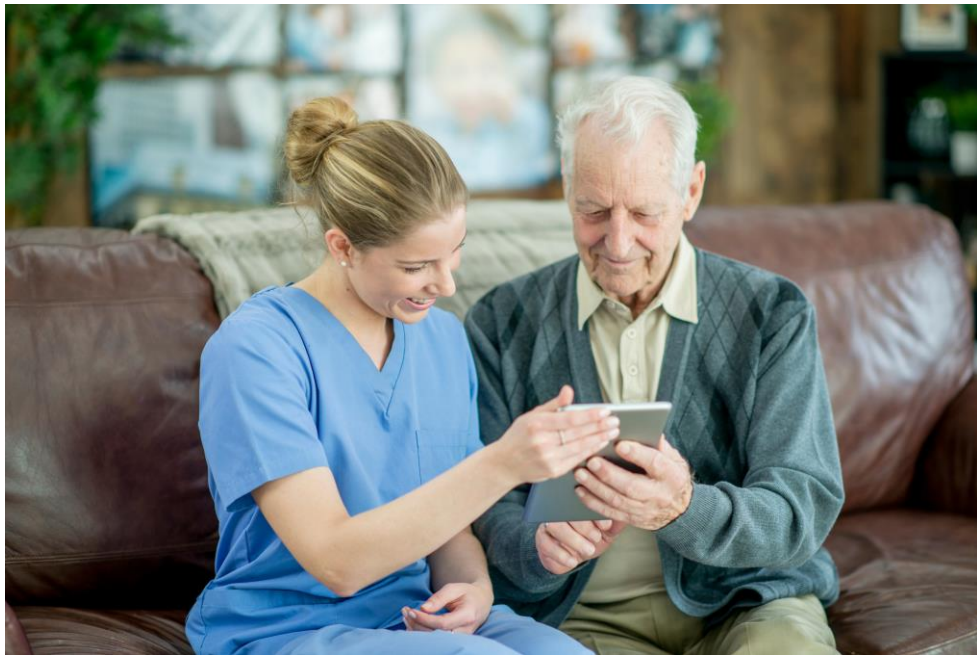


eHealth, te nieuw voor oud?

De ervaringen en behoeftes van (zorg)professionals met eHealth in de geriatrische revalidatie.

Een nationale survey



Opdrachtgevers:

Afdeling PHEG LUMC, Universitair Netwerk
voor de Care-Zuid Holland (UNC-ZH)
Leonoor van Dam van Isselt, senior onderzoeker
Jules Kraaijkamp, junior onderzoeker

10 februari 2021

Auteurs:

Masha Meloni s1105743
Claudia Reijnen s1105687
Maaïke Ridder s1105682
Jinte Streppel s1105015

Begeleidend docent:

Volcmar Visser

Hogeschool Leiden, Fysiotherapie

Praktijkgericht Onderzoek Fysiotherapie

Voorwoord

Leuk dat u de tijd neemt om dit document te bekijken. Wij zijn Masha Meloni, Jinte Streppel, Claudia Reijnen en Maaike Ridder. Wij zijn vier studenten van de opleiding tot Fysiotherapeut aan de Hogeschool Leiden. In samenwerking met het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en het Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid-Holland (UNC-ZH) hebben wij onderzoek gedaan naar de ervaringen en behoeftes omtrent eHealth van (zorg)professionals in de geriatrische revalidatie (GR). In dit document leest u op welke manier dit onderzoek is uitgevoerd, wat de resultaten zijn en de uiteindelijke conclusie.

Wij willen hiermee een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van eHealth binnen de GR en hopen dat u hieruit waardevolle informatie opdoet.

Wij willen graag een moment nemen om onze opdrachtgevers Jules Kraaijkamp en Leonoor van Dam van Isselt te bedanken voor de ondersteuning gedurende dit onderzoek. Tevens bedanken wij Volcmar Visser, onze begeleidend docent, voor de feedbackmomenten en de hulp die hij ons geboden heeft. Als laatst bedanken wij alle (zorg)professionals die hebben deelgenomen aan de nationale survey.

Inhoudsopgave

| | |
|--|-----------|
| Voorwoord..... | 2 |
| Samenvatting | 4 |
| 1. Inleiding..... | 5 |
| 2. Methode..... | 7 |
| 2.1 Nationale survey | 7 |
| 2.1.1 Onderzoeksdesign | 7 |
| 2.1.2 Deelnemers | 7 |
| 2.1.3 Dataverzameling | 8 |
| 2.1.4 Data-analyse | 8 |
| 2.1.5 Ethische aspecten | 9 |
| 3. Resultaten | 10 |
| 3.1 Algemeen | 10 |
| 3.2 Huidige gebruik van eHealth | 11 |
| 3.3 Bruikbaarheid | 14 |
| 3.4 Haalbaarheid | 15 |
| 3.5 Effectiviteit | 17 |
| 3.6 Behoeftte | 18 |
| 3.7 Covid-19 | 20 |
| 4. Discussie | 21 |
| 5. Conclusie..... | 24 |
| 6. Literatuurlijst | 25 |
| Bijlagen | 27 |
| Bijlage 1: Onderzoeksprogramma EAGER..... | 27 |
| Bijlage 2: Vooronderzoek ontwikkelen definitieve nationale survey..... | 29 |
| Methode | 29 |
| Resultaten | 31 |
| Conclusie..... | 45 |
| Bijlage 3: Nationale survey eHealth in de GR..... | 48 |
| Bijlage 4: Uitnodiging nationale survey en reminders | 56 |
| Bijlage 5: Informatiebrief contactpersoon en deelnemer inclusief informed consent..... | 59 |
| Bijlage 6: Codeboek SPSS nationale survey..... | 63 |
| Bijlage 7: Overige resultaten | 68 |
| Bijlage 8: Werkelijke verdeling | 71 |
| Bijlage 9: Praktijkgerichte bijdrage 'eHealth in de geriatrische revalidatie' | 72 |
| Inleiding..... | 74 |
| Beschrijving praktijkgerichte bijdrage..... | 75 |
| Informatiebrochure..... | 76 |
| Infographic algemeen | 83 |
| Infographic fysiotherapeuten | 84 |

Samenvatting

Achtergrond: eHealth lijkt een veelbelovend hulpmiddel voor ouderen die revalideren in de geriatrische revalidatie (GR). Er is echter weinig bekend over wat (zorg)professionals werkzaam in de GR hiervan vinden. De ervaringen van patiënten en of mantelzorgers worden vaak inzichtelijk gemaakt, maar de ervaringen van de (zorg)professionals ontbreken.

Doelstelling: In kaart brengen van de praktijkervaringen van (zorg)professionals over eHealth die werkzaam zijn binnen de GR op de domeinen bruikbaarheid, haalbaarheid en effectiviteit. Daarnaast worden het huidige gebruik en de behoeftes geïnventariseerd.

Methode: Het betrof een cross-sectioneel onderzoeksdesign met zowel kwalitatief- als kwantitatief onderzoek. De nationale survey bestond uit 21 vragen, onderverdeeld in de domeinen: bruikbaarheid, haalbaarheid en effectiviteit. Daarnaast werden zowel gebruik als behoeftes van eHealth geïnventariseerd. De survey is online uitgezet binnen de Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg (SANO).

Resultaten: Er hebben 331 (zorg)professionals binnen de GR deelgenomen. Momenteel maakt 47% (n=149) van de (zorg)professionals gebruik van eHealth. Naast voldoende cognitie (39,8%, n=88) zijn motoriek, visus, gehoor, spraak (25,8%, n=57) en digivaardigheid (19,5%, n=43) een vereiste voor de revalidant om eHealth te gebruiken. Er is een relatie tussen frequentie van gebruik en tevredenheid over het implementatieproces ($R_s=0.465$, $p<0.001$, $n=107$). Tevens zijn er voor- en nadelen ondervonden tijdens gebruik. Wel geeft 53% (n=122) aan eHealth meer te willen gebruiken. Er is een relatie tussen tevredenheid van implementatie en de mate van heldere visie binnen de instellingen ($R_s=0.563$, $p<0.001$, $n=105$). Tot slot heeft 96,9% (n=198) informatiebehoefte omtrent eHealth.

Conclusie: Er wordt beperkt gebruik gemaakt van eHealth. Huidige eHealth toepassingen worden momenteel door de (zorg)professionals als niet geheel bruikbaar ervaren bij revalidanten met fysieke beperkingen en/of cognitieve stoornissen. Door ervaren knelpunten en gebrek aan implementatie is eHealth binnen de instellingen niet altijd haalbaar. Over de effectiviteit van eHealth zijn de (zorg)professionals nog niet volledig overtuigd. Er is behoefte aan een heldere visie en een implementatieproces vanuit de instelling en informatievoorziening om structureel gebruik te bevorderen.

Trefwoorden: eHealth; Geriatrische Revalidatie; Zorgprofessionals; Online survey; Bruikbaarheid; Haalbaarheid; Effectiviteit.

1. Inleiding

Vergrijzing is in toenemende mate aan de orde. Op internationaal en nationaal niveau is er een zichtbare stijging in het aantal ouderen.^{1,2} Doordat het aantal ouderen toeneemt en er daarbij komend achteruitgang is in het algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL), neemt de vraag naar zorg toe. Hierdoor krijgt de Geriatrisch Revalidatie (GR) een belangrijke rol in de Nederlandse samenleving. Verenso³ definieert GR als volgt: "Geriatrische revalidatie is ouderengeneeskundige gecoördineerde, multidisciplinaire behandeling voor kwetsbare ouderen en ouderen met complexe multimorbiditeit die te maken hebben met een (sub)acute achteruitgang in mobiliteit en ADL."

Een middel dat zowel revalidanten als (zorg)professionals mogelijkheden biedt, is eHealth. Van Lettow, Wouters en Sinnige⁴ hanteren de volgende definitie: "eHealth is de toepassing van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren." (p.11) Wetenschappelijk bewijs toont aan dat eHealth toepassingen effectief zijn gebleken. Het draagt positief bij aan herstel van kwetsbare ouderen welke een (multi)morbiditeit of een acute achteruitgang in mobiliteit ervaren. Het bevordert fysieke activiteit, kwaliteit van leven, geestelijke gezondheid, zelfmanagement en vermindering van valincidenten. Deze resultaten zijn gevonden in studies welke interventies zoals online-consulten, digitale beweegprogramma's en elektronische patiëntendossiers hanteerden.⁵⁻⁷

eHealth lijkt een geschikt hulpmiddel voor revalidanten, maar er is weinig bekend over wat (zorg)professionals in de GR van deze innovatieve werkwijze vindt. De ervaringen van patiënten en/of mantelzorgers worden vaak inzichtelijk gemaakt maar de ervaringen van (zorg)professionals ontbreken.⁸ Door onjuiste afstemming op de behoefte van zowel patiënten als (zorg)professionals, bestaat het risico dat implementatie strandt.⁹ Daarnaast wordt er bij (zorg)professionals in het algemeen weerstand ervaren over de bruikbaarheid van eHealth. (Zorg)professionals krijgen naar hun mening onvoldoende uitleg over de implementatie en verwacht wordt dat zij dit snel eigen maken. Ook hebben (zorg)professionals mogelijk andere prioriteiten dan dat de eHealth interventie aanbiedt.¹⁰ De interventie is hierdoor onvoldoende haalbaar en eindigt op de stapel ongebruikte methodes.¹¹ Hieruit blijkt dat wetenschappelijk bewijs over de ervaringen en behoeftes van (zorg)professionals, rondom eHealth in de GR schaars is. Daarom is onderzoek middels een nationale survey naar deze kwestie gewenst.

Deze nationale survey maakt onderdeel uit van het onderzoeksprogramma 'eHealth in de geriatrische revalidatie' (EAGER).¹² Dit programma heeft als doelstelling om gepersonaliseerde evidence & practice based eHealth bij kwetsbare ouderen die revalideren in de geriatrische revalidatie te identificeren en doelmatig in te zetten (Bijlage 1).



Figuur 1: Onderdelen onderzoeksprogramma EAGER.¹²

Het eerste deel van het onderzoeksprogramma, de evidence based review, is al uitgevoerd.¹³ Daarna volgde er een pilot nationale survey (Figuur 1). Hieruit kwamen aanbevelingen naar voren gericht op het formuleren van twee nieuwe items voor in de nationale survey en gericht op het verhogen van de responsiviteit en representativiteit.¹⁴ Deze aanbevelingen zijn verwerkt middels vooronderzoek (Bijlage 2).

Om consistentie tussen de verschillende onderdelen van het onderzoeksprogramma EAGER te behouden, is er gekozen om de domeinen bruikbaarheid, haalbaarheid en effectiviteit als volgt te omschrijven (Tabel 1). Deze drie domeinen vormen samen een veelzijdig perspectief tijdens het inventariseren en analyseren van ervaringen en behoeftes van eHealth toepassingen.

Tabel 1: Omschrijving domeinen bruikbaarheid¹³, haalbaarheid¹³ en effectiviteit.¹⁵

| Domein | Omschrijving |
|---------------|--|
| Bruikbaarheid | De bruikbaarheid van eHealth betreft de ontwerpfactoren die de gebruikerservaring van de eHealth-interventie beïnvloeden, zoals het bedienen en navigeren binnen een applicatie. |
| Haalbaarheid | Met haalbaarheid wordt bedoeld in hoeverre eHealth kan worden toegepast in de praktijk, zoals de implementatie en het structureel gebruiken. |
| Effectiviteit | De eHealth-toepassing is gebaseerd op wetenschappelijk bewijs en realiseert het beoogde effect in termen van zorgproces of gezondheidsuitkomsten, zoals goedkoper, beter en sneller. |

De nationale survey heeft als doelstelling om praktijkervaringen en behoeftes van (zorg)professionals over eHealth die werkzaam zijn binnen de GR in kaart te brengen. Met dit onderzoek beoogde de onderzoeksgroep inzicht in de ervaringen te verkrijgen over bruikbaarheid, haalbaarheid en effectiviteit van eHealth binnen de GR. Middels een nationale survey zal onderstaande vraagstelling beantwoord worden:

Wat zijn de ervaringen van (zorg)professionals werkzaam in de geriatrische revalidatie met eHealth op de domeinen bruikbaarheid, haalbaarheid en effectiviteit? Hoe ziet het huidige gebruik eruit en waar is nog behoefte aan met betrekking tot eHealth?

2. Methode

Het onderzoek betreft een mixed method design en bevat zowel kwantitatief- als kwalitatief onderzoek. De onderzoeksgroep heeft zich op onderdeel 2B (EAGER) gericht, dit bestaat uit de volgende stappen:

I: vooronderzoek: ontwikkelen definitieve nationale survey

De onderzoeksgroep heeft literatuuronderzoek gedaan en heeft de aanbevelingen vanuit de pilotstudie (onderdeel 2A EAGER) verwerkt (Bijlage 2).

II: nationale survey

- a) Het uitzetten van de nationale survey binnen de Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg (SANO).
- b) Kwantitatieve- en kwalitatieve data analyseren aan de hand van beschrijvende statistiek.



Figuur 2: Onderzoekstappen onderdeel 2B.

2.1 Nationale survey

2.1.1 Onderzoeksdesign

De nationale survey bestond uit totaal 21 open- en gesloten vragen, waardoor er kwantitatieve- als kwalitatieve gegevens zijn verzameld en geanalyseerd (Bijlage 3). Om de huidige situatie in kaart te brengen en daarmee de vraagstelling te beantwoorden, is er gekozen voor een cross-sectioneel onderzoeksdesign.

2.1.2 Deelnemers

De nationale survey is in samenwerking met SANO uitgezet. Het SANO vormt een samenwerkingsverband tussen de zes Academische Netwerken Ouderenzorg in Nederland, die ieder een samenwerkingsverband vormen tussen een universiteit of universitair medisch centrum en zorgorganisaties in de regio.¹⁶ In Tabel 2 is weergegeven welke netwerken en het aantal bijbehorende instellingen er zijn aangesloten.

Groepsgrootte

Door deze samenwerking van netwerken is er een bereik ontstaan van 88 GR-instellingen (Tabel 2). Volgens inschatting zijn er per instelling gemiddeld 25 (zorg)professionals werkzaam.¹⁴ Dit komt neer op een bereik van ongeveer 2200 (zorg)professionals. Onder (zorg)professionals worden de volgende disciplines verstaan: fysiotherapeuten, ergotherapeuten, verpleegkundigen/verzorgenden, specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten/physician assistants, psychologen, logopedisten, diëtisten, managers en andere (zorg)professionals. Het streven was om een responspercentage van 25% te bereiken. Dit komt neer op 550 (zorg)professionals. Door Covid-19 zijn de (zorg)professionals onder druk komen te staan, dit zou de responsiviteit negatief kunnen beïnvloeden. Om (zorg)professionals te stimuleren is er gekozen om taart te verloten aan de instelling met de meeste respons.

Tabel 2: Aantal aangesloten instellingen per netwerk van het SANO.¹⁶

| Academisch netwerk | Aangesloten instellingen |
|--|--------------------------|
| UNC-ZH | 12 |
| AWO-ZL | 7 |
| UNO-UMCG | 20 |
| UKON | 15 |
| UNO-VUmc | 24 |
| Academische Werkplaats voor Ouderen van Tranzo | 10 |

Werving

Allereerst vond de werving van de kennisnetwerken plaats met het verzoek of de netwerken wilden deelnemen aan de nationale survey. Hierna vond de communicatie naar de mogelijke deelnemers plaats middels contactpersonen per netwerk. Deze contactpersonen kregen de taak de mails te verspreiden. De mails bestonden uit een uitnodiging (Bijlage 4) met informatiebrief inclusief informed consent (Bijlage 5) en twee reminders (Bijlage 4). De gegevens van de contactpersonen waren in bezit van de opdrachtgever en zijn na netwerk werving gedeeld met de onderzoeksgroep. Ieder lid van de onderzoeksgroep was verantwoordelijk voor de communicatie met een of twee contactpersonen van academische netwerken. De verspreidingswijze verschilde per netwerk en is via de mail, nieuwsbrief of oproep op een algemene pagina verricht.

Inclusiecriteria

De deelnemers dienden de Nederlandse taal te beheersen, 18 jaar of ouder te zijn en minimaal drie maanden werkzaam te zijn op een GR afdeling.

Exclusiecriteria

Niet beschikbaar gedurende het onderzoek.

2.1.3 Dataverzameling

De data zijn verzameld via het programma 'Castor EDC'.¹⁷ De vragenlijst is middels deze applicatie ingevoerd, welke de data eenvoudig en veilig opslaat. Daarnaast maakt Castor het mogelijk om verkregen data eenvoudig over te zetten naar SPSS. De anonimiteit is gewaarborgd via TACS-addon. Zodra deelnemers op de uitnodigingslink klikten, kregen zij een geanonimiseerd ID. De responstijd bedroeg drie weken met daarin 2 reminders.

2.1.4 Data-analyse

De resultaten zijn middels beschrijvende statistiek weergegeven aan de hand van de drie domeinen: bruikbaarheid, haalbaarheid en effectiviteit. Daarnaast zijn ook het huidige gebruik en de behoeftes rondom eHealth in kaart gebracht.

Kwalitatieve data-analyse

Deze data zijn geanalyseerd middels 'thematisch coderen'. Er is naar verbanden gezocht tussen empirisch materiaal en het conceptuele kader. De toelichtingen zijn gecodeerd op thema. Hierdoor zijn de toelichtingen samengevat en is er overzicht in de data verkregen. Tijdens de analyse is gekeken hoe deze thema's zich tot elkaar verhouden.

Kwantitatieve data-analyse

Deze data zijn geanalyseerd, gebruik makend van het dataprogramma SPSS.¹⁸ Het meetniveau verschilde per item in nominaal, ordinaal en ratio schaal. Voor het codeboek zie Bijlage 6. Er is gekeken naar de frequenties, percentages, spreiding, gemiddelden en correlaties tussen bepaalde items. De resultaten zijn weergegeven door middel van tabellen, staaf- en cirkeldiagrammen. Voor vraag 1 t/m 13 werden alleen de cases geselecteerd die de betreffende vragen daadwerkelijk voor zich hebben gehad. Hierin zijn de respondenten meegenomen die 'Ja' hebben geantwoord op de vraag: 'Maakt u gebruik van eHealth tijdens uw behandelingen, of heeft u dit in het verleden gedaan?' Indien zij op deze vraag 'Nee' hebben geantwoord, kregen zij vraag 1 t/m 13 niet te zien. Voor het vaststellen van de correlatie van lineaire variabelen werd gebruik gemaakt van de Spearman's rho toets. De onderzoeksgroep hanteerde een p-waarde van 0,05 als significant.

2.1.5 Ethische aspecten

Het onderzoek is uitgevoerd volgens de ethische regels van het Verdrag van Helsinki, opgesteld door de World Medical Association (WMA).¹⁹ Het onderzoek heeft goedkeuring gekregen van de Medische-Ethische Toetsingscommissie (METC) van Leiden, Den Haag en Delft. Het onderzoek was niet WMO plichtig. Deelnemers kregen van tevoren een informatiebrief waarin doel, achtergrond, inhoud en datagebruik beschreven stonden. Daarnaast stond duidelijk beschreven wat deelname inhield. Deelnemers ondertekenden het informed consent zodra zij op de uitnodigingslink klikten. Hierin verklaarden zij op de hoogte te zijn dat deelname vrijwillig is en dat zij zich altijd vrijblijvend mochten terugtrekken uit het onderzoek.

De gegevens zijn anoniem verwerkt en opgeslagen door Castor. De data zijn opgeslagen in het beveiligde netwerk van het LUMC. Dit zorgde ervoor dat alleen de hoofdonderzoeker toegang had tot deze data. Dit zal voor 15 jaar worden opgeslagen. De data zijn veilig overgedragen aan de onderzoekers middels een persoonlijke Castor inlogcode. In eerste instantie werden er geen gegevens gevraagd die herleidbaar waren naar de betreffende deelnemers. Er werd daarentegen wel gevraagd naar kennisnetwerk, functie, aantal jaar werkzaam, leeftijd en eventueel een e-mailadres wanneer de deelnemers deelnamen aan de winactie. Na afronding van het onderzoek zijn de onderzoeksgegevens verwijderd door de onderzoeksgroep. Doordat er gebruik gemaakt is van een online survey was het onderzoek corona-proof uitvoerbaar. De onderzoekers zijn niet bij de instellingen geweest of in contact gekomen met de (zorg)professionals. Daarnaast is er gekozen om te communiceren met de opdrachtgevers per mail of Microsoft Teams.

3. Resultaten

3.1 Algemeen

De resultaten zijn beschreven aan de hand van de drie domeinen: bruikbaarheid, haalbaarheid en effectiviteit. Tevens zijn het gebruik en de behoeftes met betrekking tot eHealth in de kaart gebracht. De kwalitatieve gegevens, bestaande uit de antwoorden op de open vragen en de toelichtingen per vraag, worden weergegeven middels citaten. Daarnaast zijn de resultaten van enkele open vragen weergegeven in cirkeldiagrammen. Er is een afweging gemaakt in het presenteren van de resultaten welke antwoord gaven op de vraagstelling. De overige resultaten zijn gepresenteerd in Bijlage 7. In Tabel 3 staan alle kenmerken beschreven van de deelnemende (zorg)professionals.

