies kunnen er enkele aanbevelingen worden gedaan met betrekking tot toekomstig wetenschappelijk onderzoek. Dit onderzoek toont de meerwaarde aan van het gebruik van een tijdelijke episodische interventieorganisatie (3D model) in relatie tot een technische innovatie. Uit dit onderzoek bleek dat door een bredere blik te werpen op het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg en die te verbinden aan de dimensies vanuit het 3D model, dat het handvatten geeft om een technologische innovaties binnen een organisatie vorm te geven. Daarom is het aan te raden bij vervolgonderzoeken om het 3D model meer in te zetten als model.

Verder zijn, zoals eerder beschreven, de gerelateerde belemmeringen en facilitatoren niet volledig representatief voor het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg in andere sectoren. Want verschillende sectoren zullen verschillende kenmerken hebben die van belang zijn voor of invloed hebben op het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Het verdient daarom de aanbeveling om het onderzoek naar de belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg in andere sectoren te doen. Op die manier kan de in dit onderzoek ontwikkelde theorie worden verfijnd om deze representatiever en toepasbaar te maken voor meerdere sectoren. Tenslotte verdient het aanbeveling voor dit specifieke geval (divisie Wonen) om ook onderzoek te doen naar het gebruik van eHealth in de geïntegreerde zorg als dit volledig is geïmplementeerd binnen de divisie.

Er kunnen ook enkele aanbevelingen voor de praktijk worden gedaan. Ten eerste kunnen organisaties die willen komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg, gebruik maken van de inzichten om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg die dit onderzoek oplevert, als inspiratie om voor zichzelf te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Organisaties kunnen er met name voor zorgen dat de in dit onderzoek geïdentificeerde facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg ook aanwezig zijn in hun eigen ontwikkeling om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Daarnaast kunnen andere organisaties, door inzicht te hebben in de belemmeringen die een andere organisatie heeft tijdens het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg, vooraf nadenken over en het inbouwen van elementen in het komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg, waardoor de negatieve effecten van de geïdentificeerde belemmeringen voorkomen kunnen worden.

De aanbevelingen voor divisie Wonen worden onderverdeeld in de 3 dimensies van het 3D model. Op de functionele dimensie is het nodig om een vervolg survey uit te zetten om de resultaten vanuit dit onderzoek breder te onderzoeken. De reden hiervoor is dat dit onderzoek een kwalitatief onderzoek is, gebonden aan tijd, waardoor een select groepje van 10 medewerkers zijn geïnterviewd. Om breed draagvlak te krijgen om te komen tot het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg in divisie Wonen is het nodig om dit breder te toetsen. Daarnaast is het belangrijk voor divisie Wonen om de 4 interventie fasen (diagnose, design, implementatie en evaluatie) te doorlopen in het proces tot het komen met het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg.

Op het vlak van de sociale dimensie zal divisie Wonen moeten gaan nadenken over de motivatie, adaptatie en integratie bij medewerkers om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. Hier zal divisie Wonen tijd en aandacht aan moeten besteden voordat de interventie start maar ook tijdens de interventie. Hiervoor kan divisie Wonen gebruik maken van de aangereikte facilitatoren vanuit de wetenschappelijke literatuur om deze dimensie vorm te geven.

De aanbeveling op de infrastructurele dimensie gaat over het creëren van een roadmap om te komen tot het werken met eHealth in de geïntegreerde zorg. In het huidige werkklimaat van divisie Wonen is snelheid soms de reden om onderwerpen niet goed te implementeren, waardoor er ook geen ruimte gemaakt wordt voor een episodische interventie organisatie. Vanuit het onderzoek komt naar voren dat het werken met eHealth binnen de geïntegreerde zorg een nieuwe manier van werken/denken vraagt van de medewerkers. Om daar te komen vraagt dat van divisie Wonen een duidelijk plan waarin alle onderdelen van de verandering in verankerd zijn door middel van een episodische interventie organisatie aan de hand van het 3D model en daarbij ook het nadenken en het toewijzen van genoeg middelen op het vlak van financiën, medewerkers en IT.