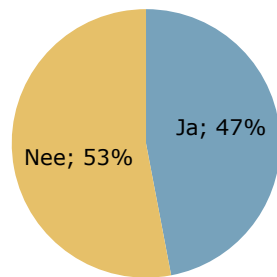
Tabel 3: Baseline

| <u>Kenmerken</u> | <u>Aantallen</u> | <u>Gem ±SD</u> | <u>%</u> |
|---|-------------------------|-----------------------|-----------------|
| Geslacht (totaal) | N=331 | | |
| Man | N=46 | | 13,9 |
| Vrouw | N=279 | | 84,3 |
| Zeg ik liever niet | N=4 | | 1,2 |
| Missing | N=2 | | 0,6 |
| Leeftijd | | 39,79 ±11,81 | |
| Functie (totaal) | N=331 | | |
| Fysiotherapeuten | N=77 | | 23,3 |
| Ergotherapeuten | N=27 | | 8,2 |
| Logopedisten | N=23 | | 6,9 |
| Diëtisten | N=13 | | 3,9 |
| Verzorgenden/verpleegkundigen | N=113 | | 34,1 |
| Specialisten ouderengeneeskunde | N=21 | | 6,3 |
| Basisartsen (in opleiding) | N=2 | | 0,6 |
| Verpleegkundig specialisten/physician assistants | | | |
| Psychologen | N=7 | | 2,1 |
| Managers/teamleiders | N=9 | | 2,7 |
| Casemanagers | N=1 | | 0,3 |
| Anders* | N=33 | | 10,0 |
| Missing | N=0 | | 0,0 |
| Aantal jaar werkzaam | | 8,33 ±7,33 | |
| Kennisnetwerk (totaal) | N=331 | | |
| UNC-ZH | N=35 | | 10,6 |
| UKON | N=61 | | 18,4 |
| UNO-UMCG | N=39 | | 11,8 |
| AWO-ZL | N=25 | | 7,6 |
| UNO-VUmc | N=24 | | 7,3 |
| Tranzo | N=2 | | 0,6 |
| Onbekend | N=136 | | 41,1 |
| Missing | N=9 | | 2,7 |

* Staffuncties, voedingsassistenten, leerlingen, maatschappelijk werkers, bewegingsagogen, psychologisch hulpverleners, helpenden zorg en welzijn, en overige disciplines (projectleiders, praktijkopleiders, roomservicemedewerkers en onderzoekers)

3.2 Huidige gebruik van eHealth

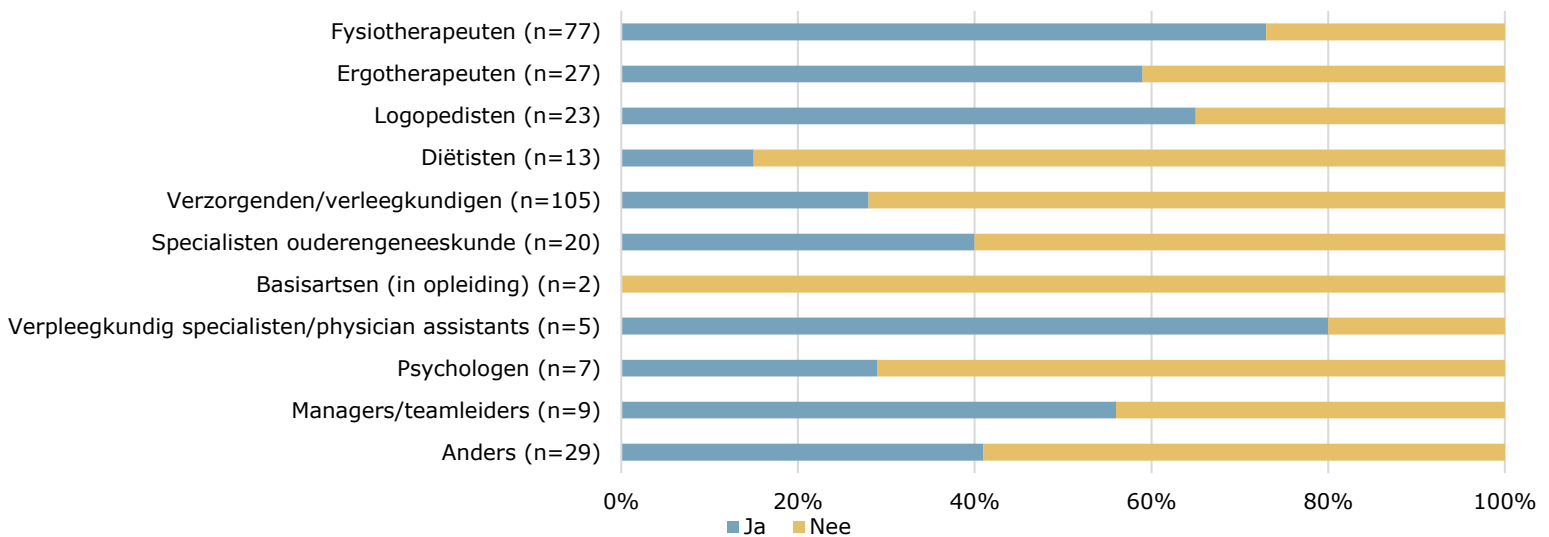
Maken de (zorg)professionals gebruik van eHealth?



Figuur 3: Gebruik eHealth (valid n=317/missing n=14)

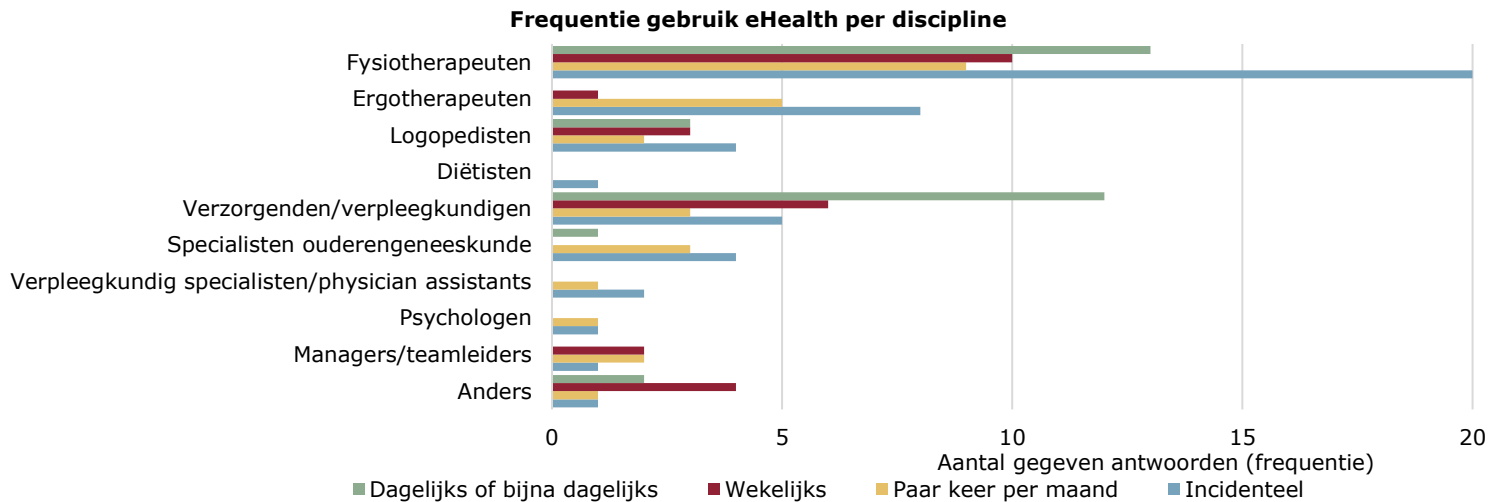
Van de 317 (zorg)professionals heeft 53% benoemd dat zij geen gebruik maken van eHealth, 47% maakt wel gebruik of heeft dit in het verleden gedaan (Figuur 3).

Percentage gebruik eHealth per discipline



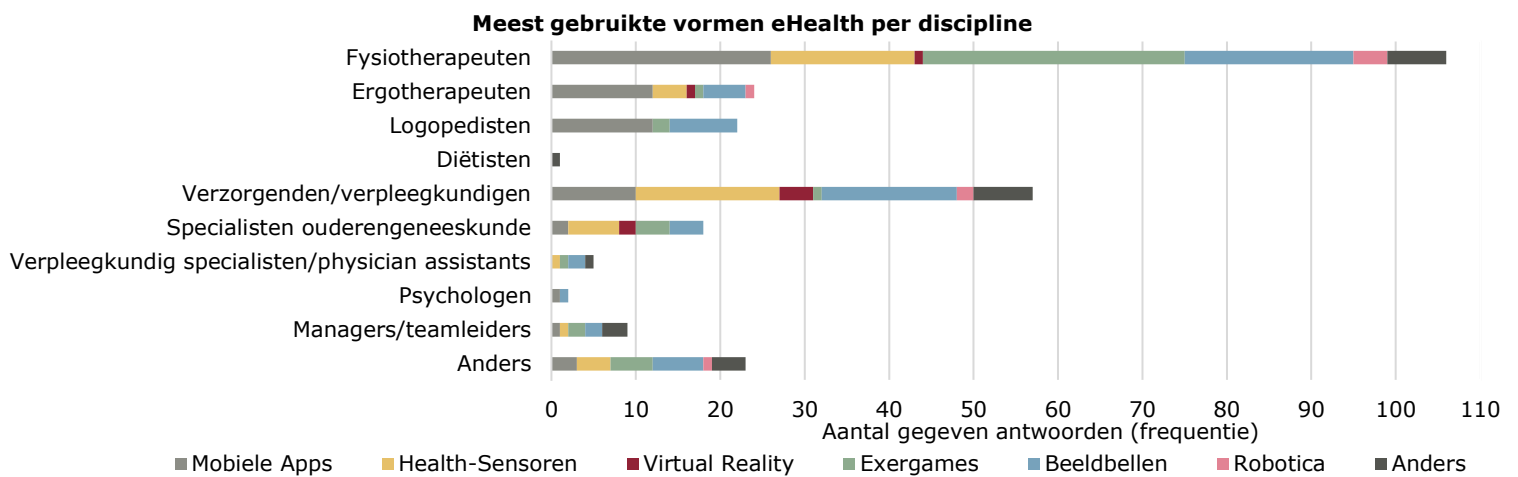
Figuur 4: Percentage gebruik eHealth per discipline (valid n=317/missing n=14)

In Figuur 4 is de onderverdeling in gebruik per discipline zichtbaar. Dit toont aan dat verpleegkundig specialisten/physician assistants, fysiotherapeuten en logopedisten het hoogste percentage 'Ja' scoorden. Tevens zijn er verschillen per discipline in het aantal antwoorden van de (zorg)professionals.



Figuur 5: Frequentie van gebruik van eHealth per discipline (valid n=131/missing n=18)

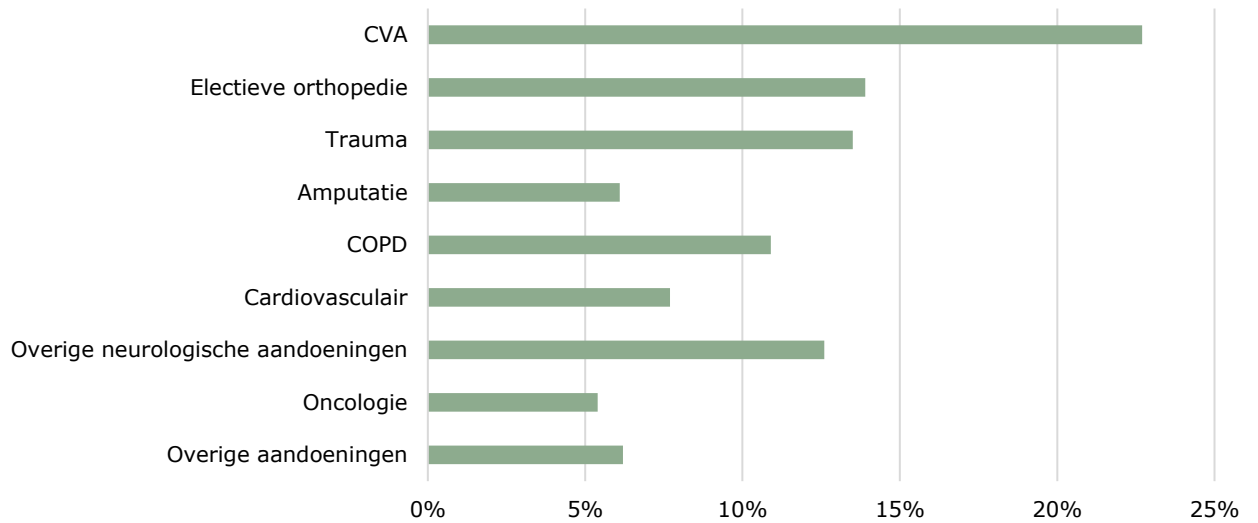
In Figuur 5 is weergegeven dat de fysiotherapeuten het meest dagelijks en wekelijks gebruik maken van eHealth, gevolgd door verzorgenden/verpleegkundigen.



Figuur 6: Vormen eHealth per discipline (valid n=113/missing n=18)

Uit de nationale survey is gebleken dat de meest gebruikte vormen van eHealth voornamelijk mobiele apps (25,1%), beeldbellen (24%), health-sensors (18,7%) en exergames (17,6%) zijn. In Figuur 6 wordt dit weergegeven per discipline.

Bij welke diagnosegroep(en) maakt u gebruik van of heeft u gebruik gemaakt van eHealth tijdens uw behandeling ? (meerdere antwoorden mogelijk)

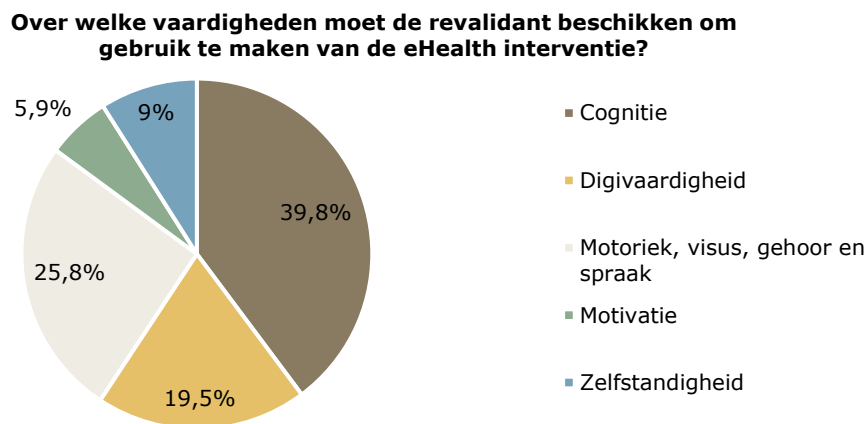


Figuur 7: Gebruik eHealth per diagnosegroep (valid n=138/missing n=11)(totaal gegeven antwoorden: 467=100%)

In Figuur 7 is te zien dat de (zorg)professionals aangeven het meest gebruik te maken van eHealth bij CVA-revalidanten, dit bedraagt 22,7% van het totaal gegeven antwoorden. De (zorg)professionals konden bij deze vraag meerdere antwoordmogelijkheden aanvinken. Echter uit de toelichtingen kwam dat de (zorg)professionals niet zo zeer naar de aandoening kijken maar naar het huidige functioneren en de hulpvraag van de revalidanten.

3.3 Bruikbaarheid

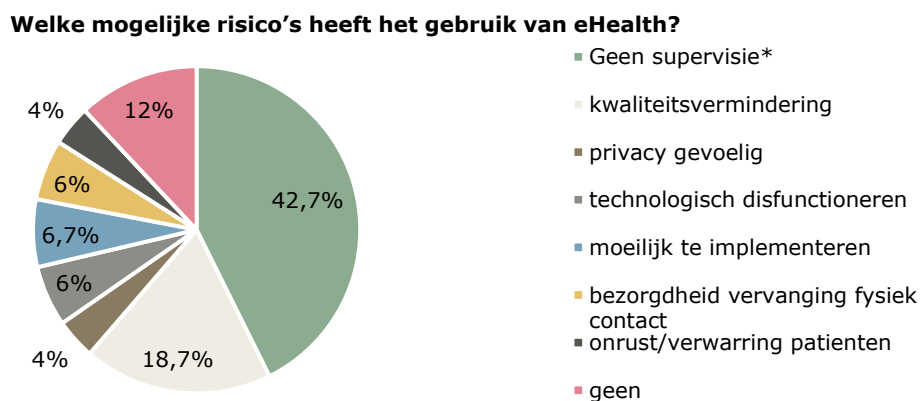
Met bruikbaarheid worden de ontwerpfactoren bedoeld die de gebruikerservaring van de eHealth-interventie beïnvloeden.¹³



Figuur 8: Vaardigheden waarover de revalidant dient te beschikken (valid n=118/missing n=31)(totaal gegeven antwoorden: 221=100%)

Vanuit het open coderen zijn bovenstaande thema's, met betrekking tot de vaardigheden waarover de revalidanten dienen te beschikken om gebruik te maken, van eHealth inzichtelijk gemaakt. Figuur 8 toont de top vijf meest genoemde vaardigheden. De vaardigheid 'cognitie' werd met regelmaat genoemd in combinatie met andere vaardigheden. Volgend citaat is hier een voorbeeld van:

"De cliënt moet overweg kunnen met computer, tablet of mobiele telefoon. Cognitief op een voldoende niveau zijn om het zelfstandig uit te voeren."



*Figuur 9: Mogelijke risico's gebruik eHealth (*vallen, onjuist toepassen, overschatting, overbelasting, overprikkeling, therapie ontrouw)(valid n=109/missing n=40)(totaal gegeven antwoorden: 150=100%)*

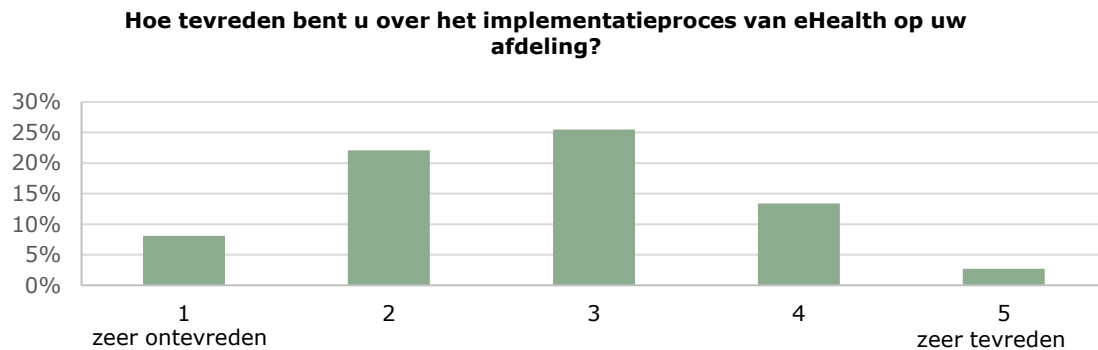
De meerderheid van de (zorg)professionals (42,7%) geeft aan 'geen supervisie' en 'kwaliteitsvermindering'(18,7%) een mogelijk risico te vinden bij het gebruik van eHealth. Daarnaast geeft 12% van de (zorg)professionals aan geen mogelijke risico's te ervaren bij het gebruik van eHealth (Figuur 9). Volgende citaten zijn voorbeelden van 'geen supervisie':

"Er is geen controle op de uitvoer van oefeningen. Oefeningen kunnen afgetekend worden zonder dat deze daadwerkelijk uitgevoerd zijn of verkeerd uitgevoerd worden."

"Er is voldoende begeleiding noodzakelijk voor revalidanten die bv. niet voldoende stabiliteit hebben, dus dan zal er sprake zijn van valrisico."

3.4 Haalbaarheid

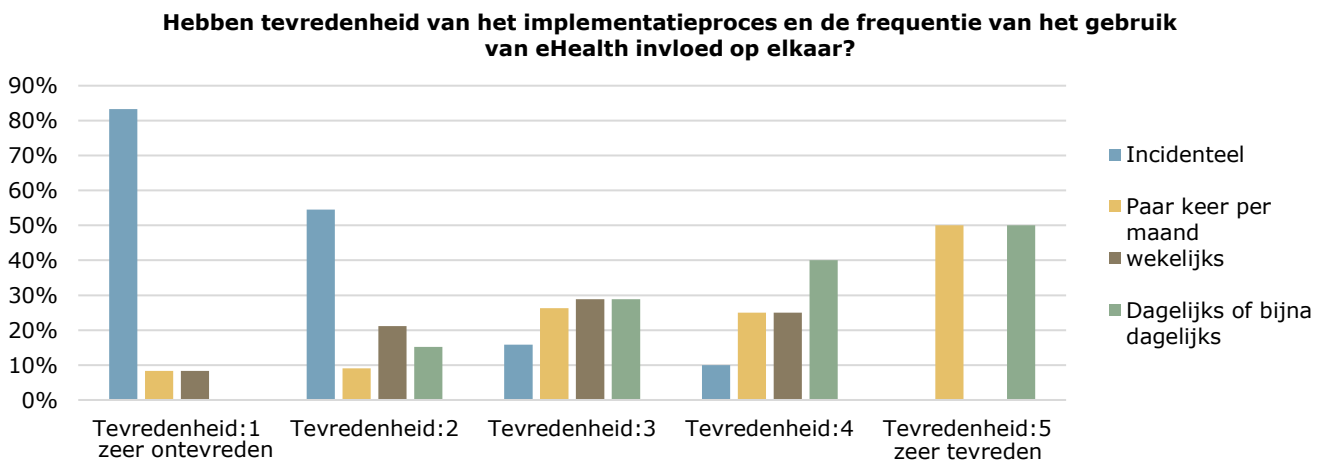
Met haalbaarheid wordt bedoeld in hoeverre eHealth kan worden toegepast in de praktijk.



Figuur 10: Mate tevredenheid implementatieproces eHealth (valid n=107/missing n=42)

De (zorg)professionals geven het meest een cijfer 2 of 3 op tevredenheid van het implementatieproces van eHealth in de instelling waarin zij werken (Figuur 10). In de toelichtingen wordt aangegeven dat hier nog veel verbetering mogelijk is of dat de implementatie ontbreekt. Volgende citaten zijn voorbeelden per cijfer:

- 1: "Er is geen sprake van implementatie maar incidentele initiatieven."
- 2: "De intentie is er om eHealth meer te gebruiken, maar het komt niet goed van de grond."
- 3: "Er wordt incidenteel gebruik gemaakt van diverse vormen van eHealth. Er is pas net een stap gezet in oriëntatie, visievorming en verder uitbouwen van gebruik."
- 4: "Er is veel aandacht voor. Veel ruimte voor. En veel mogelijkheden. Eigen initiatief hierin wordt gestimuleerd. Punt van aandacht is wel om ook ruimte en tijd te nemen om het te implementeren."
- 5: "Fijne afwisseling voor zowel de revalidant als de therapeut tijdens het revalidatietraject. Komt de motivatie en daarmee het herstel (snelheid en kwaliteit) ten goede."



Figuur 11: Relatie tevredenheid implementatie & frequentie gebruik eHealth (valid n=107/missing n=42)

Er is een relatie tussen tevredenheid van implementatie en frequentie van gebruik van eHealth. Hierbij is de Spearman's correlatie $R_s=0.465$, $p<0.001$, $n=107$.

In Figuur 11 is zichtbaar dat 'incidenteel' minder vaak als antwoord wordt gegeven naar mate de tevredenheid hoger werd beoordeeld. Daarnaast is ook te zien dat het antwoord 'dagelijks' vaker wordt gegeven naar mate de tevredenheid stijgt.

Tabel 4: Knelpunten structureel gebruik (valid n=94/missing n=55)(totaal gegeven antwoorden: 120)

| <u>Thema</u> | <u>Aantallen</u> |
|---|-------------------------|
| Onvoldoende beschikbare middelen | N=21 |
| Ongeschiktheid doelgroep | N=18 |
| Kennistekort (zorg)professionals | N=18 |
| Tijdgebrek | N=17 |
| Gebrek aan motivatie | N=13 |
| Geen organisatie brede werkwijze | N=11 |
| Kosten | N=7 |
| Ruimtetekort | N=4 |
| Geen knelpunten | N=3 |
| Vooroordeel ongeschiktheid doelgroep | N=2 |
| Vergeten eHealth te gebruiken | N=2 |
| Wordt niet structureel gebruikt | N=2 |
| Sluit niet aan bij behandeldoelen | N=1 |
| Gebrek aan evidentie | N=1 |

De (zorg)professionals benoemen een aantal knelpunten wanneer het gaat over het structureel gebruiken van eHealth (Tabel 4). Onderstaande citaten geven de meest ervaren knelpunten van (zorg)professionals weer:

Voorbeeld citaat vanuit 'onvoldoende beschikbare middelen': *"Voorwaarden zijn er niet altijd: patiënten hebben zelf geen smartphone, laptop of Chromebook. Ook op de werkplek is deze niet aanwezig om in bruikleen te geven."*

Voorbeeld citaat vanuit 'kennistekort (zorg)professionals': *"Onvoldoende kennis en kunde bij mezelf, maar ook bij teamleden. Onvoldoende focus op de meerwaarde."*

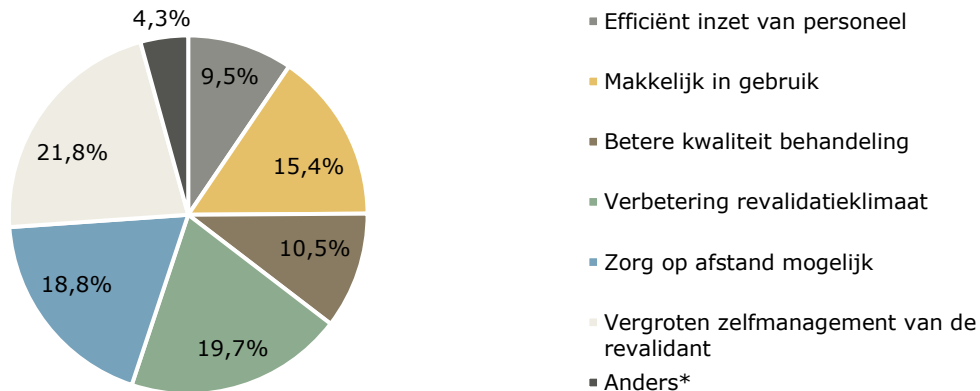
Voorbeeld citaat vanuit 'ongeschiktheid doelgroep': *"Cliëntengroep is vaak niet bekend met de digitale wereld, maakt het moeilijk voor hen."*

Voorbeeld citaat vanuit 'tijdgebrek': *"Ruimte en tijd om goed te kunnen implementeren. Het zou prettig zijn als 1 persoon hierin steeds de leider is, die de behandelaar ondersteund met taken die veel tijd kosten."*

3.5 Effectiviteit

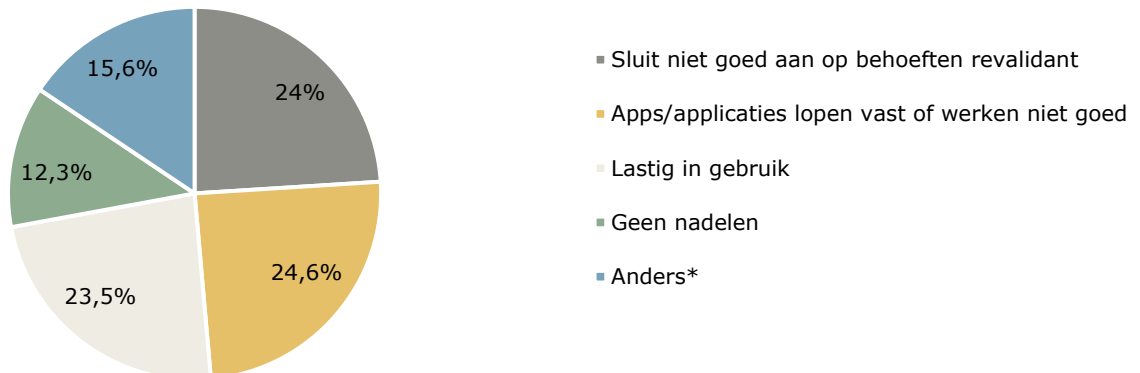
Met effectiviteit wordt bedoeld dat de eHealth-toepassing gebaseerd is op wetenschappelijk bewijs en het beoogde effect realiseert.¹⁵

Welke voordelen heeft u zelf ondervonden tijdens het gebruik van eHealth?