Bibliografie

- Achterbergh, J., & Vriens, D. (2019). *Organizational development: designing episodic interventions*. London & New York: Routledge.
- Ansari, S. M., Fiss, P. C., & Zajac, E. J. (2010). Made to fit: How practices vary as they diffuse. *Academy of management review*, 67-92.
- Appelbaum, E., Bailey, T., Berg, P., Kalleberg, A. L., & Bailey, T. A. (2000). *Manufacturing advantage: Why high-performance work systems pay off*. Cornell University Press.
- Balogun, J. (2006). Managing change: Steering a course between intended strategies and unanticipated outcomes. *Long range planning*, 39(1), 29-49.
- Ben-Eli, M. U. (1989). Strategic planning and management reorganization at an academic medical center: use of the VSM in guiding diagnosis and design. *The viable system model: Interpretations and Applications of Stafford Beer's VSM*.
- Bernerth, J. B., Walker, H. J., & Harris, S. G. (2011). Change fatigue: Development and initial validation of a new measure. *Work & Stress - Vol. 25, No. 4*, 322-337.
- Black, A. D., Car, J., Pagliari, C., Anandan, C., Cresswell, K., Bokun, T., . . . Sheikh, A. (2011). The impact of eHealth on the quality and safety of health care: a systematic overview. *PLoS medicine*, 1-16.
- Bleijenbergh, I. L. (2013). *Kwalitatief onderzoek in organisaties*. Den Haag: Boom Lemma.
- Boogerd, E. A., Arts, T., & Engelen, L. J. (2015). What is eHealth?: time for an update? *JMIR research protocols*.
- Boonstra, J. J., Steensma, H. O., & Dement, M. I. (1997). *Ontwerpen en ontwikkelen van organisaties*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Brisson-Banks, C. V. (2010). Managing change and transitions: a comparison of different models and their commonalities. *Library Management*, 241-252.
- Britten, N., Ekman, I., Naldemirci, Ö., Javinger, M., Hedman, H., & Wolf, A. (2020). Learning from Gothenburg model of person centred healthcare. *British Medical Journal*, 1-6.
- Burke, W. W. (2004). Organization Development What We Know and What We Need to Know Going Forward. 1-13. Opgehaald van <http://citeseerx.ist.psu.edu: http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.690.5371&rep=rep1&type=pdf>
- Coeckelbergh, M. (2013). E-care as craftsmanship: virtuous work, skilled engagement, and information technology in health care. *Medicine, health care and philosophy*, 807-816.
- Couwenber, C., van Erp, N., Kroon, H., van Weeghel, J. (2021). *GGZ Standaarden*. Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVvP).
- De Leeuw, A. C. (1994). *Besturen van veranderingsprocessen*. Assen: Van Gorcum.
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health. *Journal of medical internet research*.
- French, E., & Delahaye, B. (1996). Individual change transition: moving in circles can be good for you. *Leadership & Organization Development Journal*, 22-28.
- GGZ Nederland. (2013). *Factsheet "e-Mental health in the Netherlands"*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational research methods*, 16(1), 15-31.
- Goodwin, N. (2016). Understanding Integrated Care. *International Journal of Integrated Care*, 16(4), 1-4.
- Griebel, L., Pobiruchin, M., & Wiesner, M. (2015). *Report on the MIE 2015 Workshop: Consumer Health Informatics—Barriers and Facilitators of eHealth Usage among Consumers*.
- Hanelt, A., Bohnsack, R., Marz, D., & Antunes Marante, C. (2021). A systematic review of the literature on digital transformation: Insights and implications for strategy and organizational change. *Journal of Management Studies*, 58(5), 1159-1197.

- Howard, N. (1995). Organisational Fitness: Corporate Effectiveness Through Management Cybernetics. *Journal of the Operational Research Society*, 46(2), 266-268.
- Jackson, M. C. (1989). Evaluating the managerial significance of the VSM. *The Viable System Model: Interpretations and Applications of Stafford Beer's VSM*, 407-439.
- Johansson, M., Sinadinovic, K., Hammarberg, A., Sundström, C., Hermansson, U., Andreasson, S., & Berman, A. H. (2017). Web-based self-help for problematic alcohol use: a large naturalistic study. *International journal of behavioral medicine*, 24(5), 749-759.
- Karp, T. (2006). Transforming organisations for organic growth: The DNA of change leadership. *Journal of Change Management*, 3-20.
- Keijser, W. A., Penterman, L., van Montfort, A. P., Smits, J. G., & Wilderom, C. P. (2017). The 7 Habits of Highly Effective Implementation of eHealth Enabled Integrated Care. *International journal of integrated care*.
- Kodner, D. L. (2009). All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)*, 13,, 6-15.
- Kotter, J. P. (1995). Leading change: Why transformation efforts fail. *Havard Business Review*, 1-12.
- Kotter, J. P., & Schlesinger, L. A. (2013). Choosing strategies for change. *Havard Business Review*, 1-12.
- Langley, A., & Abdallah, C. (2011). Templates and turns in qualitative studies of strategy and management. In *Building methodological bridges*. Emerald Group Publishing Limited. No. 6, 201-235.
- Leonardi, P. M., & Barley, S. R. (2008). Leonardi, P. M., & Barley, S. R. (2008). Materiality and change: Challenges to building better theory about technology and organizing. Information and organization. *Information and organization*, 18(3), 159-176.
- Malik, P., & Lenka, U. (2019). Exploring the impact of perceived AMO framework on constructive and destructive deviance: Mediating role of employee engagement. *International Journal of Manpower*, 994 - 1011.
- Marge Noteboom. (2021, augustus 8). *Expertise Centrum E-Health*. Opgehaald van <https://parnassiagroep.sharepoint.com/teams/expertise-centrum-e-health/SitePages/Ehealth-algemeen.aspx>
- McElroy, W. (1996). Implementing strategic change through projects. *International Journal of Project Management*, 325-329.
- Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M., & Wolf, A. (2017). Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(4), 662-673.
- Myers, M. D. (2019). *Qualitative research in business and management*. Londen: Sage.
- Oh, H., Rizo, C., Enkin, M., & Jadad, A. (2005). What is eHealth(3): A systematic review of published definitions. *J Med Internet Res*, 7(1), 32-40.
- Orb, A., Eisenhauer, L., & Wynaden, D. (2001). Ethics in qualitative research. *Journal of nursing scholarship*, 33(1), 93-96.
- Orlikowski, W. J. (2000). Using technology and constituting structures: A practice lens for studying technology in organizations. *Organization science*, 11(4), 404-428.
- Orlikowski, W. J., & Hofman, J. D. (1997). An improvisational model for change management: The case of groupware technologies. *Sloan management review*, 38, 11 - 22.
- Parmar, J., Sacrey, L. A., Anderson, S., Charles, L., Dobbs, B., McGhan, G., . . . Triscott, J. (2021). Facilitators, barriers and considerations for the implementation of healthcare innovation: A qualitative rapid systematic review. *Health & Social Care* , 1-13.