Figuur 12: Voordelen (zorg)professional gebruik eHealth (valid n=115/missing n=34)(totaal gegeven antwoorden: 325=100%)(*stimulatie van revalidanten, ondersteuning naast reguliere therapie, informatievoorziening en contact met naasten)

Welke nadelen heeft u ondervonden in het gebruik van eHealth?



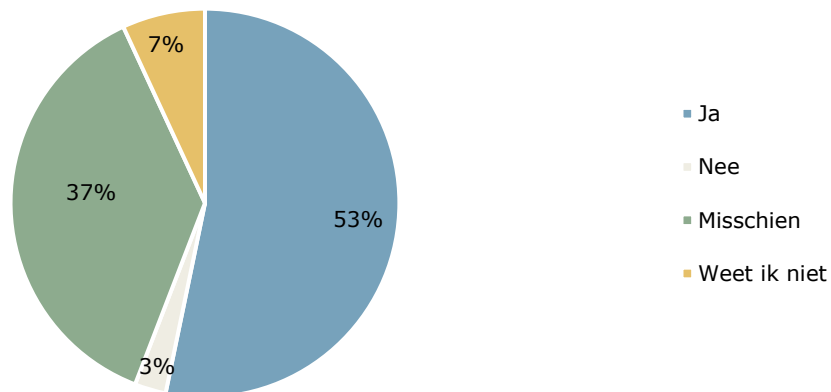
Figuur 13: Nadelen gebruik eHealth (valid n=111/missing n=38)(totaal gegeven antwoorden: 179=100%)(*doelgroep niet geschikt, kost tijd, onvoldoende beschikbare middelen en minder persoonlijk)

De (zorg)professionals konden bij zowel de voor- als nadelen meerdere antwoordmogelijkheden aanvinken. Bij voordelen is het 'vergroten van zelfmanagement van de revalidant' (21,8%) het meest gekozen. Daarentegen is 'efficiënt inzet van personeel' (9,5%) het minst als voordeel ondervonden (Figuur 12).

Bij nadelen zijn 'apps/applicaties lopen vast of werken niet goed' (24,6%) en 'sluit niet goed aan op behoeftes revalidant' (24%) het meest gekozen. Het minste aandeel van de stemmen ging uit naar 'geen nadelen' (12,3%)(Figuur 13).

3.6 Behoefte

Zou u meer gebruik willen maken van eHealth binnen uw behandelingen?



Figuur 14: Behoeftes rondom gebruik (valid n=231/missing n=100)

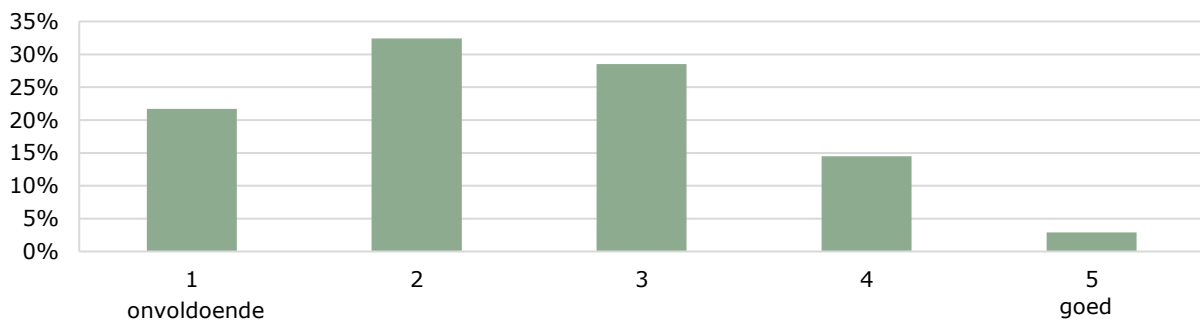
De meerderheid van de (zorg)professionals (53%) geeft aan meer gebruik te willen maken van eHealth (Figuur 14). Zij geven aan dat eHealth goede ondersteuning, voordelen en mogelijkheden biedt binnen de behandeling. Volgend citaat is hier een voorbeeld van:

"Ik denk dat dit in onze moderne tijd van toegevoegde meerwaarde kan zijn. De populatie patiënten is dusdanig veranderd dat zij wel om kunnen gaan met deze moderne technieken."

Het aantal dat aangeeft misschien meer gebruik te willen maken van eHealth (37%) zegt dat zij behoefte hebben aan informatie over eHealth en mogelijkheden voor de ouderen doelgroep. Met volgend citaat als voorbeeld:

"Als ik goed op de hoogte ben van de mogelijkheden en de meerwaarde voor mijn cliënten, dan sta ik daar zeker voor open."

In welke mate vindt u dat er een heldere visie is rondom de inzet van eHealth binnen uw instelling?

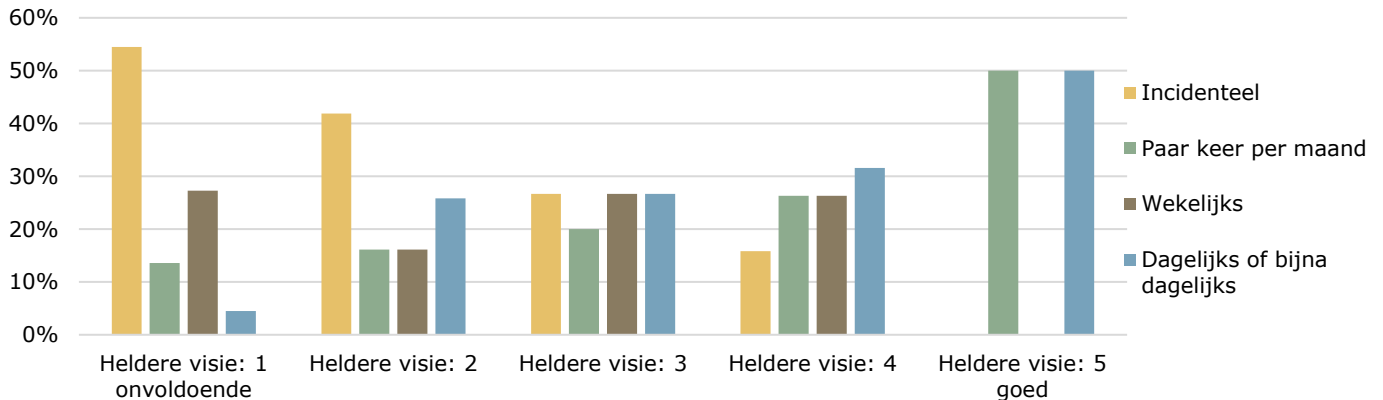


Figuur 15: Mate van heldere visie (valid n=207/missing n=124)

Het cijfer 2 en 3 worden door de meeste (zorg)professionals gegeven aan de mate van heldere visie (Figuur 15). Een groot aantal (zorg)professionals geeft in de toelichtingen aan dat er voor hen geen visie bekend is bij de instelling waarin zij werkzaam zijn. Volgend citaat is hier een voorbeeld van en gaf de mate van heldere visie in zijn of haar instelling een 2.

"Er is nog maar zeer weinig helder rondom de visie die de GRZ heeft op het inzetten van eHealth, bovendien is de huidige werkwijze hier helemaal niet op ingesteld."

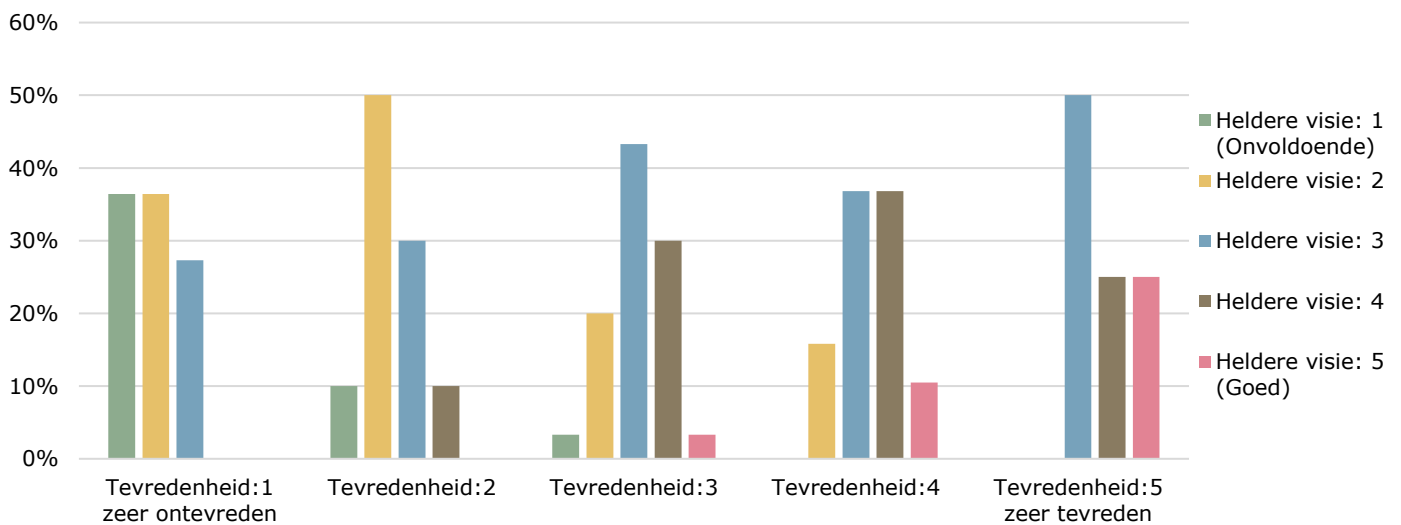
Heeft een heldere visie binnen de instelling invloed op de frequentie van het gebruik van eHealth?



Figuur 16: Relatie tussen frequentie van gebruik en de mate van heldere visie binnen een instelling (valid n=106/missing n=43)

Er is gekeken of er een relatie is tussen de frequentie van gebruik en de mate van heldere visie binnen een instelling (Figuur 16). De Spearman's correlatie is $R_s=0.290$, $p<0.001$, $n=131$. Zichtbaar is dat (zorg)professionals welke een lage score voor heldere visie aangeven, vaker eHealth incidenteel gebruiken.

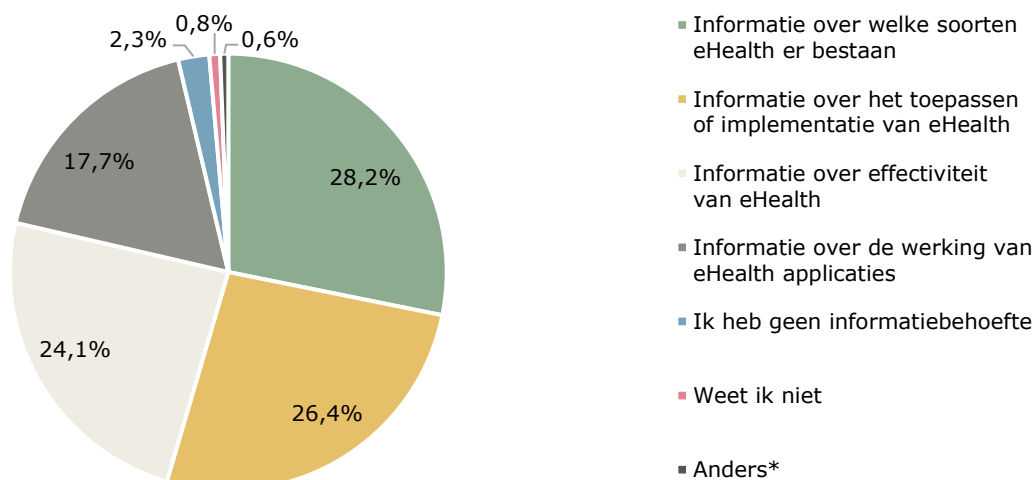
Heeft de tevredenheid van het implementatieproces en een heldere visie binnen de instelling invloed op elkaar?



Figuur 17: Relatie tussen tevredenheid implementatie proces en mate van heldere visie (valid n=105/missing=44)

Daarnaast is er een zichtbare relatie aan te tonen tussen tevredenheid van implementatie en de mate van heldere visie (Figuur 17). Met een Spearman's correlatie van $R_s=0.563$, $p<0.001$, $n=105$. In de grafiek is te zien dat zodra de tevredenheid toeneemt, de heldere visie toeneemt. Zo is te zien dat 50% van de (zorg)professionals die tevredenheid een twee hebben gegeven, een heldere visie eveneens een twee hebben gegeven.

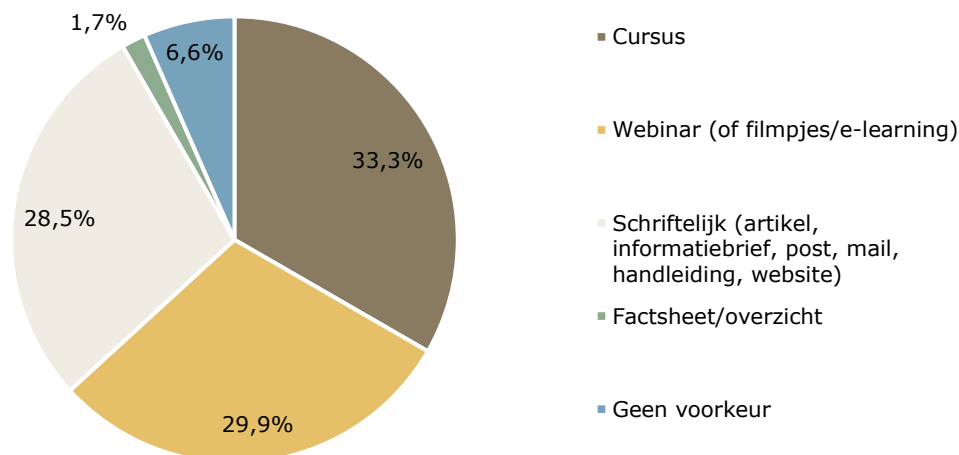
Welke informatiebehoefte heeft u met betrekking tot eHealth?



Figuur 18: Informatiebehoefte eHealth (valid n=204/missing n=127)(totaal gegeven antwoorden: 531=100%)(*informatie specifiek voor de doelgroep en multidisciplinaire informatie over eHealth)

Figuur 18 laat zien dat er veel spreiding is wat betreft het onderwerp waar de (zorg)professionals informatie over willen. 'Geen informatiebehoefte' vormt echter slechts 2,3% van de gegeven antwoorden. De (zorg)professionals konden bij deze vraag meerdere antwoordmogelijkheden aanvinken.

Hoe wilt u de informatie tot uw beschikking krijgen?



Figuur 19: Wijze van informatieverstrekking (valid n=197/missing n=134)(totaal gegeven antwoorden: 288=100%)

De thema's uit Figuur 19 kwamen naar voren tijdens het coderen van deze open vraag. Er is geen duidelijke voorkeur zichtbaar, maar informatie in de vorm van een cursus, webinar of via een informatiebrief veel genoemd is.

3.7 Covid-19

De vraag 'Hoeveel invloed heeft de situatie rondom het coronavirus op uw huidig gebruik van eHealth?' gaf wisselende resultaten. Volgens 30,8% (n=61) heeft Covid-19 weinig invloed op het gebruik. Echter werd in de toelichtingen benoemd dat de ontwikkelingen rondom eHealth werden uitgesteld of dat er juist extra gebruik werd gemaakt van eHealth door Covid-19. Beeldbellen werd hierin veel als voorbeeld genoemd (n=19), om het contact met familie te kunnen onderhouden.

4. Discussie

Voorafgaand aan dit onderzoek ontbrak er wetenschappelijk bewijs over de ervaringen en behoeftes van (zorg)professionals rondom eHealth in de GR.¹³ De onderzoeksgroep is erin geslaagd deze ervaringen in kaart te brengen. Dit is gerealiseerd middels de nationale survey 'eHealth in de geriatrische revalidatie' aan de hand van de drie domeinen bruikbaarheid, haalbaarheid en effectiviteit. Daarnaast zijn het gebruik en de behoeftes rondom eHealth in de GR onderzocht. Hieronder worden de belangrijkste bevindingen per domein besproken en vergeleken met de literatuur, daarna volgen de beperkingen en sterke kanten van het onderzoek.

Huidige gebruik:

Uit dit onderzoek komt naar voren dat circa de helft (47%) van de ondervraagde (zorg)professionals gebruik maakt van eHealth. Wel geeft 53% van de (zorg)professionals met zekerheid aan meer gebruik te willen maken van eHealth, daarnaast geeft 37% aan eHealth misschien meer te willen gebruiken. Dit biedt interessante mogelijkheden voor de toekomst.

Er is verschil zichtbaar in het gebruik per discipline, waarbij fysiotherapeuten, logopedisten en ergotherapeuten procentueel het meest gebruik maken van eHealth. Feitelijk scoorden de groep verpleegkundig specialisten/physician assistants het hoogst, echter bestond deze groep uit slechts vijf respondenten (Figuur 4). Wegens te lage respons vindt de onderzoeksgroep dit resultaat onbetrouwbaar. Daarnaast duiden de resultaten aan dat het gebruik van eHealth nog niet volledig geïntegreerd is in de behandeling doordat eHealth vaak incidenteel of een paar keer per maand ingezet wordt (Figuur 5).

Mobiele apps, beeldbellen, health-sensoren en exergames behoren vanuit de onderzoeksresultaten tot de meest gebruikte vormen binnen de GR. Daarentegen zijn robotica en virtual reality het minst genoemd (Figuur 6). Het is nog onduidelijk of robotica en virtual reality geschikt zijn voor de revalidanten in de GR.¹³ Daarnaast gaat de aanschaf van deze complexere eHealth toepassingen gepaard met hoge kosten.²⁰

eHealth wordt het meest ingezet bij CVA-revalidanten. Dit is mogelijk te verklaren door heterogeniteit van de diagnosegroep. Hierdoor zijn er vergeleken met anderen diagnosegroepen meer revalidatiedoelen en daardoor meer behandelmogelijkheden waarbij eHealth ingezet kan worden.²¹ Daarentegen blijkt uit dit onderzoek dat (zorg)professionals liever naar de hulpvraag en het huidige functioneren kijken in plaats van naar de onderverdeling in diagnosegroepen, wanneer zij kiezen voor het gebruik van eHealth.

Bruikbaarheid:

Kijkend naar de resultaten ervaren de (zorg)professionals "voldoende cognitie" als een vereiste voor revalidanten om eHealth te gebruiken. Revalidanten hebben bijvoorbeeld voldoende aandacht nodig om de instructie te volgen, de juiste informatieverwerking om de instructie te begrijpen en geen (ernstige) geheugenproblemen om de instructie te reproduceren. Hiernaast blijken motoriek, visus, gehoor, spraak en digivaardigheid ook van belang om gebruik te maken van eHealth. Bovenstaande vaardigheden komen overeen met de eigenschappen van de groep geëxcludeerde revalidanten in studies welke de bruikbaarheid, haalbaarheid en effectiviteit van eHealth bij ouderen onderzochten. Dit was van toepassing bij gebruik van robotica en exergames waarbij voldoende cognitie en fysieke vaardigheden veelal een vereiste zijn.¹³

Ervanuit gaande dat revalidanten zelfstandig gebruik zouden maken van eHealth spreekt 35,4% van de (zorg)professionals zorg uit over het ontbreken van supervisie als mogelijk risico. Dit kan leiden tot valincidenten, onjuiste toepassing en overschatting. Door de benodigde vaardigheden en de mogelijke risico's zijn de huidige eHealth-toepassingen wellicht niet geheel bruikbaar bij revalidanten met fysieke beperkingen en/of cognitieve stoornissen. Daarnaast ziet 19% van de (zorg)professionals kwaliteitsvermindering van zorg als mogelijk risico van de revalidatie doordat fysiek contact (deels) vervangen wordt. Echter, uit onderzoek van Talboom-Kamp et al.²² blijkt dat wanneer eHealth toegepast wordt in combinatie met een non-eHealth interventie er geen kwaliteitsvermindering is. Deze combinatie staat ook wel bekend als blended care. Deze vorm van zorg is van meerwaarde gebleken omdat het de eigen regie bevordert en heropname doet verminderen.²²

Haalbaarheid:

Een groot aantal (zorg)professionals is matig tevreden over het implementatieproces van eHealth in zijn of haar instelling. Aangegeven wordt dat eHealth nog in de kinderschoenen staat en het implementatieproces zich vaak in een oriënterend stadium bevindt. Knelpunten voor structureel gebruik zijn: onvoldoende beschikbare middelen, ongeschiktheid doelgroep, kennistekort professional en tijdsgebrek. Daarnaast spelen gebrek aan motivatie en het ontbreken van een organisatie brede werkwijze een rol. Met deze knelpunten lijkt het moeilijk haalbaar om eHealth te implementeren, dit komt overeen met literatuur.¹¹ Er is dan ook procesverandering noodzakelijk voor het implementeren van eHealth.⁹

Er is een relatie tussen de mate van tevredenheid over het implementatieproces en de frequentie van het gebruik van eHealth ($R_s=0.465$, $p<0.001$). Met dit inzicht lijkt het voor de haalbaarheid belangrijk om als instelling te investeren in het implementatieproces zodat het structureel gebruik van eHealth toeneemt.

Effectiviteit:

De grootste voordelen van het gebruik van eHealth volgens (zorg)professionals zijn het vergroten van zelfmanagement, verbetering van revalidatieklimaat en de mogelijkheid van zorg op afstand. Dit zijn volgens de (zorg)professionals eveneens voordelen voor revalidanten. Dikwijls komen de doelen van (zorg)professionals en revalidanten overeen, zij werken immers samen aan hetzelfde behandeldoel.

eHealth-toepassingen zijn al effectief gebleken voor revalidanten op het gebied van fysieke activiteit, kwaliteit van leven, zelfmanagement en vermindering van valincidenten.⁵⁻⁷ Wel geeft 24,1% van de (zorg)professionals aan meer informatie te willen over de effectiviteit van eHealth. Daarnaast ondervinden (zorg)professionals nadelen aan het gebruik van eHealth. Zo sluit de toepassing niet altijd goed aan op de behoeftes van revalidanten, werken de apps niet voldoende of zijn ze lastig in gebruik. Dit indiceert dat ondanks de voordelen, de (zorg)professionals nog niet volledig overtuigd zijn van de effectiviteit van de huidige eHealth toepassingen.

Behoeftte:

De (zorg)professionals hebben behoefte aan informatie over eHealth in zijn algemeenheid, de effectiviteit en de mogelijkheden binnen de GR. Deze informatie zouden zij graag aangeboden krijgen in de vorm van een cursus, webinar of informatiebrief.