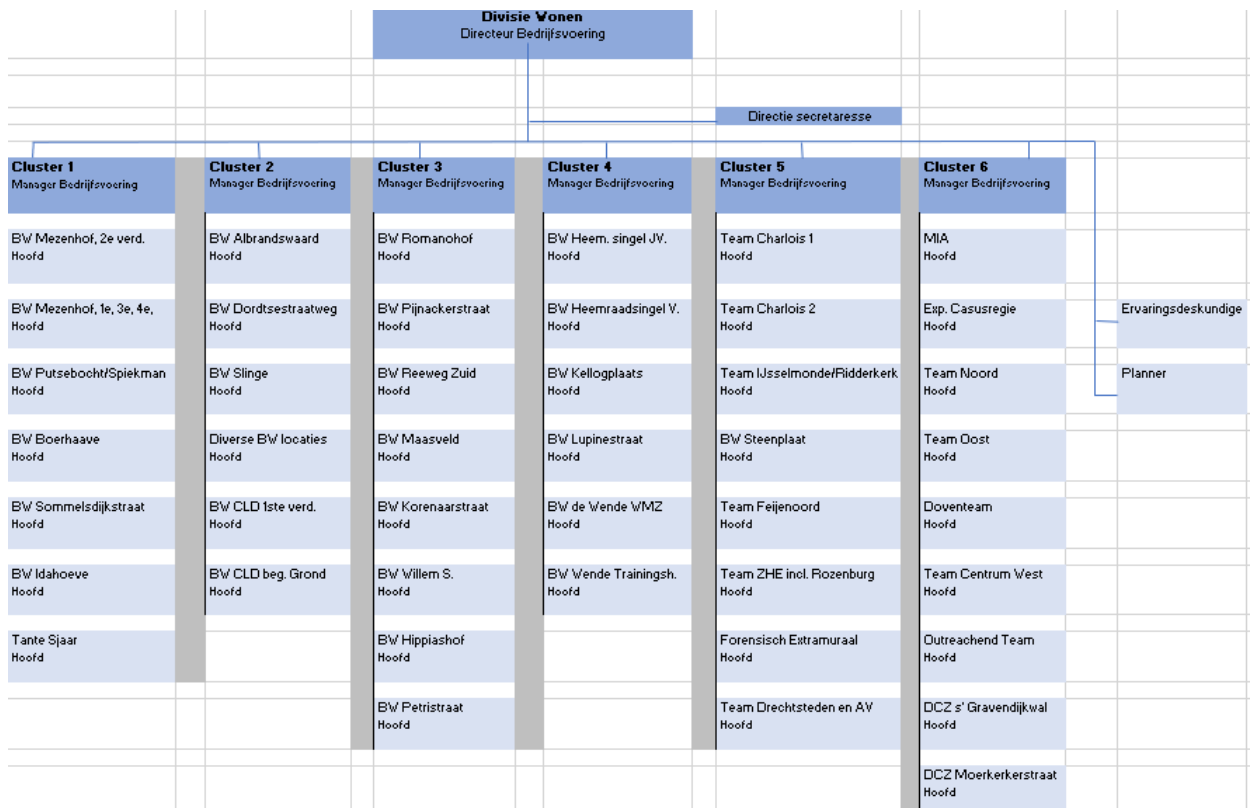
- Phanareth, K., Vingtoft, S., Christensen, A. S., Nielsen, J. S., Svenstrup, J., Berntsen, G. K., . . . Kayser, L. (2017). The Epital Care Model: a new person-centered model of technology-enabled integrated care for people with long term conditions. *JMIR research protocols*, 6(1), e6.
- Politiek, C., & Hoogendijk, R. (2014). *Co-creatie ehealthboek*. Kranenburg/Houten: GBE communicatie.
- Pollack, J., & Pollack, R. (2015). Using Kotter's eight stage process to manage an organisational change program: Presentation and practice. *Systemic Practice and Action Research*, 28(1), 51-66.
- Powell, B. J., McMillen, J. C., Proctor, E. K., Carpenter, C. R., Griffey, R. T., Bunger, A. C., & ... & York, J. L. (2012). A compilation of strategies for implementing clinical innovations in health and mental health. *Medical care research and review*, 123-157.
- President's Committee on Health Education. (1974). *The concept of planned, hospital-based patient education programs*. 1-10: Health Education Monographs.
- Ross, J., Stevenson, F., Lau, R., & Murray, E. (2016). Factors that influence the implementation of e-health: a systematic review of systematic reviews (an update). *Implementation science*, 11(1), 1-12.
- Rotterdam, G. (2021). *Heel de stad*. Gemeente Rotterdam: Rotterdam.
- Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Helth expectations*, 429 - 440.
- Scholten, M. R., Kelders, S. M., Gemert-Pijnen, V., & Julia, E. W. (2019). An empirical study of a pedagogical agent as an adjunct to an eHealth self-management intervention: what modalities does it need to successfully support and motivate users? *Frontiers in psychology*, 10, 1063., 1-14.
- Schreiweis, B., Pobiruchin, M., Strotbaum, V., Suleder, J., Wiesner, M., & Bergh, B. (2019). Barriers and facilitators to the implementation of eHealth services: systematic literature analysis. *Journal of medical Internet research*, 21(11), 1-12.
- Simonds, S. K. (1963). Health education and medical care: focus on the patient. *Health Education Monographs*, 1(16), 32-40.
- Smith, D. (2003). Five principles for research ethics. *Monitor on psychology*, 34(1), 56.
- Stinchcombe, A. L. (2000). Social structure and organizations. *Advances in Strategic Management*, vol. 17, 229-259.
- Suciu, C., & Baughn, C. (2016). Design Thinking and Organizational Change: Developing a Human-Centered Culture. In European Conference on Innovation and Entrepreneurship (p.). *Academic Conferences International Limited.*, 787 - 793.
- van der Geest, L., Boudeling, M., & Janssen, W. (2013). *Gezond online. control met eHealth*. Utrecht: Nyfer.
- Venkatesh, V., & Bala, H. (2008). Technology acceptance model 3 and a research agenda on interventions. *Decision sciences*, 39(2), 273-315.
- Verschuren, P., & Doorewaard, H. (2016). *Het ontwerpen van een onderzoek*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- Versluis, A., van Luenen, S., Meijer, E., Honkoop, P. J., Pinnock, H., Mohr, D. C., . . . van der Kleij, R. M. (2020). eHealth in primary care. Part 4: Addressing the challenges of implementation. *European Journal of General Practice* no. 26, 140-145.
- Weick, K. E., & Quinn, R. E. (1999). Organizational change and development. *Annual review of psychology*, 50(1), 361-386.
- Wentzel, J., van der Vaart, R., Bohlmeijer, E. T., & van Gemert-Pijnen, J. E. (2016). Mixing online and face-to-face therapy: how to benefit from blended care in mental health care. *JMIR mental health*, 3(1), e9., 1-7.