Er wordt laag gescoord op de mate van heldere visie over eHealth binnen een instelling. Momenteel wordt eHealth ingezet op basis van losstaande initiatieven en is de visie regelmatig onbekend. Literatuur toont aan dat een heldere visie van fundamentele waarde is tijdens het implementatieproces van eHealth²³, hier is winst te behalen. Dit komt overeen met de relatie tussen de mate van tevredenheid over het implementatieproces en de mate van heldere visie binnen een organisatie ($R_s=0.563$, $p<0.001$). De resultaten uit dit onderzoek wijzen erop dat voor verbetering van implementatie er behoefte is aan een heldere visie omtrent eHealth vanuit de instelling.

Beperkingen en sterke kanten

Respons:

Gezien het beloop is de onderzoeksgroep tevreden met het responspercentage. Middels een inschatting door de opdrachtgever over het aantal (zorg)professionals werkzaam binnen de GR, beoogde de onderzoeksgroep een responspercentage van 25%. Het behaalde responspercentage bedroeg echter 15% (331/2200).

Wegens vertraging tijdens werving is ervoor gekozen de responsperiode met zes dagen te verlengen. De respons is daardoor toegenomen met 54 (zorg)professionals. Tevens heeft de onderzoeksgroep enkele klachten binnengekregen over het invullen en versturen van de survey, dit heeft mogelijk geleid tot een lagere respons. Het is onduidelijk hoe groot deze groep is geweest en of het aan het programma Castor EDC heeft gelegen.

Wederom nam de druk op de zorg extra toe door Covid-19. Enkele contactpersonen gaven aan het mail-contact minimaal te willen houden om de (zorg)professional te ontzien. Hiermee is rekening gehouden door in plaats van drie, twee reminders te sturen. Dit heeft mogelijk geleid tot een lagere respons.

Het aantal uitgevallen (zorg)professionals neemt per vraag geleidelijk toe. Dit loopt uiteen van 4,2% tot 39,6% en dit heeft ertoe geleiden dat 127 van de 331 (zorg)professionals de vragen over behoefte niet hebben ingevuld. Ondanks dit missingspercentage trad er verzadiging op tijdens het coderen en heeft de onderzoeksgroep een beeld kunnen vormen over de behoeftes.

Door een verwachte lagere respons wegens Covid-19, is ervoor gekozen om een taart te verloten aan de instelling met de meeste respons. Met 44% van de (zorg)professionals die aangeven in aanmerking te willen komen voor de taart, kan de onderzoeksgroep concluderen dat dit een mooie stimulans is geweest.

Validiteit:

De onderzoeksgroep is nagegaan of de representativiteit overeenkwam met de werkelijke verdeling van disciplines binnen een instelling. Hieruit is gebleken dat dit onderzoek grotendeels representatief is, dit komt de generaliseerbaarheid ten gunste. Echter waren de fysiotherapeuten met 13,7% oververtegenwoordigd in de nationale survey. De verpleegkundigen/verzorgenden bleken ondervertegenwoordigd met 28,1% (Bijlage 8).

Na beoordeling van de interne validiteit van dit onderzoek is de onderzoeksgroep tot de constatering gekomen dat het interpreteren van vragen met een vijfpuntschaal onvolledig bleek doordat enkel punt 1 (slecht) en 5 (goed) een waarde bedroegen. Om die reden kan verwarring ontstaan over de waarde van punt 2 t/m 4 met beperkte conclusies als gevolg.

Beloop:

Bij de onderzoeksgroep berust het idee dat niet alle instellingen zijn bereikt door de contactpersonen. De kennisnetwerken prefererden verschillende voorkeuren voor werving. Enerzijds zat het verschil in het aantal contactpersonen, anderzijds in de manier van verspreiding. Opvallend was dat hoe minder contactpersonen tussen de onderzoeksgroep en de (zorg)professionals, des te hoger de respons. Zo leverde een contactpersoon direct gekoppeld aan een instelling, meer respondenten op dan een contactpersoon welke zich buiten een instelling maar binnen een kennisnetwerk bevond. Verder bleek verspreiding per mail effectiever dan via een nieuwsbrief.

5. Conclusie

In dit onderzoek is antwoord gezocht op de vraagstelling wat de ervaringen zijn bij (zorg)professionals werkzaam in de GR met eHealth op de domeinen bruikbaarheid, haalbaarheid en effectiviteit, het huidige gebruik en waar nog behoefte aan is met betrekking tot eHealth.

De (zorg)professionals maken beperkt gebruik van eHealth in de GR. De reden daarvoor heeft betrekking op het niveau van (zorg)professionals, revalidanten en organisaties. Dit maakt het structureel gebruik complex. Huidige eHealth toepassingen worden momenteel door de (zorg)professionals als niet geheel bruikbaar ervaren bij revalidanten met fysieke beperkingen en/of cognitieve stoornissen. Door ervaren knelpunten en gebrek aan implementatie is eHealth binnen de instellingen niet altijd haalbaar. De (zorg)professionals zijn nog niet volledig overtuigd van de effectiviteit van de huidige eHealth toepassingen in de GR. Wel geven zij aan meer gebruik te willen maken van eHealth. Er is behoefte aan informatievoorziening voor de (zorg)professionals. Daarnaast is een heldere visie vanuit de instelling van belang zodat het implementatieproces beter vormgegeven kan worden. Door in deze behoeftes te voorzien wordt het structureel gebruik van eHealth bevorderd.

Aanbevelingen:

De onderzoeksgroep adviseert om (zorg)professionals van informatie over eHealth te voorzien. Daarnaast wordt aanbevolen om als instelling te investeren in het implementatieproces. Hiervoor is een heldere visie omtrent eHealth noodzakelijk, tevens is het belangrijk om aandacht te besteden aan het creëren van voldoende tijd en beschikbare middelen. Aanbevolen wordt om verder onderzoek te doen naar welke eHealth toepassingen geschikt zijn voor de GR. Hieruit moet blijken hoe eHealth afgestemd kan worden op de hulpvraag en wanneer revalidanten in aanmerking komen voor bepaalde toepassingen.

Tevens wordt voor de internationale survey aanbevolen om een vijfpuntslikertschaal te gebruiken bij schaalvragen. Daarnaast wordt sterk aangeraden het aantal contactpersonen tussen de onderzoeksgroep en de (zorg)professionals te beperken tot (indien haalbaar) maximaal één. Tot slot wordt aanbevolen om een responstijd van (indien haalbaar) minimaal vier weken te hanteren om de respons te optimaliseren.

6. Literatuurlijst

1. World Health Organization. Ageing and health. [Internet]. Beschikbaar op: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. [Geraadpleegd op 7 september 2020].
2. Centraal Bureau Statistiek. Prognose: 18 miljoen inwoners in 2029. [Internet]. Beschikbaar op: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/bevolking/cijfers-context/bevolkingsomvang#!node-prognose-bevolkingsopbouw>. [Geraadpleegd op 7 september 2020].
3. Verenso. Geriatrische revalidatiezorg. [Internet]. Beschikbaar op: <https://www.verenso.nl/themas-en-projecten/zorgvormen-en-financiering/geriatrische-revalidatiezorg>. [Geraadpleegd op 15 september 2020].
4. van Lettow B, Wouters M, Sinnige J. E-health, wat is dat? 2019. Beschikbaar op: <https://www.nictiz.nl/rapporten/e-health-wat-is-dat/>. [Geraadpleegd op 4 september 2020].
5. Bernocchi P, Vitacca M, La Rovere MT, Volterrani M, Galli T, Baratti D, e.a. Home-based telerehabilitation in older patients with chronic obstructive pulmonary disease and heart failure: a randomised controlled trial. *Age Ageing*. 2018 01 01;47(1):82–88.
6. Giordano A, Bonometti GP, Vanoglio F, Paneroni M, Bernocchi P, Comini L, e.a. Feasibility and cost-effectiveness of a multidisciplinary home-telehealth intervention programme to reduce falls among elderly discharged from hospital: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Geriatr*. 2016 07 12;16(1):209.
7. Makai P, Perry M, Robben SHM, Schers HJ, Heinen MM, Olde Rikkert MGM, e.a. Evaluation of an eHealth intervention in chronic care for frail older people: why adherence is the first target. *J Med Internet Res*. 2014 06 23;16(6):156.
8. Duan-Porter W, Van Houtven CH, Mahanna EP, Chapman JG, Stechuchak KM, Coffman CJ, e.a. Internet Use and Technology-Related Attitudes of Veterans and Informal Caregivers of Veterans. *Telemed J E Health*. 2018 07 01;24(7):471–480.
9. van Raalte B. Adoptie van professionele e-Health. [Internet]. Beschikbaar op: <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2015/04/21/achtergrondstudie-adoptie-van-professionele-e-health>. [Geraadpleegd op 15 december 2020].
10. van der Veer G. Jeroen Ruwaard: 'De behandelaar is verloren geraakt in de eHealth'. *GZ - Psychologie*. 2016 10 01;8(7):14–18.
11. de Vries H, Kloek C, Bossen D, Veenhof C. Waarom wordt e-health (niet) gebruikt? *FysioPraxis*. 2016 04;25(3):3.
12. LUMC. EAGER - eHealth in de geriatrische revalidatie [Internet]. Beschikbaar op: <https://www.lumc.nl/org/unc-zh/onderzoek/Geriatrische-Revalidatie1/eHealthindegr/>. [Geraadpleegd op 29 september 2020].
13. Kraaijkamp J, van Dam van Isselt L, Persoon A, Chavannes N, Achterberg W. eHealth in de geriatrische revalidatie. *TvO*. 2020 08 01;4(Augustus):7.
14. Janson B, Vijn C, van der Lans J, van der Hoeven S. Eindproduct Pilot internationale survey eHealth. 2020 06. Beschikbaar op: <https://www.lumc.nl/sub/9600/att/PilotNationalesurveyeHealthgr>. [Geraadpleegd op 15 september 2020].
15. Ossebaard H, van Duivenboden J, Krijgsman J. Evaluatie van eHealth-technologie. Diemen, Den Haag: Zorginstituut Nederland, Nictiz; 2017 05 17. Beschikbaar op: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/05/17/evaluatie-van-ehealth-technologie>.

16. SANO. De zes Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg. [Internet]. Beschikbaar op: <https://academischeouderenzorg.nl/>. [Geraadpleegd op 3 september 2020].
17. Arts D. Castor EDC. (Version 1.5) [Computer program]. Beschikbaar op: <http://www.castoredc.com/>. 2020.
18. Nie NH. IBM SPSS software. (Version 26) [Computer program]. Beschikbaar op: <https://www.ibm.com/nl-en/analytics/spss-statistics-software>. 2019.
19. WMA. WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. [Internet]. Beschikbaar op: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>. [Geraadpleegd op 10 september 2020].
20. Innovatiekring Dementie. Robots: immer vriendelijke zorgverleners of onmenselijke zoethouders? [Internet]. Beschikbaar op: <https://www.innovatiekringdementie.nl/a-1724/robots-immer-vriendelijke-zorgverleners-of-onmenselijke-zoethouders>. [Geraadpleegd op 8 januari 2021].
21. Veerbeek JM, van Wegen EEH, van Peppen RPS, Hendriks HJM, Rietberg MB, van der Wees PhJ, e.a. KNGF-richtlijn Beroerte. Amersfoort: KNGF; 2017. Beschikbaar op: <https://www.kngf2.nl/kennisplatform/richtlijnen/beroerte>.
22. Talboom-Kamp EP, Verdijk NA, Kasteleyn MJ, Harmans LM, Talboom IJ, Numans ME, e.a. High Level of Integration in Integrated Disease Management Leads to Higher Usage in the e-Vita Study: Self-Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease With Web-Based Platforms in a Parallel Cohort Design. J Med Internet Res. 2017 05 31;19(5):15.
23. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Handreiking e-health implementatie - Implementatie - Zorg voor innoveren. [Internet]. Beschikbaar op: <https://www.zorgvoorinnoveren.nl/implementatie/handreiking-e-health-implementatie>. [Geraadpleegd op 17 december 2020].

Bijlagen

Bijlage 1: Onderzoeksprogramma EAGER

Deze bijlage bevat de opzet van het onderzoeksprogramma EAGER. Deze informatie is afkomstig van het LUMC (LUMC, 2019).

Korte omschrijving

Onderzoek naar de effectiviteit, haalbaarheid en bruikbaarheid van eHealth bij kwetsbare ouderen die revalideren in de geriatrische revalidatie.

Onderzoeker(s)

Jules Kraaijkamp
Dr. Leonoor van Dam van Isselt
Dr. Anke Persoon
Prof. Dr. Niels Chavannes
Prof. Dr. Wilco Achterberg



Deelnemende instellingen

Zonnehuisgroep Vlaardingen

Contactpersoon

[Jules Kraaijkamp](#)

Start onderzoek

2019

Verwachte afronding

2024

Achtergrond

De algemene verwachting is dat eHealth een grote rol gaat spelen in de zorg van de toekomst. eHealth wordt tegenwoordig breed gedefinieerd en omvat in feite alle vormen van digitale informatie en communicatie gericht op het verbeteren en ondersteunen van gezondheid en gezondheidszorg. De potentie van eHealth is groot in termen van kwaliteitsverbetering en kostenreductie, een interessante combinatie! Maar, er is ook veel onduidelijk, zeker als het gaat om de effectiviteit van eHealth, aangezien wetenschappelijke onderbouwing vaak ontbreekt.

Ook binnen de GRZ biedt eHealth zeer waarschijnlijk veel mogelijkheden, welke ook benoemd worden in de onderzoeks-agenda van de GRZ, opgesteld in de Position Paper GRZ. Technologische ontwikkelingen worden hier specifiek genoemd, maar ook binnen andere thema's, zoals 'patiënt centraal' en 'ambulante revalidatie', kan eHealth meerwaarde hebben. Ouderen zijn in toenemende mate bekend met het gebruik van smartphones en tablets en blijken ook geïnteresseerd in de mogelijkheden van bijvoorbeeld telerevalidatie via een beeldscherm, maar zij hebben mogelijk ook andere behoeftes en problemen of een specifieke benadering nodig.

Echter, ook in de GRZ staat eHealth in nog in de kinderschoenen en is er weinig bekend over de wetenschappelijke effectiviteit. Voor professionals is het vaak lastig om te beoordelen welke eHealth toepassing en voor hun patiënten zinvol zouden kunnen zijn. Daarnaast is het aanbod dusdanig groot dat men vaak door de bomen het bos niet meer ziet. Kortom, aan de ene kant groeien de mogelijkheden m.b.t. eHealth in de GRZ, aan de andere kant blijven de ontwikkelingen daar momenteel bij achter. Het doel van deze onderzoekslijn is dan ook om bij te dragen aan enerzijds de wetenschappelijke basis op dit onderwerp, maar ook om de praktijk van de GRZ te ondersteunen bij het maken van keuzes en het succesvol implementeren van eHealth.

Omschrijving onderzoek

Dit onderzoeksprogramma bestaat uit vier verschillende onderdelen:

1. **Evidence based review:** een systematisch overzicht van huidige literatuur gericht op effectiviteit en bruikbaarheid van eHealth interventies binnen de geriatrische revalidatie. [Lees meer](#)
Status: *submitted*
2. **Practice based survey:** een nationale en internationale survey gericht op het verzamelen van praktijkervaringen van professionals aangaande het huidige gebruik van en de ervaringen met eHealth in de geriatrische revalidatie.
 - a. Pilot (intern)nationale survey eHealth in de geriatrische revalidatie: POF project in samenwerking met de Hogeschool Leiden. *Planning: Feb-Juli 2020*
 - b. Nationale survey eHealth in de geriatrische revalidatie: POF project in samenwerking met de Hogeschool Leiden. *Planning: Sept 2020- Jan 2021*
 - c. International survey eHealth in geriatric rehabilitation. *Planning: volgt*
3. **Standaardisatie eHealth in geriatrische revalidatie:** het bereiken van internationale consensus over de definitie en uitgangspunten (indeling, doelen, doelgroepen) van eHealth in de geriatrische revalidatie op basis van systematische review en (inter)nationale survey middels een Delphi methode. *Planning: volgt*
4. **Experiment:** gericht op de effectiviteit en bruikbaarheid van één of meerdere evidence & practice based eHealth Interventies in de geriatrische revalidatie.
 - a. RAAK-PRO; making sense of sensor data for personalized health care. Op weg naar geperonaliseerde revalidatie voor mensen na een beroerte. *Planning: Jan 2021-Dec 2023* [Lees meer](#)

Samenwerking met

UKON (Anke Persoon), Hogeschool Leiden, Hogeschool Utrecht (Michiel Punt), GRZ PLUS

Financiering

ZGG Zorggroep
RAAK-PRO

Publicaties

[PowerPoint-presentatie EAGER 15-10-20](#)
[Pilot Nationale Survey eHealth in de geriatrische revalidatie](#)
[Systematische review EAGER TvO 2020](#)
[Infographic Ervaringen en behoefte eHealth in de geriatrische revalidatie](#)

Ondersteuning Praktijk

Kennis café eHealth in de GRZ

1. Delen resultaten systematische review
2. Delen resultaten pilot nationale survey
3. Uitwisseling huidige ervaringen m.b.t. eHealth in de GRZ, ook in kader van Covid-19
Planning: 4 september 2020

Webinar eHealth in de GRZ**Inhoud: volgt** *Planning: najaar 2020*

1. LUMC. EAGER - eHealth in de geriatrische revalidatie [Internet]. Beschikbaar op: <https://www.lumc.nl/org/unc-zh/onderzoek/Geriatrische-Revalidatie1/eHealthindegr/>. [Geraadpleegd op 29 september 2020].

Bijlage 2: Vooronderzoek ontwikkelen definitieve nationale survey

Deze bijlage bevat het vooronderzoek dat door de onderzoeksgroep is uitgevoerd alvorens het ontwikkelen van de nationale survey.

Methode

Onderstaande subvragen maken deel uit van het vooronderzoek en zijn gebaseerd op de aanbevelingen vanuit onderzoeksonderdeel 2A (pilot nationale survey) en gericht op een advies voor onderzoeksonderdeel 2C (internationale survey).

1. Hoe kunnen de aanbevelingen met betrekking tot de nationale survey en de responsiviteit het beste worden opgevolgd en verwerkt?
2. Hoe kan de verdeling tussen (zorg)professionals, welke deelnemen aan de nationale survey, zo veel mogelijk overeenkomen met de werkelijke verdeling van (zorg)professionals werkzaam binnen een instelling?

Onderzoeksdesign

Om de subvragen te beantwoorden zijn allereerst de aanbevelingen vanuit de pilotstudie (onderdeel 2A) verwerkt. Vervolgens is er literatuurstudie gedaan naar het vergroten van de responsiviteit en het formuleren van nieuwe items voor de nationale survey. Vanuit de pilotstudie (onderdeel 2A) werd geconcludeerd dat de verdeling van (zorg)professionals, welke deel hebben genomen aan de pilot survey, niet overeenkwam met de werkelijke verdeling binnen een geriatrische revalidatie instelling.¹ Het was nodig om vóór het uitzetten van de nationale survey een oplossing te vinden voor deze knelpunten.

Dataverzameling

Voor het beantwoorden van de subvragen uit het vooronderzoek is er gebruikt gemaakt van de databanken Google Scholar en HLVinden. Daarnaast is de mediatheek van de Hogeschool Leiden bezocht. Hier is gezocht naar literatuur over vragenlijsten en het doen van onderzoek. In de databanken is er gezocht aan de hand van de volgende zoektermen (Figuur 1):

| IO | Subvraag 1 | Subvraag 2 |
|----|--|--|
| I | "(online) survey" OR "online questionnaires" | "(online) survey" OR "online questionnaires" |
| O | "Respons rate" | "improving" OR "increase" AND "representativeness" |

Figuur 1: Zoektermen op basis van IO

Tijdens een eerste selectie zijn alle titels gelezen en beoordeeld op relevantie. Vervolgens zijn van de overgebleven titels de abstracts beoordeeld aan de hand van de in-en exclusiecriteria (Figuur 2).

| Inclusiecriteria | Exclusiecriteria |
|--|---|
| Personen boven de 18 jaar | Als er een financiële beloning wordt gegeven |
| Heeft betrekking op de respons of representativiteit van een vragenlijst | Als de survey telefonisch is afgenomen of als er een telefonische reminder wordt gehanteerd |

Figuur 2: In- en exclusiecriteria literatuurstudie

Naast het zoeken naar literatuur, is ook de werkelijke verdeling van (zorg)professionals in kaart gebracht (Bijlage 8). Om dit in kaart te brengen is er een inventarisatie gedaan bij een aantal instellingen. Hierbij is gekeken naar de aantallen van verschillende disciplines binnen een instelling. Er is vervolgens een schatting gedaan naar de verhouding tussen verschillende disciplines. Zo werd bepaald of de respons op de nationale survey representatief is aan de werkelijke verdeling.

Er zijn twee nieuwe vragen geformuleerd over de implementatie en informatiebehoefte van eHealth aan de hand van de gevonden literatuur. De twee vragen zijn voorgelegd aan experts via de opdrachtgevers.

Data-analyse

De bruikbare literatuur is individueel beoordeeld aan de hand van de volgende vragen:²

1. Wat is er onderzocht?
2. Waarom is het onderzocht?
3. Hoe is het onderzocht?
4. Wat werd er gevonden?
5. Wat zijn sterke en zwakke punten?
6. Wat heb ik eraan in de praktijk?

Daarnaast is de bruikbare literatuur ingedeeld naar bewijskracht aan de hand van onderstaande Tabel 1.

*Tabel 1: Indeling naar bewijskracht.*³

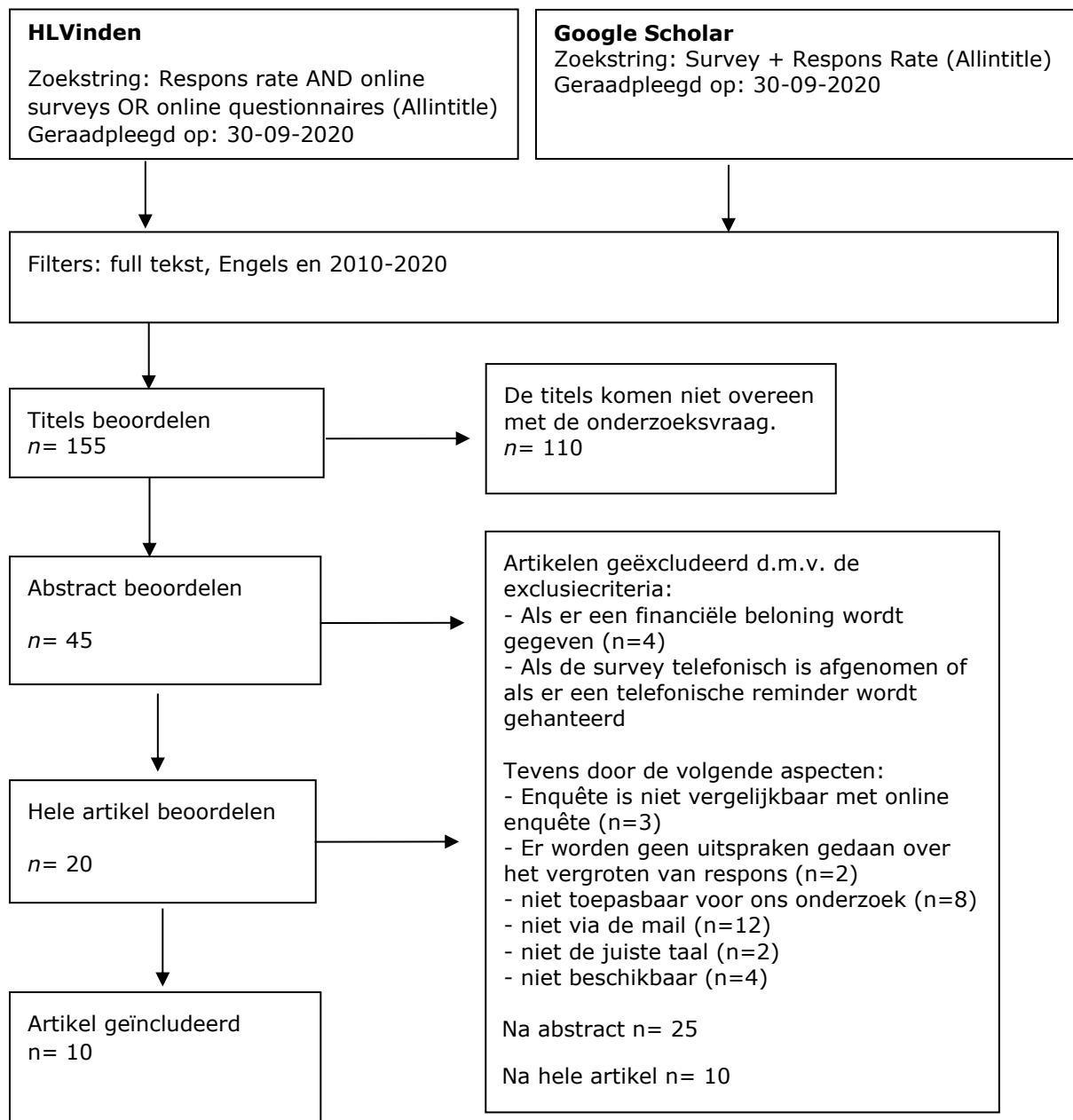
Tabel 2. Indeling van onderzoeksresultaten naar bewijskracht voor interventiestudies.

| | |
|----|--|
| A1 | Systematische reviews die ten minste enkele RCT's van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van de afzonderlijke onderzoeken consistent zijn. |
| A2 | RCT's van goede methodologische kwaliteit en voldoende omvang en consistentie (PEDro-score van 4 punten of hoger). |
| B | RCT's van mindere methodologische kwaliteit en quasi-experimenteel onderzoek (PEDro-score van 3 punten of minder). |
| C | Niet-vergelijkend onderzoek; pre-experimenteel onderzoek. |
| D | Niet ondersteund door onderzoek. Mening van deskundigen. |

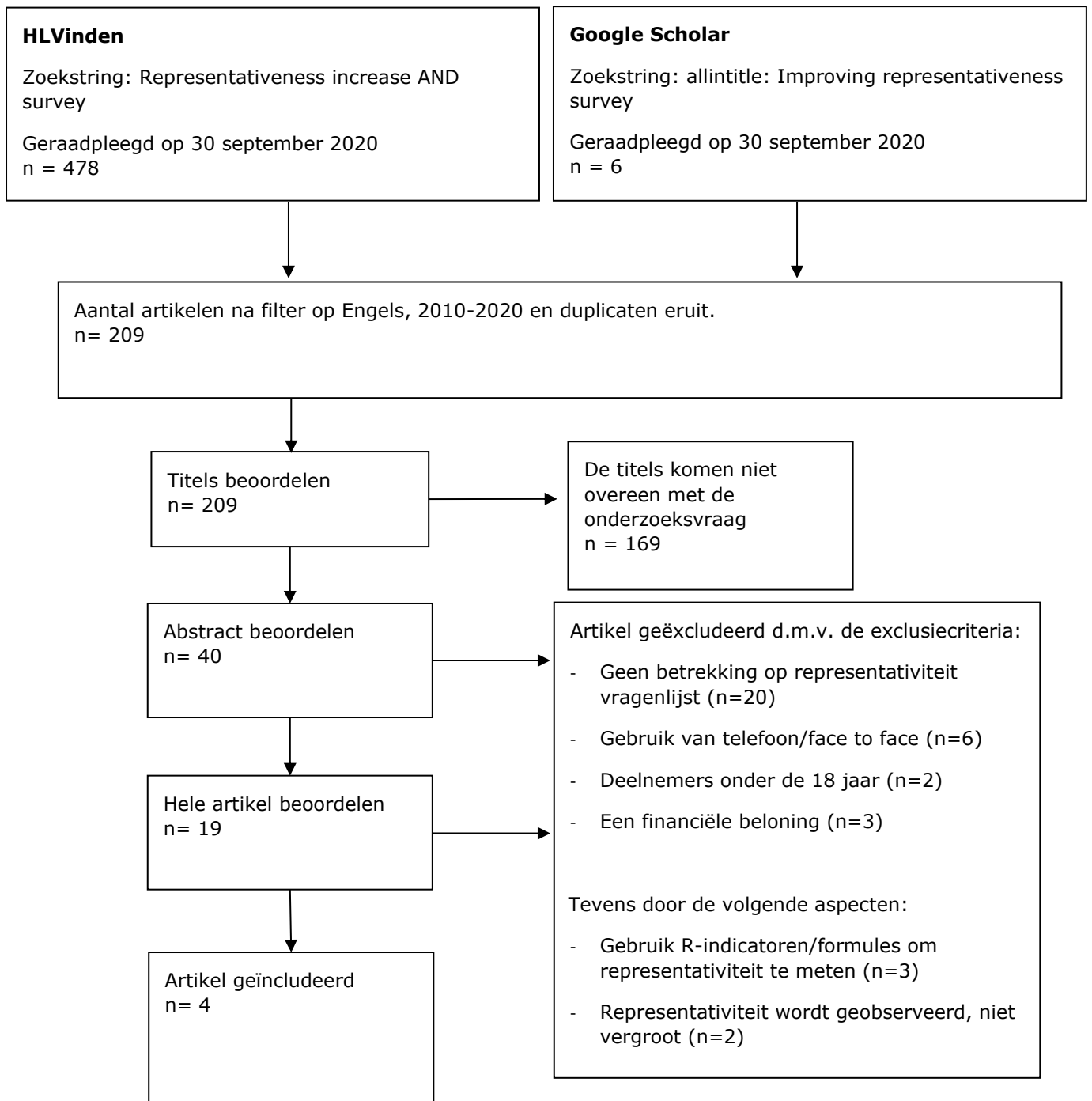
De relevante uitkomsten zijn onderling besproken en gebundeld tot een data-extractietabel. Hierin is de bewijskracht per artikel vermeld.

Resultaten

Zoekstring responsiviteit



Zoekstring representativiteit



Tabel 2: Data-extractietabel responsiviteit

| Auteurs en jaartal | Type onderzoek | Deelnemers | Methode | Belangrijkste resultaten | Sterke en zwakte punten (+/-) |
|--|---------------------------------------|---|--|--|---|
| Asire, 2017 ⁴ | Meta-analyse | --- | In databases: ABI/INFORM Collection gezocht. Criteria: (1) studies moeten een controle en experimenterende groep bevatten, (2) in Engels geschreven, (3) auteurs hebben de respons rates opgeschreven en het moest nagerekend kunnen worden. De 9 overgebleven studies werden gecodeerd op soorten beloningen. Vervolgens is de effectsize berekend met formules. | Het gebruiken van beloningen heeft een positief effect op de response rate. Voor web-based surveys steeg dit met 8,6%. Voor mail surveys was dit 19%. | Er was sprake van een publicatie bias (-). Bewijskracht: A1 |
| Nemery, Brangier & Kopp, 2011 ⁵ | Case study | In 2009: 960 werknemers en in 2010: 897 werknemers van hetzelfde bedrijf. | Hier zijn twee verschillende surveys met elkaar vergeleken in hetzelfde bedrijf. Waarin 2010 persuasieve communicatie werd toegepast en in 2009 niet. Survey met SurveyMonkey uitgezet. | De respons rate ging van 25 % in 2009 naar 41% in 2010. | Casestudy (-). Er is door 30 experts gekeken of er echt juist gebruik is gemaakt van persuasieve communicatie. Hierin was 78,8% correct geïdentificeerd (+). Bewijskracht: C |
| Moore & Varghese, 2019 ⁶ | Report/Social Science Computer Review | In totaal zijn de vragenlijsten naar 56896 studenten gestuurd. | De studie heeft een 2x2x2 experimenteel design. Het heeft de volgende dingen vergeleken: Uitnodiging met de eerste vraag in de mail VS traditioneel (Survey link) Reminder met de eerste vraag in de mail VS traditioneel (Survey link) | Wanneer de eerste vraag in de mail wordt gezet, wordt de vragenlijst vaker geopend, maar is het percentage dat de vragenlijst niet volledig ingevuld groter. | De humor was specifiek gericht op studenten. Het is mogelijk niet te generaliseren naar professionals (-). De auteurs geven aan niet te maken te hebben met belangenverstrengeling en worden gesponsord door het |

| | | | | | |
|------------------------------|---|--|---|--|---|
| | | | Reminder met een berichtje met humor VS zonder humor. | De studie ondersteund het gebruik van humor. Door het toevoegen van humor in de reminder is de vragenlijst na de reminder 2 keer zo vaak ingevuld als zonder humor. Dit gaat volgens het elaboration likelihood model. | Department of Research van het ACT in Iowa, USA (+). Groot aantal deelnemers (+). Bewijskracht: B |
| Paraschiv, 2013 ⁷ | Paper International conference 'marketing – From information to decision' 6th edition 2013. | De onderzoeksgroep bestond uit 131747 deelnemers die zich hadden opgegeven bij een panel. Het panel is akkoord dat er soms vragenlijsten naar hen worden gestuurd. Ze kwamen uit Noord-Oost, Middenwesten, het Zuiden en Westen van Amerika. | Er zijn 131747 uitnodigingsbrieven verstuurd voor het deelnemen van de online survey. Dit gebeurde tussen 19-1-2013 en 15-2-2013. Ze zijn allemaal in verschillende tijdblokken en dagen gestuurd. <ul style="list-style-type: none"> - 08:01 - 12:00 - 12:01 - 16:00 - 16:01 - 20:00 - 20:01 - 12:00 De deelnemers konden wel in elk tijdsvak de survey invullen. | Er zal een hogere response rate zijn, wanneer de survey er professioneel uitziet. Dit zou gaan om het gebruik van kleuren, logo's, foto's, achtergronden en verschillende grootte teksten. Uit de resultaten blijkt dat vrijdag het beste moment is voor het sturen van een online survey. Op een vrijdag heeft 24,5 % de survey geopend. De een na beste dag was donderdag met 15,3%. Het beste tijdstip was 16:01-20:00, hierin heeft 24,4% de vragenlijst geopend. Dit werd opgevolgd door 12:01-16:00 met 23,7% van de geopende vragenlijsten. | De gehele groep behoorde tot een panel dat al had toegezegd om mee te gaan doen met surveys (-). Bewijskracht: C |

| | | | | | |
|---|-----|---|---|--|---|
| Pieper, Kotte & Ober, 2018 ⁸ | RCT | De deelnemers bestaan uit poliklinische patiënten uit een universitair ziekenhuis in Keulen. 472 deelnemers hebben de enquête ontvangen. N=249: met voucher N= 223: zonder voucher | De patiënten zijn gerandomiseerd op basis van de week waarin ze een afspraak hebben in de kliniek. Er waren twee groepen: a) de voucher groep, welke bestond uit een enquêtepakket met een bijgevoegde bon voor koffie (kosten: 1 €) om in te wisselen bij een van de drie cafetaria's van het ziekenhuis. b) de groep dat alleen bestond uit een enquêtepakket (zonder voucher). | Het verschil van 4% tussen de twee groepen was statistisch gezien niet significant. Een kleine voucher prikkel om de respons te verhogen op de vragenlijst, had waarschijnlijk geen invloed. Er kan gespeculeerd worden of de omvang van de voucher te laag was om impact te genereren. Dit moet verder worden onderzocht in toekomstige real-world studies. | Geen significant verschil tussen de twee onderzoeksgroepen (-). Bewijskracht: A2 |
| Petrovčič, Petrič & Lozar Manfreda, 2016 ⁹ | RCT | De 2500 potentiële deelnemers werden willekeurig aan één van de acht experimentele groepen toegewezen. Deze acht verschillende groepen komen overeen met acht verschillende versies van de enquête-email uitnodiging/herinneringsmails. | De e-mailuitnodigingen voor de enquête waren ontworpen om plaats te bieden aan de drie experimentele manipulaties - autoriteit, pleidooi voor hulp en gemeenschapszin - in een volledig facultatief ontwerp tussen groepen. Autoriteit werd bijvoorbeeld gecommuniceerd door te benadrukken dat de hoofdredacteur van de online community de afzender was van de uitnodiging, het verzoek om hulp door de zin toe te voegen die begint met 'Please help by sharing ...' en het gemeenschapsgevoel door het lidmaatschap van de community te benadrukken en voordelen voor de gemeenschap. | Autoriteit als uitnodigingselement is zinvoller wanneer deelnemers een bepaalde stem hebben in de gemeenschap De pleidooi voor hulp bleek een effectieve manipulatie manier te zijn voor het responspercentage Een combinatie van de elementen; autoriteit, pleidooi voor hulp en gemeenschapsgevoel lijden naar een hoger respons in vergelijking met een uitnodiging met geen enkel element. | Responspercentage bedroeg 9,7% (-). Deelnemers zijn random toegewezen aan een experimentele groep (+). Bewijskracht: A2 |

| | | | | | |
|---|-----------------------------|---|--|--|--|
| <p>Wenemark, Persson, Brage, Svensson & Kristenson, 2011¹⁰</p> | <p>RCT</p> | <p>Er zijn 3 experimentele groepen: SDT-ontwerp (SDT-gebaseerde vragenlijst en gegevensverzameling, N ¼ 2.500); gemengd ontwerp (standaardvragenlijst en SDT-gebaseerd gegevensverzameling, N ¼ 500); standaard ontwerp (N ¼ 13.440).</p> | <p>Er wordt gebruik gemaakt van een vragenlijst die de intrinsieke motivatie motiveert (SDT ontwerp) door het toepassen van: een gevoel van autonomie, een gevoel van competentie en een gevoel van verbondenheid. En een standaard vragenlijst zonder deze elementen.</p> | <p>Het SDT-ontwerp bereikte meer vroege reacties en het uiteindelijke responspercentage was 9,2 procentpunten hoger dan dat van het standaardontwerp.</p> | <p>Grote test populatie (+). Er was een significant verschil tussen de groepen meetbaar (+). Bewijskracht: A2</p> |
| <p>Bista & Saleh, 2017¹¹</p> | <p>Educational Research</p> | <p>Deelnemers zijn afgestudeerde studenten, gemiddeld tussen 31-45 jaar oud. 454 deelnemers hebben de enquête ingevuld.</p> | <p>De enquête wordt uitgezet onder de deelnemers. Ze ontvangen ook nog een reminder twee weken na het ontvangen van de enquête. De volgende onderzoeksvraag wordt beantwoord in de studie: In hoeverre doen factoren zoals gewoonte om je email te checken, houding ten opzichte van het onderzoek, beloningen, duur van de enquête, de enquête structuur, de garantie van privacy en de frequentie van herinneringen invloed op de responspercentages van enquêtes?</p> | <p>De respons is sterk gerelateerd aan de onderzoeksinteresse: 88,2% van de deelnemers. De factoren die nodig zijn om een hoge respons te krijgen: voormelding per e-mail (91,8%); enquêtestructuur - een e-mail met een duidelijk rubriek onderzoeksonderwerp (87,4%); professioneel e-mailuitnodiging (85,1%); kort en bondig vraagitems (94,1%); weinig of geen open einde vragen (57%); en een herinnering (66,6%).</p> | <p>Alleen afgenomen onder afgestudeerde studenten, deze groep vertegenwoordigd niet de algemene bevolking (-). Worden duidelijke factoren genoemd om de respons te verhogen (+). Bewijskracht: C</p> |

| | | | | | |
|--|-------------------|--|---|--|---|
| | | | | Meer dan 53% van de deelnemers voltooien de enquête als ze de enquête ontvangen aan het begin van de dag. | |
| Pan, Woodside & Meng, 2014 ¹² | Systematic review | De steekproefomvang varieerde van 1.215 tot 15.000 in de vier verschillende enquêtes. | De studie gebruikt de responsgegevens van vier verschillende web gebaseerde enquêtes in de toeristische context. De vier onderzoeken had verschillende steekproefpopulaties en gebruikte verschillende enquêtes. | Uit het onderzoek was te zien dat de vroege ochtenduren (8.00-9.00 uur) het beste moment is om de e-mail enquête te versturen. Herinneringsmails moeten vroeg worden verzonden, bij voorkeur niet later dan 3 of 4 dagen na de aanvankelijke e-mailverzoek. | Grote populatie neemt deel aan dit onderzoek (+). Alleen afgenomen in toeristische context (-). Bewijskracht: A1 |
| Pedersen & Nielsen, 2016 ¹³ | RCT | Van de 6.162 panelleden werden er 5.000 willekeurig toegewezen aan een van de vijf verschillende behandelingsgroepen (1.000 in elk). De overige 1.162 panelleden vormen de experimentcontrolegroep | Groep 1: groepsloterij Groep 2: kleine donatie aan een goed doel per deelnemer Groep 3: kleine donatie aan een goed doel per deelnemer Groep 4: tekst: "Uw deelname zal bijdragen aan nieuwe sociale kennis en dient daarmee het algemeen belang." Groep 5: tekst: "U bent specifiek geselecteerd uit Kompas Panel-deelnemers." | Zowel de goedkope loterijprijken voor geldprijzen en gratis sms-interventies die gericht zijn op de egoïstische behoefte aan goedkeuring van een persoon, kunnen het responspercentage van de enquête verhogen. | Wordt ook gebruik gemaakt van een loterij (-). Wordt gebruik gemaakt van tekst met egoïstische behoefte (+). Grote populatie neemt deel aan het onderzoek (+). Deelnemers worden willekeurig toegewezen aan een groep (+). Bewijskracht: A2 |

Basis boek Enquêteeren¹⁴

6.5 verhogen van respons

Non respons kan verschillende oorzaken hebben: onbereikbaarheid, weigeren, vergeten of onvolledig/ onjuist invullen.

- Onbereikbaarheid: het niet kunnen bereiken van je respondenten. Het is zaak om verschillende keren contact op te nemen, op verschillende tijdstippen en dagen
- Weigeren: de introductie speelt hierbij een belangrijke rol, hoe meer uitnodigend de introductie des te hoger is de respons.
- Vergeten: het is belangrijk om je respondenten te herinneren om de vragenlijst in te vullen. Maak gebruik van verschillende reminders op verschillende tijdstippen om de respons te verhogen.
- Onvolledig/ onjuist invullen: bij websurveys wordt het probleem opgelost door respondenten erop attent te maken dat ze de vraag niet beantwoord hebben. Vaak kunnen respondenten ook alleen maar verder met de vragen wanneer hij de vraag heeft beantwoord. Deze blokkades kunnen ook irritaties opwekken waardoor respondenten stopt met het invullen van de vragenlijst.

De vragenlijst, een goed meetinstrument voor toepasbaar onderzoek¹⁵

11 Respons bevorderen

Er zijn aanwijzingen dat tien minuten de maximumtijd is die je kan vragen aan respondenten en dan moet het een onderwerp zijn waarbij hij zich betrokken voelt.

11.4 Respons bevorderende maatregelen

Opvallend is dat een enkele maatregel vaak maar een gering effect heeft, maar wanneer respons bevorderende maatregelen in combinatie worden toegepast blijken ze elkaars effect te versterken. Dit verschijnsel staat bekend als synergie.

Aankondiging

Hiermee zijn respondenten voorbereid en vertrouwt het eerder. Daarom is het handig om een onderzoek aan te kondigen doormiddel van bijvoorbeeld een e-mail. De combinatie met een herinnering geeft nog een beter effect.

Herinneringsmail

Bij een digitale enquête bestaat de reminder meestal uit een email. Dit is met het waarborgen van de anonimiteit vaak lastig. Een manier om met respect voor de anonimiteit toch een herinneringsbrief te sturen, is deze naar alle eerder geschreven personen te sturen. In deze brief worden de personen bedankt die de lijst al hebben ingevuld en de personen die de uitnodiging nog in de mailbox heeft, worden verzocht dit alsnog te doen. Een herinnering alleen heeft een gering effect op de respons maar de combinatie met de aankondiging kan wel een flink effect hebben.

Begeleidende tekst

Bij het versturen van een vragenlijst hoort een goed doordachte begeleidende brief. Het doel en het belang van het onderzoek worden besproken. Ook wordt de waarborging van anonimiteit vermeld. Daarnaast is het ook handig om een indicatie te geven van de tijd die respondenten kwijt is aan het invullen van de vragenlijst.

Vertrouwde personen of instanties inschakelen

Wanneer een vertrouwenwekkende persoon, bijvoorbeeld 'de directeur', de vragenlijst, begeleidende brief of aankondiging ondertekend, kan dit de respons helpen verhogen. Hetzelfde geldt voor een onpartijdige instantie, de respondenten zullen dan de enquête bijvoorbeeld als vertrouwelijk of belangrijk ervaren.

Respons dag

Er zijn aanwijzingen als een uitnodiging voor een online enquête op een donderdag of vrijdag wordt verstuurd, dit tot een verhoging van 3 procentpunt kan leiden in vergelijking met de respons na andere verzenddagen.

Grote zorg voor vraagstelling, vormgeving enzovoort

Het is belangrijk dat de vragenlijst er aantrekkelijk uit ziet. Wanneer er merkbaar zorg in is besteed, motiveert dit ook tot invullen.

Mogelijkheid voor aanvullende informatie en toelichting

Als je een telefoonnummer of e-mailadres geeft waar respondenten terecht kunnen voor persoonlijke aanvulling, kun je hulp bieden bij het invullen en vragen toelichten enzovoort. Hierbij maak je ook duidelijk dat de afzender/onderzoeker te vertrouwen is en het onderzoek serieus genomen wordt.

Immaterieel belonen

Het uitleggen wat het nut voor de mens in het algemeen of de respondenten is, kan motiveren tot medewerking. Zo kun je vertellen wat de voordelen zullen zijn voor de respondent.