- Woodman, R. W. (2014). The science of organizational change and the art of changing organizations.
The Journal of Applied Behavioral Science, 50(4), , 463-477.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods* (Vol. 5). California: Sage Inc.

Appendix

Bijlage 1.	Organogram divisie Wonen
Bijlage 2.	Begeleidend schrijven
Bijlage 3.	Toestemmingsverklaring
Bijlage 4.	Interview vragen
Bijlage 5.	Datastructuur

Bijlage 1. Organogram divisie Wonen



Bijlage 2. Begeleidend schrijven

Beste collega,

Afgelopen 1,5 jaar heb ik een masterstudie gevolgd aan de Radboud Universiteit in de richting van Bedrijfskunde. Om af te studeren ben ik bezig met een afstudeeronderzoek. Hierin onderzoek ik de belemmeringen en facilitatoren om te komen tot het werken met eHealth in onze hulpverlening binnen divisie Wonen. Door collega's te interviewen op alle lagen binnen onze divisie wil ik mijn onderzoeksvraag gaan beantwoorden. Het interview met jou zal vooral gaan over jouw persoonlijke ervaring met eHealth binnen het hedendaagse werk en wat volgens jou belemmeringen en facilitatoren zijn om te komen tot het werken met eHealth binnen onze divisie

Het interview zal semi gestructureerd zijn. Dit betekent dat er een set aan open vragen van tevoren geformuleerd zijn en dat we tijdens het interview die vragen gaan beantwoorden. Semi gestructureerd houdt ook in dat de vragen die op papier staan een basis vormen voor het gesprek, dat betekent dat de mogelijkheid bestaat om verdiepende vragen te stellen tijdens het interview. Voor het interview hoeft niets voorbereid te worden. Het interview zal ongeveer een uur duren.

Om ervoor te zorgen dat, na het afnemen van de interviews, de informatie gecheckt kan worden door jou en ik jou kan informeren over het verdere verloop van het onderzoek, houd ik een lijst met gegevens bij van de collega's die hebben deelgenomen. Deze gegevens zijn alleen voor mij inzichtelijk en zullen ook niet gedeeld worden met derden.

Tijdens het interview is het nodig om een audio opname te maken van het interview, zodat ik de informatie zo volledig en accuraat kan weergeven en analyseren. Deze audio opname zal alleen worden gebruikt voor dit onderzoek en zal niet gedeeld worden met andere personen of voor andere (onderzoek) doeleinden gebruikt worden.

Om jouw privacy te waarborgen zullen in de onderzoeksresultaten jouw gegevens losgekoppeld worden. Dit betekent dat jouw gegevens geanonimiseerd worden door middel van een respondentennummer. Alleen ik weet welke respondentennummer bij welke persoon hoort.

Jouw persoonlijke gegevens zullen 1 jaar na het afronden van het onderzoek verwijderd worden. Na dit jaar zal ik daarom niet meer in staat zijn om de onderzoeksgegevens naar jou te herleiden. Ook heb je 1 jaar na het afronden van het onderzoek de mogelijkheid, om mij te verzoeken jouw onderzoeksgegevens te verwijderen. Dat kan je doen door middel van een schriftelijk (m.verhoeve@anteszorg.nl) verzoek.

Jouw deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig een anoniem. Na het afronden van het onderzoek en het verdedigen ervan, zal ik het onderzoek delen met jou.

Ik hoop je hierbij voldoende geïnformeerd te hebben.
Als je nog vragen hebt, dan hoor ik dit graag.

Met vriendelijke groet,

Maarten Verhoeve
m.verhoeve@anteszorg.nl

Bijlage 3. Toestemmingsverklaring

Voor mijn deelname aan het onderzoek over belemmeringen en facilitatoren om te komen te het werken met eHealth binnen onze divisie verklaar ik hierbij dat:

- ik voldoende geïnformeerd ben over dit onderzoek
- ik de bijgevoegde begeleidende brief over dit onderzoek heb gelezen
- ik de mogelijkheid heb gekregen om vragen te stellen over dit onderzoek
- ik volledig vrijwillig deelneem aan dit onderzoek

Ik begrijp dat:

- ik het recht heb om op elk moment mijn deelname aan dit onderzoek in te trekken zonder enig uitleg. Dit kan door Maarten Verhoeve schriftelijk hiervan op de hoogte te brengen via m.verhoeve@anteszorg.nl
- ik het recht heb om de onderzoeksgegevens die ik tijdens het interview verstrekt heb, te laten verwijderen tot 1 jaar nadat het onderzoek is voltooid. Dit door Maarten Verhoeve schriftelijk hiervan op de hoogte te brengen via m.verhoeve@anteszorg.nl
- de onderzoeker, Maarten Verhoeve, vertrouwelijk zal omgaan met mijn persoonlijke gegevens en onderzoeksgegevens.
- de onderzoeker, Maarten Verhoeve, mij inzage zal verstrekken in hoe mijn onderzoeksgegevens in de onderzoeksresultaten zijn verwerkt.

Ik ga akkoord dat:

- mijn persoonlijke gegevens en onderzoeksgegevens worden verzameld in dit onderzoek voor wetenschappelijke doeleinden
- mijn persoonlijke gegevens alleen voor administratieve doeleinden verzameld zullen worden, maximaal 1 jaar na afronden van het onderzoek bewaard zullen blijven
- de begeleidende professor van de onderzoeker en de beoordelaar(s) van het onderzoek mijn onderzoeksgegevens mogen inzien, met als doel de onderzoeker te begeleiden en te beoordelen.