Enquêteuren, het opstellen en gebruiken van vragenlijsten¹⁶

5.3 non-respons

Om de respons zo hoog mogelijk te laten zijn kun je het volgende doen:

- Zorg voor een goede introductiebrief
- Sluit aan bij de interesses van de respondenten
- Zorg voor zinvolle antwoord categorieën
- Zorg voor goede introducties in de vragenlijst, zodat het invullen gemakkelijk is
- Zorg voor een eenvoudige manier van terugsturen van de vragenlijst
- Maak de vragenlijst niet te lang
- Stuur een reminder na enige tijd

Tabel 3: Data-extractietabel representativiteit

| Auteurs/jaartal | Type onderzoek | Deelnemers | Methode | Belangrijkste resultaten | Sterke en zwakke punten (+/-) |
|---|------------------|--|--|---|---|
| Partin et al., 2013 ¹⁷ | Controlled Trial | <p>107 leidinggevenden van eerstelijnszorg en 101 maag-darm-leverartsen die werkzaam zijn bij medische faciliteiten onder de ouderen health administratie</p> <p>Iedere groep is opgedeeld in twee subgroepen.</p> | <p>Er werd een vragenlijst afgenomen over colorectale kanker. De ene groep werd d.m.v. drie mailberichten benaderd, daarna volgde er nog één benadering per post. De andere groep werd d.m.v. vier mail berichten benaderd.</p> | <p>De responsiviteit werd door de reminder via de post aanzienlijk vergroot. De reminder via de post had echter geen invloed op de representativiteit en de kwaliteit van de respons.</p> | <p>Hoge responsiviteit van dit onderzoek zonder gebruik van een beloning (+).</p> <p>De representativiteit was na de reminder per mail al goed. Er is niet zichtbaar of de vragenlijsten die per post zijn gestuurd hier invloed op hebben (-).</p> <p>De gegevens zijn misschien niet generaliseerbaarheid omdat deze survey werd afgenomen bij arts leidinggevenden (-).</p> <p>Bewijskracht: B</p> |
| De Rada, Ariño & Blasco, 2016 ¹⁸ | Controlled Trial | <p>Consumenten welke geïnteresseerd zijn in de toeristische sector.</p> | <p>Er werd een onderzoek uitgevoerd om informatie te verkrijgen over online consumentengedrag in de toeristische sector. Er werden meerdere manieren gebruikt om de responsiviteit van de online enquête te verhogen. Door middel van: promotie met spandoeken, en mailbericht, een link naar de enquête via de website, kans op een prijs bij deelname en het gebruik van sociale netwerken om een specifieke doelgroep te bereiken. Er werden twee groepen vergeleken, namelijk:</p> | <p>Beide groepen vertonen sociaal vergelijkbare sociaal-demografische kenmerken. Er kan bevestigd worden dat de promotie van het onderzoek via sociale netwerken de onderzoeksgroep in staat heeft gesteld om een groter aantal gegevens te verkrijgen, zonder dat de representativiteit van de steekproef in gevaar werd gebracht.</p> | <p>Het bereik van sociale netwerken kan positief bijdragen aan het aantal responsen, dit kan bijdragen aan de representativiteit (+).</p> <p>Het artikel bevat een schema met daarin de voor en nadelen van online enquêtes (+).</p> <p>Sociale netwerken zorgden voor een snellere respons (+).</p> <p>De mensen die geen sociale media bezitten kun je niet bereiken (-).</p> |

| | | | | | |
|--|----------------------------|--|---|--|---|
| | | | een groep deelnemers d.m.v. sociale netwerken, en een groep deelnemers benaderd door andere promotiematerialen. | | Bewijskracht: B |
| Weinmann, AlZahmi, Schneck, Mancera, Fröschl & Radon, 2019 ¹⁹ | Cross-sectioneel onderzoek | Volwassenen geboren in Syrië en woonachtig in München. | De respondenten werden per post uitgenodigd om een online vragenlijst in te vullen. De werving gebeurde door middel van twee methodes om te testen of de respons bij onderzoek met moeilijk bereikbare populaties vergoot kon worden. Er werd gebruik gemaakt van respondent-driven-sampling (RDS) en population registry (PR). Er werd vergeleken met een steekproef uit het bevolkingsregister. | Van de 374 uit het bevolkingsregister getrokken personen (PR) hebben 49 personen de vragenlijst volledig beantwoord. Via RDS werden er 95 deelnemers geworven uit 16 verspreiders. | <p>RDS is een nuttige manier om toegang te krijgen tot specifieke subgroepen die moeilijk te bereiken zijn. Het is een geschikte manier om met relatief matige inspanning een redelijk aantal deelnemers te werven (+).</p> <p>Bij RDS werden de respondenten na het invullen beloofd met een winkelvoucher ter waarde van 5 euro en bij iedere gerekruteerde deelnemer ook nog eens 5 euro met een maximaal van 20 euro aan waardebonnen (-).</p> <p>De lage respons is niet voldoende om redelijk zeker te zijn van representatieve resultaten, aangezien dergelijke resultaten hoogstwaarschijnlijk worden beïnvloed door selectiebias (-).</p> <p>Bewijskracht: C</p> |
| Shaver et al., 2019 ²⁰ | Cross-sectioneel onderzoek | Respondenten die toestemming gegeven voor deelname zijn tussen de 35 en 74 jaar oud en wonen 2 jaar of meer in Nederland (n=1048). | Thema van de survey was kanker preventie en bewustzijn voor respondenten met en zonder kanker. De vragenlijst bestond uit 134 items. Er was in eerste instantie één | Er is een gedeeltelijk representatieve verdeling gehaald. Bij 8 van de 13 kwamen de demografische- en gezondheidskenmerken | <p>De kosten waren \$2289. dit moet wel beschikbaar zijn om te kunnen adverteren (-).</p> <p>Sociale media is een geschikte plek voor</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|
| | | | <p>advertentie waarmee op facebook werd geadverteerd. Hierna werd er gekeken naar de demografische eigenschappen van de respondenten om te kijken of er groepen onvertegenwoordigd waren. Er waren vier groepen die minder hadden gereageerd. Hier werden specifieke advertenties voor gemaakt om zo hopelijk de representativiteit te vergroten.</p> | <p>overeen met de werkelijkheid. Er is meegenomen dat de groepen ondervetegenwoordigd waren ook in werkelijkheid ondervetegenwoordigd zijn. Facebook is zowel haalbaar als economisch gunstig om deze doelgroep te bereiken en zo een betere representativiteit te behalen.</p> | <p>gezondheidsonderzoek/werving (+).</p> <p>Haalbaarheid is vooral gemeten op subjectieve interpretaties en kostenvergelijking tussen de web-based survey en een papieren versie. Er is geen vergelijking gemaakt tussen facebookadvertenties en andere wervingsmethoden (-).</p> <p>Bewijskracht: C</p> |
|--|--|--|---|---|--|

De vragenlijst: een goed meetinstrument voor toepasbaar onderzoek¹⁵

Als eerste is er de keuze tussen een open en gesloten vraag. Bij een open vraag kan iemand zijn mening en gevoel kwijt in het antwoord. Bij een gesloten vraag kan maar gekozen worden uit een aantal antwoorden, die misschien niet helemaal op de mening van de respondent aansluiten. Er zijn tevens semi-open vragen. Dit zijn meerkeuzevragen waarbij als optie bijvoorbeeld 'overige, namelijk...' staat. Of waarbij interviewers het antwoord van de respondenten invult bij een van de opties. Daarnaast zijn bijvoorbeeld vragen over leeftijd of aantal kinderen semi-open.

Naast bovenstaande splitsing in vragen zijn er nog meer verschillende vraagtypen.

- De gewone vraag: de vraag die het dichtst ligt bij vragen uit het dagelijks leven. Deze vraag is er zowel in open als gesloten vorm.
- De aan te vullen bewering: in deze vorm komen in de vraag ... voor waarop het antwoord geformuleerd moet worden. Dit kan zowel in open als gesloten vorm.
- De stelling: hierin wordt er een stelling voorgelegd en moet de respondent aangeven in hoeverre hij/zij het hiermee eens is. Dit vraagtype is meestal een gesloten vraag.
- Het vignet: dit is een beschrijving van een situatie waarop de respondent een reactie moet geven. Dit kan zowel in open als gesloten vorm voorkomen.
- De rangordening: hierbij moet respondenten iets volgens een bepaald criterium in volgorde zetten.
- De checklist/multipleresponsvraag: dit is een meerkeuzevraag waarbij meerdere antwoorden kunnen worden aangekruist.
- De opsomming met keuzebeperking: dit is ook een meerkeuzevraag waarbij meerdere antwoorden kunnen worden aangekruist, maar hier mag de respondent een maximaal aantal kruisjes zetten.
- De constante som: hierbij moeten er een aantal punten of een geldbedrag verdeeld worden over een aantal alternatieven in volgorde van belang volgens de respondenten.
- Het rapportcijfer: hierbij wordt gevraagd om een cijfer te geven. Bijvoorbeeld aan een dienst of een product.
- De rating scale: hierin moet de respondenten aangeven in hoeverre een bepaalde stelling of uitspraak bij hem/haar past. Hier hebben de antwoorden een bepaalde rangorde. Dit is een gesloten vraagtype. Er zijn rating scales waarbij het meest rechts of linkse antwoord positief is en het steeds op- of afloopt en er zijn schalen waarbij het positiefste antwoord juist in het midden licht. Alles naar links of rechts is te veel of te weinig. Dit heet de Just about right (JAR) schaal.

De antwoorden kunnen ook gekoppeld worden aan een wegingsfactor met hoe relevant het antwoord voor iemand is. Sommige vragen zijn voor bepaalde respondenten helemaal niet relevant. Daarnaast kun je bepaalde antwoorden met het analyseren meer laten wegen, omdat dit antwoord belangrijker is. Zo kan de kwaliteit van een dienst hoger uitvallen, omdat het goed heeft gescoord op punten die ertoe doen.

Dan zijn er nog twee soorten vragen die vallen onder het vraagtype 'rating scale':

- De beeldvraag: hierin wordt een bepaalde situatie laten zien of beschreven en moeten de respondenten aangeven welke bijvoorbeeld beter bij hem past.
- De lijnschaal: een soort rating schaal waarbij een streepje op een lijntje moet worden gezet.

Basisboek enquêteren¹⁴

Formuleren van vragen

Voor het formuleren van nieuwe vragen zijn empathie en helderheid het uitgangsprincipe. Na het opstellen van een vraag moet er gekeken worden of de vraag voor iedereen duidelijk is, of de vraag op verschillende manieren uit te leggen is, of de vraag op alle respondenten van toepassing is en of de vraag te beantwoorden is.

Daarnaast zijn er nog 5 criteria waaraan een vraag moet voldoen.

Een vraag moet concreet, begrijpelijk, eenduidig, neutraal en gebaseerd op juiste verwachtingen zijn.

Concreet: onduidelijke bewoordingen moeten worden weggelaten. 'Vaak' is bijvoorbeeld een vaag woord en is voor de ene iets anders dan voor de ander.

Soms is het handig om er een voorbeeld of toelichting bij te geven, om bijvoorbeeld de tijd of het fenomeen te verduidelijken. Een vraag kwantificeren helpt ook bij het concreter maken.

Begrijpelijk: dit hangt af van de wijze waarop je de vraag formuleert. Maak korte vragen zonder bij- en tussenzinnen. Daarnaast is actief taalgebruik is makkelijker te begrijpen dan passief taalgebruik. Vermijd ontkenningen en dubbele ontkenningen, dit maakt een vraag onduidelijker. Vermijd tevens ingewikkelde woorden en woorden die op meerdere manieren kunnen worden opgevat. Kijk als laatste naar taalgebruik tussen verschillende doelgroepen en eventueel gebruik van vakjargon.

Eenduidig: Zorg dat een vraag niet twee vragen bevat. Dan moet de vraag opgesplitst worden, anders is het antwoord van de respondenten niet duidelijk. Er is dan onbekend of de antwoorden van de respondenten betrekking hebben op de eerste, op de tweede of op allebei de vragen.

Neutraal: Een vraag mag niet suggestief zijn of de respondenten een bepaalde richting op duwen. Bij het vragen om een mening gaat het erom dat de respondenten er zonder vooroordelen in gaan.

Verkeerde verwachtingen: Zorg dat een vraag niet een veronderstelling bevat. Bijvoorbeeld dat de respondenten een partner hebben. Vraag dit dan altijd eerst uit, anders kan zo'n vraag pijnlijk zijn en dat maakt de bereidheid om erop te antwoorden kleiner. Zorg ook dat voor de vraag geen kennis nodig is die de respondenten mogelijk niet kunnen weten. Hier komen dan vaak geen valide antwoorden uit.

Vragen naar respondentkenmerken aan het begin van een vragenlijst kunnen nuttig zijn om de respondenten te verdelen over bepaalde groepen en hier in de resultaten op te analyseren.

Enquêtes¹⁶

Let op bij het formuleren van een vraag dat deze overeenkomt met de manier waarop de respondent er in een interview over zou praten. Hiermee wordt bedoeld dat het taalgebruik aansluit bij de respondenten.

Dan is er nog een manier om vragen in te delen. Namelijk naar inhoud. Hieruit kunnen de volgende vraagtypen worden onderscheiden:

1. Feitenvragen: Informeren naar concrete zaken. Op het moment van vragen is het antwoord een feit.
2. Opinie vragen: Informeren naar de mening van de respondenten.

Er moet gelet worden op de bereidheid van de respondenten om te antwoorden op een vraag. Dit kan bijvoorbeeld afhangen van de mate van privacygevoelige informatie die in een vraag wordt gesteld.

Dan is er nog informatie over de keuze tussen verschillende antwoordcategorieën. Hierbij kan gekozen worden voor de volgende vormen:

- Dichotoom: twee antwoordmogelijkheden zijn genoeg. Het is voor de respondenten duidelijk wat ze moeten kiezen.
- 'Meer' feitelijk: Mate van antwoordopties hangt af van het onderzoeksdoel.
- 'Meer' opinie: Mate van antwoordopties hangt af van het onderzoeksdoel en behoefte respondenten aan meerdere opties.
- Geen midden categorie: De respondenten moeten een standpunt innemen over een vraag en kan dit ook.
- Wel midden categorie: Deze antwoordmogelijkheden moeten logisch en betekenisvol zijn. Antwoordopties zoals 'geen mening' kunnen niet in een midden categorie worden opgenomen.

Conclusie

1. Hoe kunnen de aanbevelingen met betrekking tot de nationale survey en de responsiviteit het beste worden opgevolgd en verwerkt?

Er werd geadviseerd items te formuleren over informatiebehoefte en implementatie van eHealth. Er is gekozen voor het gebruik van open opinievragen. Hierin kunnen de (zorg)professionals hun mening en gevoel over het onderwerp kwijt.¹⁶ In de pilot nationale survey kwam naar voren dat er ontevredenheid heerste over het implementatieproces.¹ Het item over implementatie luidt daarom als volgt: *'Waar loopt u tegenaan in het structureel gebruiken van eHealth?'*. Het item m.b.t. informatiebehoefte is opgesteld omdat een groot aandeel van de (zorg)professionals aangaf dat er behoefte is aan informatie rondom eHealth. Om concreet te krijgen waar de voorkeur naar uit gaat over de wijze van informatieverstrekking is het volgende item ontwikkeld: *'Op welke manier wilt u deze informatie over eHealth aangeboden krijgen? (bv. cursus, webinar, informatiebrief, artikelen etc.)'*. Mogelijk komen hieruit nieuwe invalshoeken naar voren. Met de ontwikkeling van nieuwe items is rekening gehouden met de volgende vijf criteria: concreet, begrijpelijk, eenduidig, neutraal en gebaseerd op de juiste verwachtingen.¹⁴

De onderzoeksgroep heeft ervoor gekozen om tijdens werving gebruik te maken van responsversterkende methodes. Zo is er besloten om in de informatiebrief (bijlage 4) o.a. de interesse te wekken, het nut te beschrijven, invultijd te benoemen, een aanspreekpunt te vermelden en gebruik te maken van een professioneel design met logo's.^{7,11,15} Bij benadering van (zorg)professionals, waaronder een uitnodigingsmail en twee reminders (bijlage 3), zijn er humor en persuasieve communicatie verwerkt in de tekst.^{5,6} Er is gebleken dat het sturen van reminders een groot aandeel heeft in het behalen van een hoog responspercentage.^{12,16} Daarnaast bleek de vraag om hulp, een beroep op het gemeenschapsgevoel en het aanduiden van autoriteit elkaar te versterken.⁹ Ook is de onderzoeksgroep te weten gekomen dat donderdag en vrijdag tussen 8:00 – 20:00 uur de beste momenten zijn om een survey te verspreiden.^{7,15} Wegens Covid-19 en het daardoor dreigende responspercentage is er budget vrijgesteld zodat de onderzoeksgroep gebruik kon maken van een beloning. Er is gekozen voor een taartverloting onder de geriatrische zorg instelling met de meeste respons. Dit zou een positief effect hebben op het responspercentage.^{4,14} Het in combinatie toepassen van verschillende methodes, blijkt elkaars effect te versterken.¹⁵

2. Hoe kan de verdeling tussen zorgprofessionals, welke deelnemen aan de nationale survey, zo veel mogelijk overeenkomen met de werkelijke verdeling van zorgprofessionals werkzaam binnen SANO?

Waar veel invloed uit te oefenen is op de responsiviteit ligt dat bij representativiteit lastiger. Literatuur toont aan dat representativiteit de mate is waarin respondenten een goede afspiegeling zijn van de groep die je wilt onderzoeken.²¹ Het is moeilijk om te zeggen dat een steekproef representatief is. Het is beter om te spreken van representatieve methoden. Hierbij geldt dat hoe groter de aselecte steekproef, hoe representatiever de steekproef zal zijn ten aanzien van alle variabelen. Dit is vooral belangrijk met het oog op de betrouwbaarheid en nauwkeurigheid van de conclusies.¹⁶ Wel heeft de onderzoeksgroep in reminders aangespoord tot het aanmoedigen van collega's om ook deel te nemen aan de survey. Dit is een geschikte methode om met relatief matige inspanningen een redelijk aantal deelnemers te werven.¹⁹

Literatuurlijst

1. Janson B, Vijn C, van der Lans J, van der Hoeven S. Eindproduct Pilot internationale survey eHealth. 2020 06. Beschikbaar op: <https://www.lumc.nl/sub/9600/att/PilotNationaleSurveyeHealthgr>. [Geraadpleegd op 15 september 2020].
2. Wouters E, Van Zaalen Y, Bruijning J. Praktijkgericht onderzoek in de (para) medische zorg. Tweede. Bussum: Coutinho; 2015.
3. Veerbeek JM, van Wegen EEH, van Peppen RPS, Hendriks HJM, Rietberg MB, van der Wees PhJ, e.a. KNGF-richtlijn Beroerte. Amersfoort: KNGF; 2017. Beschikbaar op: <https://www.kngf2.nl/kennisplatform/richtlijnen/beroerte>.
4. Asire AM. A Meta-Analysis of the Effects of Incentives on Response Rate in Online Survey Studies. ETD. 2017 01 01;(1317):50.
5. Nemery A, Brangier E, Kopp S. Applying Persuasive Criteria to Improve Response Rate to a Business Web Survey. In: Persuasive 2011. Columbus, Ohio; 2011 06 04. Beschikbaar op: https://www.researchgate.net/profile/Eric_Brangier/publication/308313978_Applying_Persuasive_Criteria_to_Improve_Response_Rate_to_a_Business_Web_Survey/links/57e0638408aec6ce9f28e688.pdf. [Geraadpleegd op 30 augustus 2020].
6. Moore R, Varghese L. An Examination of the Role of Funny Reminders and Embedded Survey Items on Response Rate. SSCR. 2019 06 09;39(1):11.
7. Paraschiv D-C. Timing in a web based survey: an influential factor of the response rate. MIDJ. 2013;(6):200–209.
8. Pieper D, Kotte N, Ober P. The effect of a voucher incentive on a survey response rate in the clinical setting: a quasi-randomized controlled trial. BMC Med Res Methodol. 2018 08 01;18(1):1–4.
9. Petrovčič A, Petrič G, Lozar Manfreda K. The effect of email invitation elements on response rate in a web survey within an online community. Comput hum behav. 2016 03 01;56(2016):320–329.
10. Wenemark M, Persson A, Brage HN, Svensson T, Kristenson M. Applying Motivation Theory to Achieve Increased Response Rates, Respondent Satisfaction and Data Quality. JOS. 2011 04;27(2):22.
11. Bista K, Saleh A. Examining Factors Impacting Online Survey Response Rates in Educational Research: Perceptions of Graduate Students. JMDE. 2017;13(29):12.
12. Pan B, Woodside AG, Meng F. How Contextual Cues Impact Response and Conversion Rates of Online Surveys. JTR. 2014 01 01;53(1):58–68.
13. Pedersen MJ, Nielsen CV. Improving Survey Response Rates in Online Panels: Effects of Low-Cost Incentives and Cost-Free Text Appeal Interventions. SSCR. 2014 12 17;34(2):15.
14. Baarda B, Kalmijn M, de Goede M. Basisboek Enquêteren. Vierde. Groningen: Noordhoff Uitgevers; 2015.
15. Brinkman J. De vragenlijst: een goed meetinstrument voor toepasbaar onderzoek. Derde. Groningen: Noordhoff Uitgevers; 2014.
16. Jansen EPWA, Joostens ThH, Kemper DR. Enquêteren. Derde. Groningen: Wolters-Noordhoff; 2004.
17. Partin MR, Powell AA, Burgess DJ, Haggstrom DA, Gravely AA, Halek K, e.a. Adding Postal Follow-Up to a Web-Based Survey of Primary Care and Gastroenterology Clinic Physician Chiefs Improved Response Rates but not Response Quality or Representativeness. Eval Health Prof. 2015 09;38(3):382–403.
18. de Rada VD, Ariño LVC, Blasco MG. The use of online social networks as a promotional tool for self-administered internet surveys. RES. 2016 02 24;25(2):15.

19. Weinmann T, AlZahmi A, Schneck A, Mancera Charry JF, Fröschl G, Radon K. Population-based assessment of health, healthcare utilisation, and specific needs of Syrian migrants in Germany: what is the best sampling method? *BMC Med Res Methodol.* 2019 07 01;19(1):5.
20. Shaver LG, Khawer A, Yi Y, Aubrey-Bassler K, Etchegary H, Roebathan B, e.a. Using Facebook Advertising to Recruit Representative Samples: Feasibility Assessment of a Cross-Sectional Survey. *J Med Internet Res.* 2019 08 19;21(8):3.
21. Markus K, Oudemans AM. *Enquête research.* Derde. Groningen: Noordhoff Uitgevers; 2011.

Bijlage 3: Nationale survey eHealth in de GR



Deze vragenlijst is gericht op het inventariseren van de ervaringen en behoeftes van zorgprofessionals in de geriatrische revalidatiezorg met betrekking op eHealth. Deze vragenlijst is onderdeel van de nationale survey eHealth in de geriatrische revalidatie.

De vragenlijst bestaat uit 21 items, verdeeld over de 3 domeinen: bruikbaarheid, haalbaarheid en effectiviteit. Daarnaast wordt er gevraagd naar het huidige gebruik en de behoeftes rondom eHealth.

Definitie eHealth

eHealth is de toepassing van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren (Nictiz. 2019)

Voorbeelden van vormen van eHealth in de GR

Mobiele apps (bv. oefen app beroerte), health-sensoren/wearable devices (bv. stappenteller, bewegingssensoren), virtual reality (bv. virtual reality brillen), exergames (bv. Silverfit), beeldbellen (bv. Skype), robotica (bv. arm-hand robot, looptrainingrobot)

Leeftijd*:

Geslacht*:

- Man
- Vrouw
- Zeg ik liever niet

Discipline*:

- Fysiotherapeut
- Ergotherapeut
- Logopedist
- Diëtist
- Verpleegkundige/verzorgende
- Specialist ouderengeneeskunde
- Basisarts/arts in opleiding
- Verpleegkundig specialist/physician assistant
- Psycholoog
- Manager/teamleider
- Casemanager
- Anders, namelijk

Aantal jaar werkzaam binnen de Geriatrische Revalidatie*:

Lid van Universitair kennisnetwerk*:

- UNC-ZH
- UKON
- UNO-UMCG
- AWO-ZL
- UNO-VUmc
- Tranzo
- Weet ik niet

Maakt u gebruik van eHealth tijdens uw behandelingen, of heeft u dit in het verleden gedaan? (licht toe waarom wel/niet)*

- Ja
- Nee

Toelichting*:

Gebruik van eHealth

1. Bij welke diagnosegroep(en) maakt u gebruik van of heeft u gebruik gemaakt van eHealth tijdens uw behandelingen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- CVA
- Electieve orthopedie
- Trauma
- Amputatie
- COPD
- Cardiovasculair
- Overige neurologische aandoeningen
- Oncologie
- Overige

2. Maakt eHealth standaard onderdeel uit van een revalidatieprogramma of is dit in het verleden het geval geweest?

- Ja, op dit moment
- Ja, in het verleden
- Nee
- Weet ik niet

Ruimte voor eventuele toelichting

3. Welke vormen van eHealth past u toe (of heeft u toegepast) tijdens uw behandelingen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Mobiele apps (bv. oefen app beroerte)
- Health- sensors (bv. stappentellers, bewegingsensoren)
- Virtual reality (bv. virtual reality brillen)
- Exergames (bv. Silverfit)
- Beeldbellen (bv. Skype)
- Robotica (bv. arm-handrobots, looptrainingrobots)
- Anders, namelijk

Ruimte voor eventuele toelichting

4. Hoe vaak maakt u gebruik van eHealth tijdens uw behandelingen?

- Incidenteel
- Paar keer per maand
- Wekelijks
- Dagelijks of bijna dagelijks

Ruimte voor eventuele toelichting

Bruikbaarheid

5. Over welke vaardigheden moet de revalidant beschikken om gebruik te maken van de eHealth interventie? Indien uw meerdere vormen van eHealth had toegepast, graag per vorm beschrijven.

6. Welke mogelijke risico's heeft het gebruik van eHealth?

Haalbaarheid

7. Hoe tevreden bent u over het implementatieproces van eHealth op uw afdeling? (licht antwoord toe)

Zeer ontevreden 1 0 2 0 3 0 4 0 5 0 Zeer tevreden

*Toelichting**

8. Waar loopt u tegenaan in het structureel gebruiken van eHealth?

Effectiviteit

9. Welke vorm(en) van eHealth is/zijn tijdens uw behandeling van meerwaarde gebleken? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Mobiele apps (bv. app beroerte)
- Health- sensors (bv. stappentellers, bewegingsensoren)
- Virtual reality (bv. Virtual reality brillen)
- Exergames (bv. Silverfit)
- Beeldbellen (bv. Skype)
- Robotica (bv. arm-handrobots, looptrainingrobots)
- Anders, namelijk

Ruimte voor eventuele toelichting

10. Welke voordelen heeft u zelf ondervonden tijdens het gebruik van eHealth? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Efficiënt inzet van personeel
- Makkelijk in gebruik
- Betere kwaliteit behandeling
- Verbetering van revalidatieklimaat
- Zorg op afstand mogelijk
- Vergroten zelfmanagement van de revalidant
- Anders, namelijk

Ruimte voor eventuele toelichting

11. Welke voordelen heeft het gebruik van eHealth voor de revalidant? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Sneller herstel
- Vergroten behandelfrequentie
- Meer zelfvertrouwen
- Meer eigen regie
- Leukere vorm van therapie
- Anders, namelijk

Ruimte voor eventuele toelichting

12. Welke nadelen heeft u ondervonden in het gebruik van eHealth? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Sluit niet goed aan op behoeftes van de revalidant
- Apps/applicaties lopen vast of werken niet goed
- Lastig in gebruik
- Geen
- Anders, namelijk

Ruimte voor eventuele toelichting

13. Bij welke diagnosegroep(en) is eHealth, in uw ervaring, het meest van meerwaarde gebleken?

- CVA
- Electieve orthopedie
- Trauma
- Amputatie
- COPD
- Cardiovasculair
- Overige neurologische aandoeningen
- Oncologie
- Overige

Ruimte voor eventuele toelichting

Behoefte

14. Zou u meer gebruik willen maken van eHealth binnen uw behandelingen?

- Ja
- Nee
- Misschien
- Weet ik niet

Ruimte voor eventuele toelichting

15. Zijn er volgens u bevorderende factoren die het gebruik of de implementatie van eHealth beïnvloeden? (indien ja, licht toe welke)

- Beschikbaarheid technische middelen
- Ondersteuning bij het implementeren
- Samenwerking tussen disciplines
- eHealth interventie is eenvoudig in gebruik
- extra tijd gedurende de implementatie
- Enthousiasme bij collega's/werkgever
- Informatievoorziening over de toepassing
- Financiële middelen
- Heldere visie vanuit instelling
- Die zijn er niet
- Weet ik niet
- Anders, namelijk

Ruimte voor eventuele toelichting:

16. Zijn er volgens u belemmerende factoren die het gebruik of de implementatie van eHealth beïnvloeden? (indien ja, licht toe welke)

- Financieel
- Kennistekort
- Onvoldoende aansluiting bij de oudere populatie in geriatrische revalidatie
- Risico op privacy schending
- Gebrek aan tijd
- Beperkte beschikbaarheid van effectieve eHealth interventies
- Problemen op het gebied van ICT
- Die zijn er niet
- Weet ik niet
- Anders, namelijk

Ruimte voor eventuele toelichting:

17. In welke mate vindt u dat er een heldere visie is rondom de inzet van eHealth binnen uw instelling? (licht antwoord toe)

Onvoldoende 1 0 2 0 3 0 4 0 5 0 Goed

Toelichting:*

18. Welke informatiebehoefte heeft u met betrekking tot eHealth? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Informatie over welke soorten eHealth er bestaan
- Informatie over het toepassen of implementatie van eHealth
- Informatie over de werking van eHealth applicaties
- Informatie over effectiviteit van eHealth
- Ik heb geen informatiebehoefte
- Weet ik niet
- Anders, namelijk

Ruimte voor eventuele toelichting

19. Op welke manier wilt u deze informatie over eHealth aangeboden krijgen? (bv. cursus, webinar, informatiebrief, artikelen etc.)