Ik geef toestemming om:

- de persoonlijke gegevens (naam, emailadres en telefoonnummer) te gebruiken
- audio opnames te maken van het interview
- de inhoud van de audio opnames te gebruiken voor onderzoeksdoeleinden

Ik ga akkoord om deel te nemen aan dit onderzoek

Naam:

Datum:

Handtekening:

Bijlage 4. Interview vragen

Topidlijst voor interview

Introductie	10 min	Voorstellen en kaders bespreken van het onderzoek
Interview	30 min	Vragen
		Bent u bekend met de term herstelgerichte hulpverlening? Wat komt er bij u boven na de uitleg?
		Herstelgerichte hulpverlening is de vorm van hulpverlening waarin client de "lead" heeft over zijn hulpverlening. In samenwerking met familie, naasten en zorgverleners.
		Wat is volgens u herstelgerichte hulpverlening?
		Wat is er volgens u nodig om te komen tot die vorm van hulpverlening?
		Wat betekent volgens u eHealth?
		Bent u bekend met eHealth?
		Zo ja, welke vormen gebruikt u?
		Hoe gebruikt u het?
		Wanneer gebruikt u het?
		Wat zijn de resultaten voor herstelgerichte hulpverlening.
		Hoe zou eHealth, volgens u, kunnen bijdrage aan herstelgerichte hulpverlening?
		Wat heeft de organisatie, volgens u nodig, om te komen tot het werken met eHealth?
		Wat is er volgens u nodig om met eHealth te gaan werken?
		Wat zou uw motivatie zijn om te gaan werken met eHealth in herstel gerichte hulpverlening?
		Bent u bekend met de belemmering die spelen rondom het gaan werken met eHealth?
		Wat zijn volgens u belemmering die spelen rondom het komen tot het werken met eHealth in herstel gerichte hulpverlening?
Waarom zijn dat volgens u de belemmeringen?		
Hoe uiten die zich in het dagelijkse werk?		
Mogelijkheden	Ontbreken opleiding, taal en taalbarrières, eHealth geletterdheid, mogelijkheid om de technologie bij te houden	
Motivatie	Heeft het waarde voor mij? Onduidelijke voordelen	
Kansen	Ontbreken/slechte informatie bij bestaande eHealth diensten	
	Fysieke beperkingen	
Wat zijn volgens u succes bepalende factoren om te komen tot het werken met eHealth?		
Waarom zijn dat volgens u de succes bepalende factoren?		
Hoe krijgen die succes bepalende factoren op dit moment vorm binnen het werken met eHealth?		
Mogelijkheden	Kwalificatie, patronen in gegevens zoeken, visualisatie van gegevens, breder beeld	
Motivatie	Populariteit, plezier in gebruik transparantie, partners vinden	
Kansen	Kwaliteit, multi channel toegang	
Welke mogelijkheden moet u vanuit de organisatie krijgen om te komen tot werken met eHealth?		
Afsluiting	10 min	Mogelijkheid bespreken om de resultaten te bespreken met medewerkers.

Bijlage 5. Codestructuur

1ste order codes	2de order thema's	Geaggregeerde dimensies
Geïntegreerde zorg		
	Bekendheid	
		Niet vertrouwd met het begrip geïntegreerde zorg
		Andere terminologie voor dezelfde vorm van hulpverlening
	Betekenis	
		Verschillen in uitleg van geïntegreerde zorg
		Cliënten wel/niet in de lead
		eHealth wel/geen onderdeel van geïntegreerde zorg
		Betrokkenheid hulpverlener met de cliënt
		Client in zijn eigen kracht zetten
		Sociale netwerk
		Kleine stapjes in het hersteltraject van de client
		Autonomie van de client vergroten
	Niet geïntegreerd in hulpverleningsaanbod	
		Theorie bekend in maar in de praktijk krijgt het nog geen handen en voeten
		Nodig om alle neuzen dezelfde kant op te hebben staan
		Succesverhalen nodig
		Trainingen over de methodiek
		Oude wijn in nieuwe zakken
eHealth		
	Bekendheid	
		Vanachter de computer trainingen volgen
		Vanachter de computer contact hebben met andere hulpverleners
		Geen idee wat het eHealth inhoudt
	Betekenis	
		Hulpverleners op afstand
		Samen met cliënt via techniek zaken regelen voor het traject van de cliënt
		Mogelijkheid cliënt om zijn eigen hulpverlening te registreren d.m.v. apps
		Digitaal ondersteunen van het herstelproces van de client
	Gebruik	
		Gebruik geen eHealth op dit moment
		Hulpverleners gebruiken technieken voor hulpverlening
		Cliënten gebruiken geen technieken voor hulpverlening
	Vormen	
		Training aanbod vanuit de PG voor medewerkers
		Training aanbod voor cliënten (modules)
		Agenda
Belemmeringen		
	Tijd	
		Te weinig tijd om iedereen bij te scholen in eHealth
		Te weinig tijd voor extra taken/nieuwe werkmanier eigen te maken

Adhoc/zonder plan/ hierdoor geen ruimte om aan te haken door medewerkers
Medewerkers betrokken
Niet altijd de juiste personen met de juiste expertise betrokken
Wisselende personen betrokken, hierdoor geen breed draagvlak
Input van medewerkers op de werkvloer niet betrokken
Gebrek aan overeenstemming waar medewerkers van de werkvloer bij zijn betrokken
Geen betrokkenheid bij het begin ontwikkeling eHealth binnen de PG
Afhankelijkheidsrelatie
Huidige systemen zijn niet voorbereid op het werken met eHealth
Afhankelijkheid van andere partijen vertraagt het proces
Afhankelijkheid van andere mensen die beslissingen nemen
Medewerkers zijn nog niet getraind in het werken met technische technieken in de hulpverlening
Informatieverstrekking
Gebrek aan duidelijke informatie voor werknemers maakt het moeilijk om ervoor te gaan
Werknemers werden niet voldoende op de hoogte gehouden
Niet duidelijk wie welke rollen heeft
Communicatielijnen werken niet goed
Geen updates zorgt voor onrust bij medewerkers, hierdoor haken ze af
Tegenstrijdige belangen van opvattingen
Beslissingen genomen die niet afgestemd zijn met MT
Betrokken partijen ervaren niet dezelfde urgentie: niet dezelfde snelheid
Tegenstrijdige ideeën en belangen belemmeren het proces
Tegengestelde bevoegdheden, belangen en meningen in de organisatie
Veranderingen in organisaties
Medewerkers moeten zich continue aanpassen aan voortdurend veranderende omstandigheden
Vasthouden aan oude gewoonten
Mensen die oude manieren niet loslaten, maken het werken met eHealth moeilijk
Routines en patronen grote organisatie belemmeren flexibiliteitsverandering
Weerstand tegen het veranderen van oude routines om te komen tot het werken met eHealth
Hiërarchie
Geen continue ondersteuning vanuit de lijn
Niet in alle lagen van de organisatie het spreken van dezelfde taal.
Geen zelfde visie in de lijn aanwezig omtrent het komen tot het werken met eHealth
Facilitatoren
Motiverende elementen
Succesmomenten delen met medewerkers
Lerende omgeving
Goede samenwerking van de diverse betrokken groep
Open en heldere communicatie
Medewerkers mee laten denken in alle fase van de ontwikkeling eHealth
Creëren van een open cultuur & iedereen durft zich uit te spreken
Denken in mogelijkheden
Aansluiten bij het denk/werk niveau van medewerkers
Aanbieden van trainingen
Zelfde visie

	Alle niveaus in de hiërarchie die dezelfde taal spreken
	Medewerkers herkennen zichzelf in visie en willen hierdoor erbij betrokken worden
	Enthousiaste mensen die visie begrijpen en ervoor willen gaan
	Visie organisatie past bij visie eHealth
	Een duidelijke visie hebben hoe te werken met eHealth in de geïntegreerde zorg in de organisatie te verlenen
Positieve directie	
	Nauwe betrokkenheid van directie
	Ondersteuning van medewerkers en directie om tegen oude patronen in te gaan
Betrekken van medewerkers	
	Betrokkenheid van medewerkers maakt kans op succes groter
	Medewerkers betrekken, informeren en voorbereiden op project
	Informeel medewerkers van divisie Wonen over visie vanaf het begin
	Alle mogelijke stakeholders binnen en buiten betrekken
	Diverse groepen resulteerden in diverse input & verrijkte visie
	Diverse groep creëerde draagvlak