20. Hoeveel invloed heeft de situatie rondom het coronavirus op uw huidig gebruik van eHealth?

Geen invloed 1 0 2 0 3 0 4 0 5 0 Zeer veel invloed

Ruimte voor eventuele toelichting

21. Denkt u dat eHealth een oplossing kan bieden voor het groeiend tekort aan zorgprofessionals in de geriatrische revalidatie? (licht toe waarom)

- Ja
- Nee
- Misschien
- Weet ik niet

Toelichting:*

Afsluiting

Wil je meedoen aan de verloting van een taart voor jouw GR afdeling?

- Ja
- Nee

Vul dan hier je mailadres in

Bijlage 4: Uitnodiging nationale survey en reminders

Uitnodiging nationale survey

Beste professional,

Graag willen wij u uitnodigen voor deelname aan een onderzoek gericht op het in kaart brengen van ervaringen en behoeftes rondom eHealth in de geriatrische revalidatie. Dit onderzoek wordt uitgevoerd in samenwerking met het Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid-Holland (UNC-ZH) en studenten fysiotherapie aan de Hogeschool Leiden. Het onderzoek betreft het invullen van een vragenlijst.

Omdat uw instelling is aangesloten bij één van de kennisnetwerken van de Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg (SANO) bent u benaderd voor deelname aan dit onderzoek.

Het is van belang dat er zo veel mogelijk (zorg)professionals werkzaam in de geriatrische revalidatie reageren, zodat de ervaringen en behoeftes rondom eHealth zo goed mogelijk in kaart worden gebracht. Hiermee levert u een belangrijke bijdrage aan de verdere ontwikkeling en toepassing van eHealth in de geriatrische revalidatie.

In slechts tien minuten kunt u het verschil maken! Voor verdere informatie verwijzen wij u graag door naar de informatiebrief in de bijlage.

Indien u akkoord gaat met deelname aan het onderzoek en de vragenlijst wilt invullen, [Klik hier om naar de vragenlijst te gaan](#)

Als dank voor uw medewerking maakt u kans op taart voor uw hele afdeling! Hoe meer collega's deelnemen, hoe groter de kans op taart!

Mocht u nog inhoudelijke vragen hebben dan kunt u contact opnemen met Maaïke Ridder (s1105682@student.hsleiden.nl) of Jules Kraaijkamp (j.kraaijkamp@zzzorggroep.nl)

Met vriendelijke groet,

Maaïke Ridder, student
Jinte Streppel, student
Claudia Reijnen, student
Masha Meloni, student
Jules Kraaijkamp, junior onderzoeker



Universitair Netwerk
voor de Care sector
Zuid-Holland



Disclaimer

Dit bericht kan vertrouwelijke informatie bevatten en is uitsluitend bestemd voor geadresseerde(n). Indien u als niet-geadresseerde dit bericht ontvangt, verzoeken wij u direct de afzender hierover te informeren en het bericht te vernietigen.

Reminder 1

Beste professional,

Graag willen wij u **nogmaals** uitnodigen voor deelname aan een onderzoek gericht op het in kaart brengen van ervaringen en behoeftes rondom eHealth in de geriatrische revalidatie. Het onderzoek betreft het invullen van een vragenlijst.

Wat bieden wij u?

- Een vragenlijst die gratis kan worden ingevuld 😊
- De mogelijkheid om uw ervaringen en behoeftes te delen
- Meer consensus over eHealth binnen de GR
- Kans op taart voor uw instelling (spoor uw collega's aan om de vragenlijst ook in te vullen!)

Wat vragen wij van u?

- Een druk op de knop
- Slechts 10 minuten van uw tijd

Indien u akkoord gaat met deelname aan het onderzoek en de vragenlijst wilt invullen, [Klik hier om naar de vragenlijst te gaan](#) (indien de link niet werkt kunt u op de link op de rechtermuisknop klikken en kiezen voor 'koppeling openen'). U heeft tot **donderdag 19 november** de tijd om de vragenlijst in te vullen. Wij rekenen op u!

Voor meer informatie verwijzen wij u graag door naar de informatiebrief in de bijlage. Mocht u verder nog inhoudelijke vragen hebben dan kunt u contact opnemen met Maaïke Ridder (s1105682@student.hsleiden.nl) of Jules Kraaijkamp (j.kraaijkamp@zzgzorggroep.nl).

Met vriendelijke groet,

Maaïke Ridder, student
Jinte Streppel, student
Claudia Reijnen, student
Masha Meloni, student
Jules Kraaijkamp, junior onderzoeker



Universitair Netwerk
voor de Care sector
Zuid-Holland



Disclaimer

Dit bericht kan vertrouwelijke informatie bevatten en is uitsluitend bestemd voor geadresseerde(n). Indien u als niet-geadresseerde dit bericht ontvangt, verzoeken wij u direct de afzender hierover te informeren en het bericht te vernietigen.

Reminder 2

Beste professional,

In deze **laatste reminder** voor deelname aan de vragenlijst over eHealth in de geriatrische revalidatie willen we u nog even wijzen op het volgende:

- De vragenlijst kan nog worden ingevuld t/m donderdag 19 november! Wij vragen slechts 10 minuten van uw tijd.
- 105 mensen waren u voor met het invullen van de vragenlijst! Dit lijkt veel, maar is nog niet genoeg!
- Tot nu toe lopen de fysiotherapeuten op kop, ga zo door! Wij zijn erg benieuwd naar de ervaringen van de andere professionals.
- Er is een taart te winnen voor de instelling die het meest heeft deelgenomen. Spoor uw collega's aan om de vragenlijst ook in te vullen en wie weet eet u straks taart met het hele team 😊.

Helpt u door de vragenlijst in te vullen en ons uw ervaringen en behoeftes rondom eHealth te vertellen? Wij rekenen op u!

Indien u akkoord gaat met deelname aan het onderzoek en de vragenlijst wilt invullen:



[Klik hier om naar de vragenlijst te gaan](#)

Voor meer informatie verwijzen wij u graag door naar de informatiebrief in de bijlage. Mocht u verder nog inhoudelijke vragen hebben dan kunt u contact opnemen met Maaïke Ridder (s1105682@student.hsleiden.nl) of Jules Kraaijkamp (j.kraaijkamp@zzgzorggroep.nl)

Met vriendelijke groet,

Maaïke Ridder, student
Jinte Streppel, student
Claudia Reijnen, student
Masha Meloni, student
Jules Kraaijkamp, junior onderzoeker



Universitair Netwerk
voor de Care sector
Zuid-Holland



Disclaimer

Dit bericht kan vertrouwelijke informatie bevatten en is uitsluitend bestemd voor geadresseerde(n). Indien u als niet-geadresseerde dit bericht ontvangt, verzoeken wij u direct de afzender hierover te informeren en het bericht te vernietigen.

Bijlage 5: Informatiebrief contactpersoon en deelnemer inclusief informed consent

Nationale survey eHealth in de geriatrische revalidatie

Beste contactpersoon,

Uw netwerk is aangesloten bij het SANO en daardoor bent u benaderd door Jules Kraaijkamp over deelname aan de nationale survey van eHealth in de geriatrische revalidatie. Fijn dat u een bijdrage wilt leveren. Wij stellen ons graag allereerst even voor. Wij, Maaïke Ridder, Jinte Streppel, Claudia Reijnen en Masha Meloni zijn vier gedreven studenten fysiotherapie aan de Hogeschool Leiden. Wij doen onderzoek naar de ervaringen en behoeftes van eHealth bij zorgprofessionals werkzaam in de geriatrische revalidatie.

Algemene informatie

Dit onderzoek wordt uitgevoerd door de afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde (PHEG) van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) in samenwerking met de Hogeschool Leiden.

Doel onderzoek

Deze nationale survey heeft als doelstelling om praktijkervaringen van zorgprofessionals die werkzaam zijn met eHealth binnen de geriatrische revalidatie in kaart te brengen. Met dit onderzoek beoogt de onderzoeksgroep inzicht in te winnen over de bruikbaarheid, haalbaarheid en effectiviteit van eHealth binnen de GR.

Achtergrond van het onderzoek

Gezien de vergrijzing en het daardoor dreigende tekort aan zorgverleners zal op zoek moeten worden gegaan naar een effectieve oplossing om revaliderende ouderen goed van dienst te kunnen zijn. eHealth kan hiervoor een oplossing bieden, echter ontbreekt de noodzakelijke evidentie.

Wat meedoen inhoudt

Er wordt aan de zorgprofessionals gevraagd om een digitale vragenlijst in te vullen. De resultaten van het onderzoek worden gedeeld met alle zorgprofessionals van de organisatie, zo heeft u indirect voordeel van uw deelname aan dit onderzoek. Voor de toekomst kan het onderzoek nuttige gegevens opleveren, waardoor duidelijk wordt wat de meerwaarde van eHealth is/zou kunnen zijn voor de geriatrische revalidatie. Door uw medewerking aan dit onderzoek levert u dus een belangrijke bijdrage aan de verdere ontwikkeling en toepassen van innovaties binnen de geriatrische revalidatiezorg. De resultaten van het onderzoek worden gedeeld met alle betrokkenen. Het invullen van de vragenlijst neemt ongeveer tien minuten in beslag.

Gebruik en bewaren van uw gegevens

Het onderzoek is volledig vertrouwelijk en de gegevens zullen anoniem worden verwerkt en opgeslagen in het databeheer van het LUMC. Gegevens worden zo veel mogelijk op niet herleidbare wijze verzameld. De gegevens zullen bewaard worden en 15 jaar na afloop van ons onderzoek worden vernietigd. De zorgprofessionals hebben ten allen tijde recht op afschrift, wijziging en vernietiging van de gegevens. De zorgprofessionals kunt hiervoor contact opnemen met de desbetreffende onderzoeker die wordt genoemd onder aan deze brief. Aanvullende informatie over de privacy wetgeving kunt u vinden op de website van het LUMC:

<https://www.lumc.nl/12367/Deelnemerswetenschappelijk-onderzoek/>

Procedure

Verzoek aan contactpersoon: Willen jullie bijgevoegde informatiebrief verder verspreiden naar alle zorg- en behandelprofessionals die werkzaam zijn binnen de instellingen die geriatrische revalidatie zorg leveren?

Tijdens de respons periode ontvangt u van ons twee keer een reminder die gericht is aan de zorg- en behandelprofessionals. Dit is belangrijk voor het verhogen van de respons en daarmee de validiteit van het onderzoek. Graag ook deze verspreiden over de zorg- en behandelprofessionals.

Daarnaast neemt Jules Kraaijkamp binnen 10 dagen na dagtekening telefonisch contact met u op om zowel doel als werkwijze van onderliggend onderzoek verder toe te lichten.

Heeft u nog vragen ?

Voor vragen omtrent dit onderzoek kunt u Jules Kraaijkamp benaderen via onderstaand e-mailadres:

J.kraaijkamp@zzzorggroep.nl

Met vriendelijke groeten,

Jules Kraaijkamp
Maaïke Ridder
Jinte Streppel
Claudia Reijnen
Masha Meloni

Nationale survey eHealth in de geriatrische revalidatie

Geachte heer/mevrouw,

eHealth, eHealth, eHealth... Wij zijn benieuwd naar uw ervaringen en behoeftes rondom dit veelbesproken onderwerp. Wij vragen u daarom mee te doen aan een wetenschappelijk onderzoek. Meedoen is vrijwillig en wordt zeer gewaardeerd. Hieronder vindt u de nodige informatie.

Algemene informatie

Dit onderzoek wordt uitgevoerd door de afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde (PHEG) van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) in samenwerking met de Hogeschool Leiden.

Doel onderzoek

Deze nationale survey heeft als doelstelling om praktijkervaringen van zorgprofessionals die werkzaam zijn met eHealth binnen de geriatrische revalidatie in kaart te brengen. Met dit onderzoek beoogd de onderzoeksgroep inzicht in te winnen over de bruikbaarheid, haalbaarheid en effectiviteit van eHealth binnen de GR.

Achtergrond van het onderzoek

Gezien de vergrijzing en het daardoor dreigende tekort aan zorgverleners zal op zoek moeten worden gegaan naar een effectieve oplossing om revaliderende ouderen goed van dienst te kunnen zijn. eHealth kan hiervoor een oplossing bieden, echter ontbreekt de noodzakelijke evidentie.

Wat meedoen inhoudt

U vult een anonieme digitale vragenlijst in. De resultaten van het onderzoek worden gedeeld met alle zorgprofessionals van de organisatie, zo heeft u indirect voordeel van uw deelname aan dit onderzoek. Voor de toekomst kan het onderzoek nuttige gegevens opleveren, waardoor duidelijk wordt wat de meerwaarde van eHealth is/zou kunnen zijn voor de geriatrische revalidatie. Voor de toekomst kan het onderzoek nuttige gegevens opleveren, waardoor duidelijk wordt wat de meerwaarde van eHealth is/zou kunnen zijn voor de geriatrische revalidatie. Door uw medewerking aan dit onderzoek levert u dus een belangrijke bijdrage aan de verdere ontwikkeling en toepassen van innovaties binnen de geriatrische revalidatiezorg. U kunt het verschil maken in slechts 10 minuten tijd.

Gebruik en bewaren van uw gegevens

Het onderzoek is volledig vertrouwelijk en de gegevens zullen anoniem worden verwerkt en opgeslagen in het databeheer van het LUMC. Gegevens worden zo veel mogelijk op niet herleidbare wijze verzameld. De gegevens zullen bewaard worden en 15 jaar na afloop van ons onderzoek worden vernietigd. U heeft ten allen tijde recht op afschrift, wijziging en vernietiging van de gegevens. U kunt hiervoor contact opnemen met de desbetreffende onderzoeker die wordt genoemd onder aan deze brief. Aanvullende informatie over de privacy wetgeving kunt u vinden op de website van het LUMC: <https://www.lumc.nl/12367/Deelnemers-wetenschappelijk-onderzoek/>

Heeft u vragen?

Voor vragen omtrent dit onderzoek kunt u Jules Kraaijkamp benaderen via onderstaand e-mailadres: J.kraaijkamp@zzzorggroep.nl

Toestemming

Door te klikken op de knop 'Ik ga akkoord' geeft u aan dat u:

- bovenstaande informatie heeft gelezen
- vrijwillig meedoet aan het onderzoek
- 16 jaar of ouder bent

Als u een bijdrage wilt leveren aan een verbetering van eHealth in de geriatric revalidatie, druk dan op 'ik ga akkoord'. Dit zal erg gewaardeerd worden, alvast dank hiervoor.

Indien u niet mee wilt doen aan het onderzoek, kunt u op de knop 'Ik wil niet meedoen' klikken.

Ik ga akkoord
(doorgaan naar
vragenlijst)

Ik wil niet meedoen

Met vriendelijke groeten,
Jules Kraaijkamp
Maaïke Ridder
Jinte Streppel
Claudia Reijnen
Masha Meloni

Bijlage 6: Codeboek SPSS nationale survey

Tabel 1: Codeboek SPSS

| Construct | Instrument | Meetschaal | Codering | Min - Max score | Meeteenheid | Opmerking |
|---|------------|-------------|--|-----------------|-------------|------------------|
| Leeftijd | Vraag 0.1 | Ratioschaal | | | Jaren | V |
| Geslacht | Vraag 0.2 | Nominaal | Man = 0 Vrouw = 1 Zeg ik liever niet = 2 | 0-2 | | V |
| Discipline | Vraag 0.3 | Nominaal | Fysiotherapeuten = 0 Ergotherapeuten = 1 Logopedisten = 2 Diëtisten = 3 Verzorgenden/verpleegkundigen = 4 Specialisten ouderengeneeskunde = 5 Basisartsen/artsen in opleiding = 6 Verpleegkundig specialisten/Physician assistants = 7 Psychologen = 8 Managers/teamleiders = 9 Anders namelijk = 10 | 0-11 | | V |
| Jaren werkzaam | Vraag 0.4 | Ratioschaal | | | Jaren | V |
| Naam kennisnetwerk | Vraag 0.5 | Nominaal | UNC-ZH = 0 UKON = 1 UNO-UMCG = 2 AWO-ZL = 3 UNO-VUmc = 4 Tranzo = 5 Weet ik niet = 6 | 0-6 | | V |
| Gebruik eHealth | Vraag 0.6 | Nominaal | Nee = 0 Ja = 1 | 0-1 | | * verplicht V |
| Bij welke diagnosegroepen gebruik eHealth | Vraag 1 | Nominaal | CVA = 0 Electieve orthopedie = 1 | 0-8 | | * ** |

| | | | | | | |
|--|---------|----------|--|-----|--|--------------|
| | | | Trauma = 2 Amputatie = 3 COPD = 4 Cardiovasculair = 5 Overige neurologische aandoeningen = 6 Oncologie = 7 Overige = 8 | | | V |
| eHealth standaard onderdeel | Vraag 2 | Nominaal | Ja, op dit moment = 0 Ja, in het verleden = 1 Nee = 2 Weet ik niet = 3 | 0-3 | | ** V |
| Toepassing vormen eHealth | Vraag 3 | Nominaal | Mobiele apps = 0 Health- sensors = 1 Virtual reality = 2 Exergames = 3 Beeldbellen = 4 Robotica = 5 Anders = 6 | 0-6 | | * ** V |
| Frequentie gebruik eHealth | Vraag 4 | Ordinaal | Incidenteel = 0 Paar keer per maand = 1 Wekelijks = 2 Dagelijks of bijna dagelijks = 3 | 0-3 | | * V |
| Welke vaardigheden moet een revalidant over beschikken | Vraag 5 | | | | | *** V |
| Risico's van eHealth | Vraag 6 | | | | | *** V |
| Meerwaarde vormen eHealth | Vraag 7 | Nominaal | Mobiele apps = 0 Health- sensors = 1 Virtual reality = 2 Exergames = 3 Beeldbellen = 4 Robotica = 5 Anders, namelijk = 6 | 0-6 | | * ** V |
| Voordelen gebruik eHealth | Vraag 8 | Nominaal | Efficiënt inzetten personeel = 0 Makkelijk in gebruik = 1 Betere kwaliteit behandeling = 2 | 0-6 | | * ** V |

| | | | | | | |
|--|----------|----------|---|-----|--|------------------|
| | | | Verbetering revalidatieklimaat = 3 Zorg op afstand = 4 Vergroten zelfmanagement = 5 Anders, namelijk = 6 | | | |
| Voordelen voor revalidant | Vraag 9 | Nominaal | Sneller herstel = 0 Vergroten behandelrequentie = 1 Meer zelfvertrouwen = 2 Meer eigen regie = 3 Leukere vorm van therapie = 4 Anders, namelijk = 5 | 0-5 | | * ** V |
| Nadelen ondervonden bij gebruik eHealth | Vraag 10 | Nominaal | Sluit niet goed aan op behoefte van revalidant = 0 Apps/applicaties lopen vast of werken niet goed = 1 Lastig in gebruik = 2 Geen = 3 Anders, namelijk = 4 | 0-4 | | * ** V |
| Diagnosegroepen waar eHealth van meerwaarde is | Vraag 11 | Nominaal | CVA = 0 Electieve orthopedie = 1 Trauma = 2 Amputatie = 3 COPD = 4 Cardiovasculair = 5 Overige neurologische aandoeningen = 6 Oncologie = 7 Overige = 8 | 0-8 | | * ** V |
| Tevredenheid implementatieprocess eHealth | Vraag 12 | Ordinaal | 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 | 1-5 | | * verplicht V |
| Knelpunten structureel gebruik eHealth | Vraag 13 | | | | | *** V |
| Zou u meer gebruik willen maken van eHealth | Vraag 14 | Nominaal | Ja = 1 Nee = 2 Misschien = 3 | 1-4 | | * V |

| | | | | | | |
|---|----------|----------|--|------|--|------------------|
| | | | Weet ik niet = 4 | | | |
| Bevorderende factoren implementatie eHealth | Vraag 15 | Nominaal | Beschikbaarheid technische middelen = 0 Ondersteuning bij het implementeren = 1 Samenwerking tussen disciplines = 2 eHealth interventie is eenvoudig in gebruik = 3 Extra tijd gedurende implementatie = 4 Enthousiasme bij collega's/werkgever = 5 Informatievoorziening over de toepassing = 6 Financiële middelen = 7 Heldere visie vanuit instelling = 8 Die zijn er niet = 9 Weet ik niet = 10 Anders, namelijk = 11 | 0-11 | | * ** V |
| Belemmerende factoren implementatie eHealth | Vraag 16 | Nominaal | Financieel = 0 Kennistekort = 1 Onvoldoende aansluiting bij oudere populatie = 2 Risico op privacy schending = 3 Gebrek aan tijd = 4 Beperkte beschikbaarheid van effectieve eHealth interventies = 5 Problemen op ICT gebied = 6 Die zijn er niet = 7 Weet ik niet = 8 Anders, namelijk = 9 | 0-9 | | * ** V |
| Mate heldere visie | Vraag 17 | Ordinaal | 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 | 1-5 | | * verplicht V |
| Informatiebehoefte | Vraag 18 | Nominaal | Informatie over welke soorten eHealth er bestaan = 0 Informatie over het toepassen of implementatie van eHealth = 1 | 0-6 | | * ** V |

| | | | | | | |
|--|----------|----------|---|-----|--|------------------|
| | | | Informatie over de werking van eHealth applicaties = 2 Informatie over effectiviteit van eHealth = 3 Ik heb geen informatiebehoefte = 4 Weet ik niet = 5 Anders, namelijk = 6 | | | |
| Op welke manier wilt u informatie aangeboden krijgen | Vraag 19 | | | | | *** V |
| Invloed coronavirus | Vraag 20 | Ordinaal | 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 | 1-5 | | * V |
| eHealth oplossing groeiend tekort zorgprofessionals | Vraag 21 | Nominaal | Ja = 1 Nee = 2 Misschien = 3 Weet ik niet = 4 | 1-4 | | * verplicht V |

*= Toelichting wordt verwerkt middels thematisch coderen in Word.

*_{verplicht} = Toelichting is verplicht

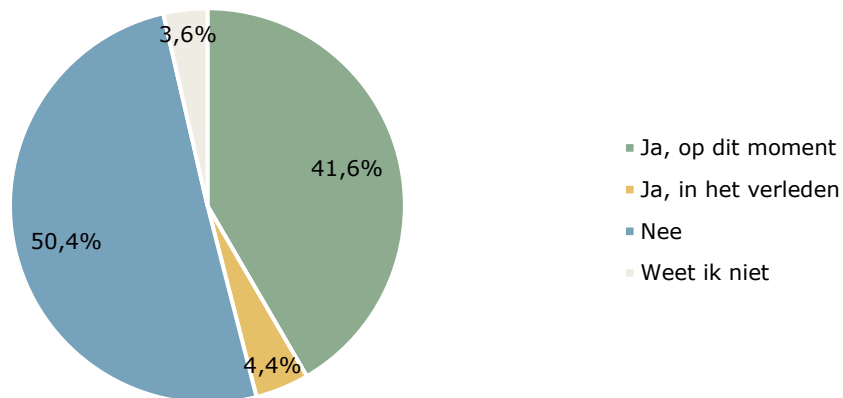
**= Meerdere antwoorden mogelijk

***= Open vraag, wordt verwerkt middels thematisch coderen in Word.

V= Verplicht

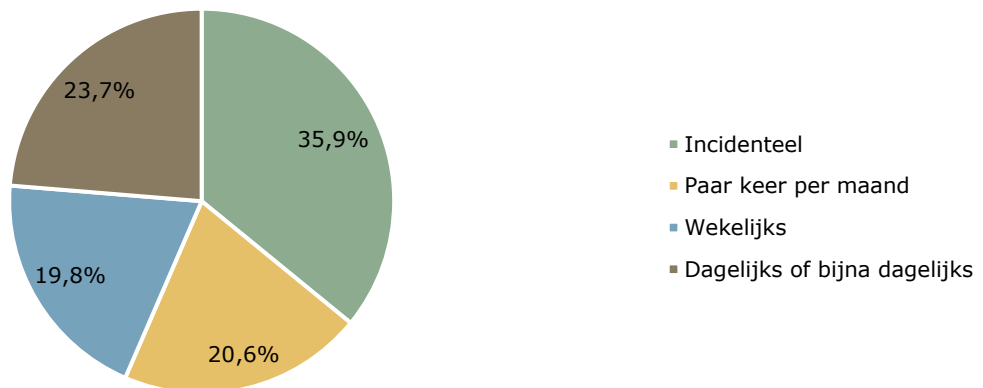
Bijlage 7: Overige resultaten

Maakt eHealth standaard onderdeel uit van een revalidatieprogramma of is dit in het verleden het geval geweest?



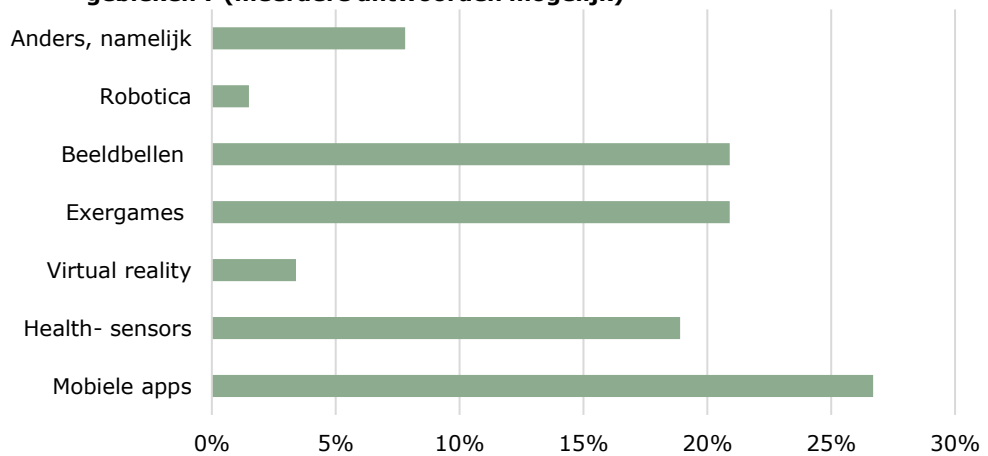
Figuur 1: eHealth standaard onderdeel (valid n=137/missing n=12)

Hoe vaak maakt u gebruik van eHealth tijdens uw behandelingen?



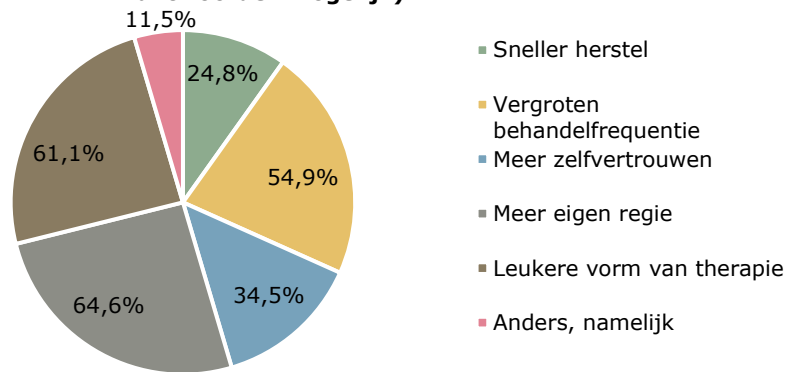
Figuur 2: Frequentie gebruik eHealth (valid n=131/missing n=18)

Welke vormen van eHealth is tijdens uw behandeling van meerwaarde gebleken? (meerdere antwoorden mogelijk)



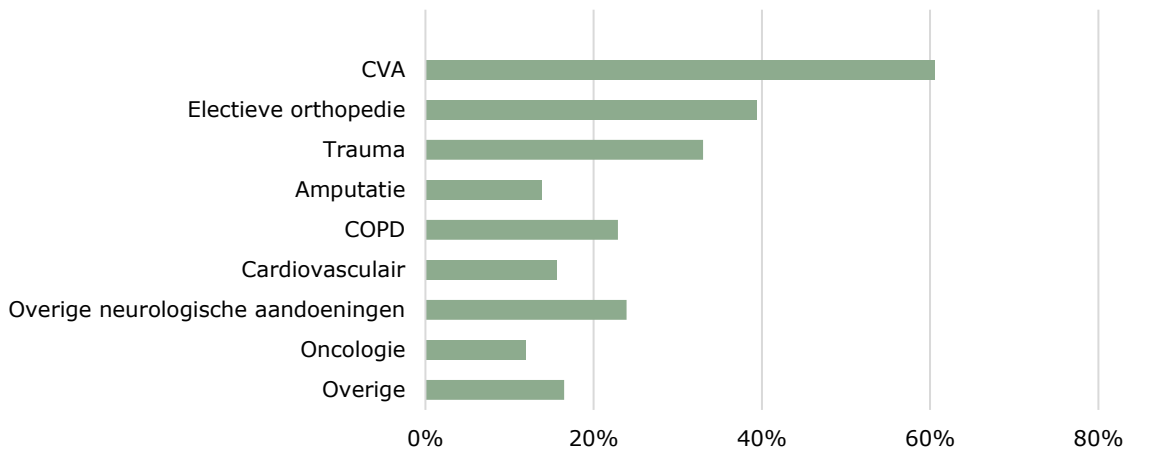
Figuur 3: Vormen van meerwaarde (valid n=117/missing n=32)

Welke voordelen heeft het gebruik van eHealth voor de revalidant? (meerdere antwoorden mogelijk)



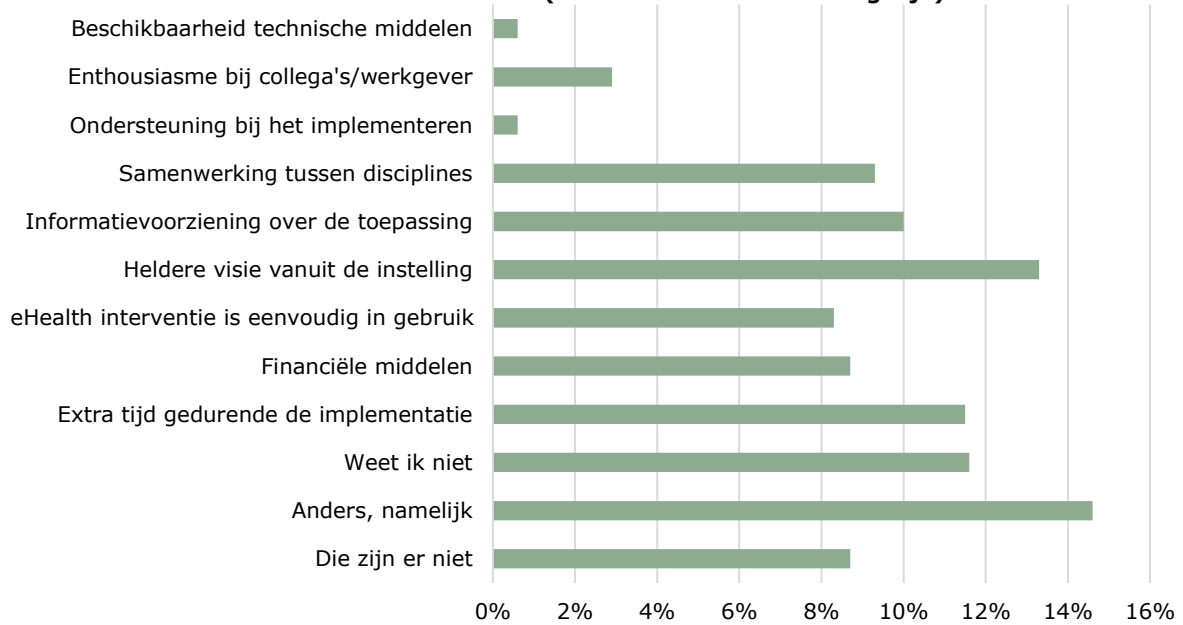
Figuur 4: Voordelen voor de revalidant (valid n=113/missing n=36)

Bij welke diagnosegroep(en) is eHealth, in uw ervaring, het meest van meerwaarde gebleken? (meerdere antwoorden mogelijk)



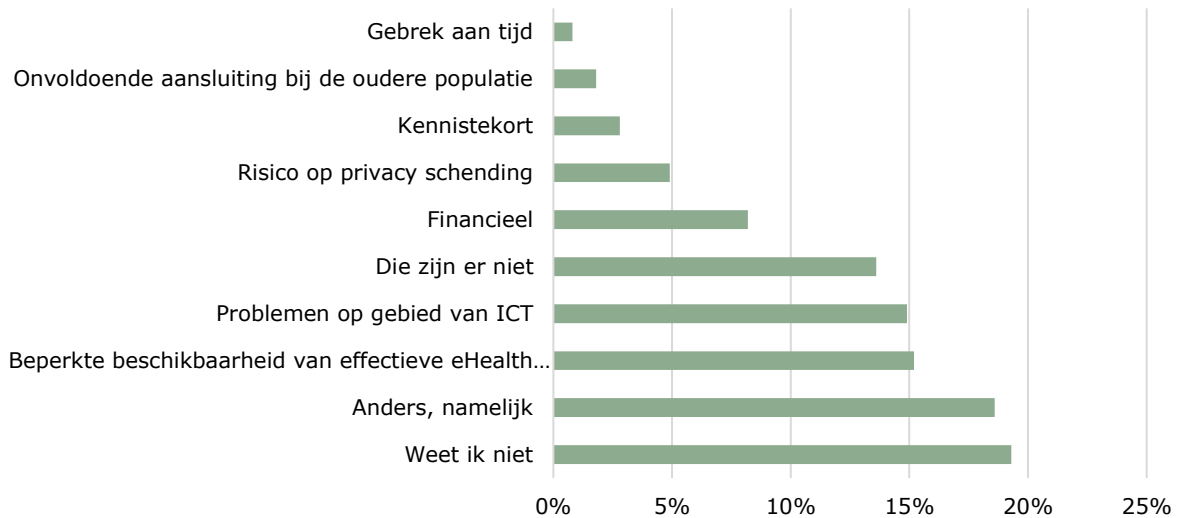
Figuur 5: Diagnosegroepen van meerwaarde (valid n=109/missing n=40)

Zijn er volgens u bevorderende factoren die het gebruik of de implementatie van eHealth beïnvloeden? (meerdere antwoorden mogelijk)



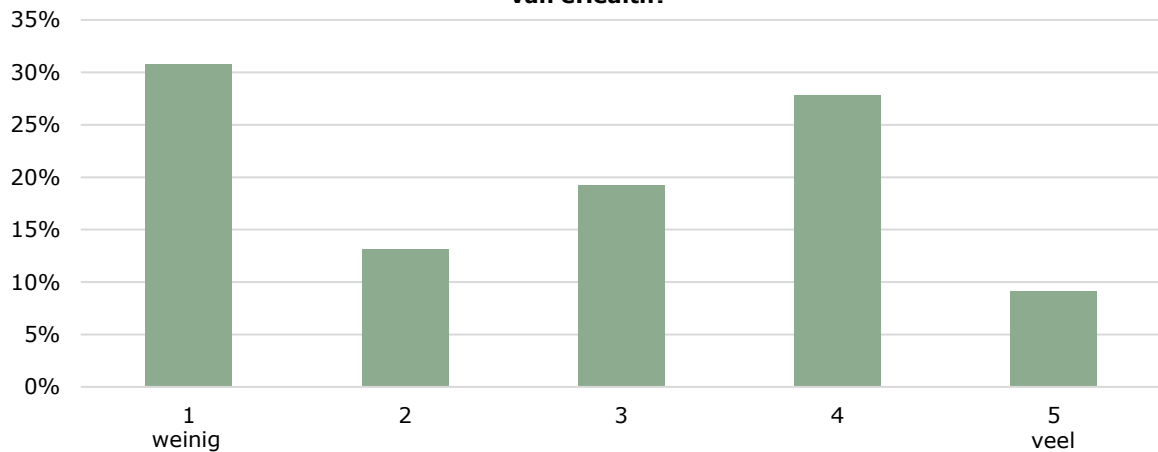
Figuur 6: Bevorderende factoren (valid n=217/missing n=114)

Zijn er volgens u belemmerende factoren die het gebruik of de implementatie van eHealth beïnvloeden? (meerdere antwoorden mogelijk)



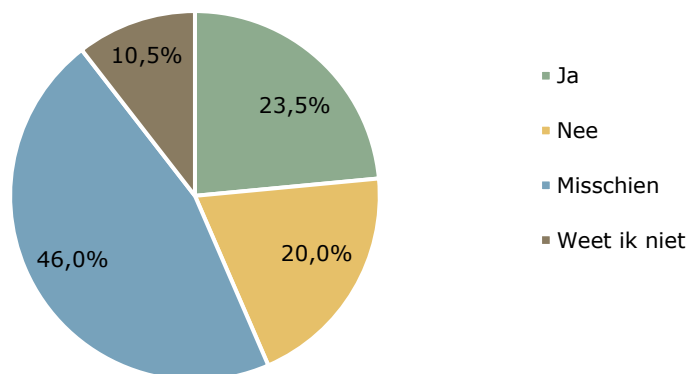
Figuur 7: Belemmerende factoren (valid n=213/missing n=118)

Hoeveel invloed heeft de situatie rondom het coronavirus op uw huidig gebruik van eHealth?



Figuur 8: Invloed coronavirus (valid n=198/missing n=133)

Denkt u dat eHealth een oplossing kan bieden voor het groeiend tekort aan zorgprofessionals in de geriatrische revalidatie? (licht toe waarom)



Figuur 9: Oplossing tekort zorgprofessionals (valid n=200/missing n=131)

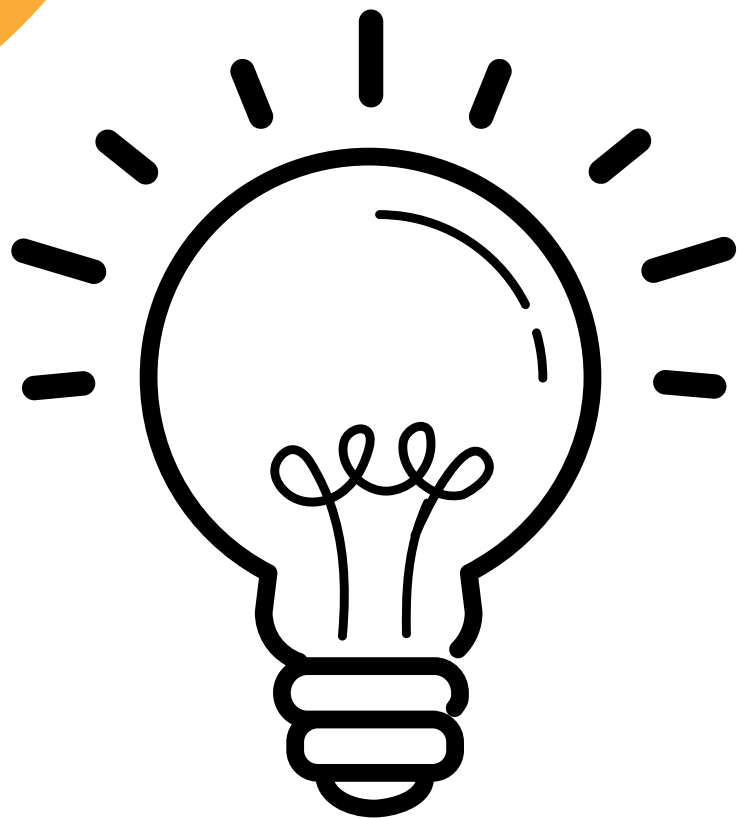
Bijlage 8: Werkelijke verdeling

Tabel 1: Werkelijke verdeling (schatting o.b.v. 4 instellingen) en verdeling nationale survey

| | Tante Louise | Attent | De Wever | Hambos | Totaal | % | Nationale survey | % |
|--|---------------------|---------------|-----------------|---------------|---------------|----------|-------------------------|----------|
| Fysiotherapeuten | 6 | 2 | 10 | 10 | 28 | 9,6 | 77 | 23,3 |
| Ergotherapeuten | 5 | 2 | 4 | 5 | 16 | 5,5 | 27 | 8,2 |
| Verpleegkundigen/verzorgenden | 65 | 50 | 20 | 46 | 181 | 62,2 | 113 | 34,1 |
| Specialisten ouderengeneeskunde | 4 | 2 | 5 | 0 | 11 | 3,8 | 21 | 6,3 |
| Verpleegkundig specialisten/physican assistants | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0,7 | 5 | 1,5 |
| Basisartsen/artsen in opleiding | 0 | 3 | 1 | 3 | 7 | 2,4 | 2 | 0,6 |
| Psychologen | 1 | 1 | 3 | 4 | 9 | 3,1 | 7 | 2,1 |
| Logopedisten | 2 | 1 | 2 | 5 | 10 | 3,4 | 23 | 6,9 |
| Vaktherapeuten | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0,7 | | |
| Diëtisten | 1 | 1 | 3 | 4 | 9 | 3,1 | 13 | 3,9 |
| Managers/Teamleiders | 3 | 2 | 2 | 0 | 7 | 2,4 | 9 | 2,7 |
| Clientservice bureau | 2 | 0 | 5 | 0 | 7 | 2,4 | | |
| TCVA consultants | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0,7 | | |
| Casemanagers | | | | | | | 1 | 0,3 |
| Anders | | | | | | | 33 | 10,0 |
| Totaal | 92 | 64 | 57 | 78 | 291 | 100 | 331 | 100 |

eHealth in de geriatrische revalidatie.

Drie praktijkgerichte bijdrages op basis van het onderzoek
'eHealth, te nieuw voor oud?'



Opdrachtgevers:

Afdeling PHEG LUMC, Universitair Netwerk
voor de Care-Zuid Holland (UNC-ZH)
Leonoor van Dam van Isselt, senior onderzoeker
Jules Kraaijkamp, junior onderzoeker

17 januari 2021

Auteurs:

Masha Meloni s1105743
Claudia Reijnen s1105687
Maaïke Ridder s1105682
Jinte Streppel s1105015

Begeleidend docent:

Volcmar Visser

Hogeschool Leiden, Fysiotherapie

Praktijkgericht Onderzoek Fysiotherapie

Inhoudsopgave

| | |
|---|----|
| Inleiding | 75 |
| Beschrijving praktijkgerichte bijdrage..... | 76 |
| Informatiebrochure | 77 |
| Infographic algemeen | 84 |
| Infographic fysiotherapeuten..... | 85 |

Inleiding

Vanuit het onderzoek 'eHealth, te nieuw voor oud?' zijn drie praktijkgerichte bijdrages ontwikkeld. Het betreft een informatiebrochure over eHealth in de geriatrische revalidatie, een infographic voor alle (zorg)professionals uit de geriatrische revalidatie en daarnaast een infographic gericht op alleen de deelgenomen fysiotherapeuten. Met deze drie innovaties hoopt de onderzoeksgroep een bijdrage te leveren aan het structureel gebruiken van eHealth in de geriatrische revalidatie.

Beschrijving praktijkgerichte bijdrage

Informatiebrochure

Er is een informatiebrochure ontwikkeld voor (zorg)professionals die werkzaam zijn in de geriatrische revalidatie. Hiermee krijgen de (zorg)professionals meer inzicht in het gebruik en de toepassing van eHealth, met als doel eHealth frequenter in te zetten in de geriatrische revalidatie. Het idee om een informatiebrochure te ontwikkelen is ontstaan vanuit de vragen 'welke informatiebehoefte heeft u met betrekking tot eHealth?' en 'hoe wilt u de informatie tot uw beschikking krijgen?'. Hieruit kwam naar voren dat er behoefte is aan informatie over: welke soorten eHealth er bestaan, de effectiviteit van eHealth, wat specifiek voor de doelgroep ouderen geschikt is en het toepassen hiervan. De manier waarop de (zorg)professionals het aangeboden willen krijgen is via een cursus, webinar of schriftelijk. De onderzoeksgroep heeft vanwege een kort tijdsbestek gekozen dit schriftelijk aan te bieden en hierin van bovenstaande informatiebehoefte te voorzien. De onderzoeksgroep wil deze innovatie implementeren door het te verspreiden onder alle (zorg)professionals binnen het netwerk SANO waarnaar de nationale survey is verstuurd.

Infographic (zorg)professionals

Deze infographic is bedoeld om (zorg)professionals en het management binnen de geriatrische revalidatie inzicht te geven in de ervaringen en behoeftes rondom eHealth. Vanuit de opdrachtgevers kwam de wens om een infographic te maken met daarin de belangrijkste resultaten van de nationale survey. Door dit weer te geven ontstaan er mogelijk nieuwe openingen om bepaalde zaken aan te passen of opnieuw vorm te geven. Deze innovatie zal verspreid worden onder alle (zorg)professionals binnen het netwerk SANO waarnaar de nationale survey verstuurd is. Daarnaast zullen de opdrachtgevers de infographic (online) publiceren en gebruiken tijdens presentaties.

Infographic fysiotherapeuten

Deze infographic is ontwikkeld voor fysiotherapeuten die werkzaam zijn in de geriatrische revalidatie, om zo een fysiotherapeutische relevante bijdrage te kunnen leveren. Vanuit de resultaten is zichtbaar dat deze doelgroep veel gebruik maakt van eHealth, maar hier nog niet altijd tevreden over is. De infographic heeft als doel inzicht te geven in het huidige gebruik, de ervaren knelpunten en bevorderende factoren. De onderzoeksgroep beoogt hiermee de fysiotherapeuten welke nog geen/weinig gebruik maken van eHealth te enthousiasmeren. Deze innovatie zal verspreid worden onder alle fysiotherapeuten binnen het netwerk SANO waarnaar de nationale survey verstuurd is.

eHealth in de geriatrische revalidatie

Informatiebrochure



Auteurs: Masha Meloni, Maaïke Ridder, Claudia Reijnen, Jinte Streppel

Opdrachtgevers:

Afdeling PHEG LUMC, Universitair Netwerk voor de Care-Zuid
Holland (UNC-ZH)

Leonor van Dam van Isselt, senior onderzoeker

Jules Kraaijkamp, junior onderzoeker

17 Januari 2021



Voorwoord

Vanuit het onderzoek "eHealth, te nieuw voor oud?" is er onderzoek gedaan naar de ervaringen en behoeften van (zorg)professionals in de geriatrische revalidatie(1). Hieruit kwam naar voren dat er behoefte was aan meer informatie over eHealth en de toepasbaarheid en effectiviteit in de geriatrische revalidatie. Met deze kennis is er een informatiebrochure ontwikkeld die ingaat op deze specifieke behoeften. Deze informatiebrochure is geschikt voor (zorg)professionals die werkzaam zijn in de geriatrische revalidatie.

Inhoudsopgave

- Wat is ehealth? Blz. 3
- Welke vormen eHealth zijn er? Blz. 3
- Voorbeelden uit de praktijk Blz. 4
- Effectiviteit van eHealth Blz. 4
- Bevorderende factoren voor het implementatieproces Blz. 5
- Literatuurlijst Blz. 6

Wat is eHealth?

eHealth wordt als volgt gedefinieerd door het Nictiz (2019):

“eHealth is de toepassing van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren.” (2)

Dit is een vrij breed begrip omdat er van eHealth veel verschillende vormen zijn en het op verschillende manieren kan worden toegepast. Om structuur te geven, worden hieronder verschillende vormen van eHealth verder toegelicht.

Welke vormen van eHealth zijn er?

| | |
|----------------------------|--|
| Robotica | <ul style="list-style-type: none">• Zijn machines die taken overnemen en doorgaans door software gestuurd worden.• Worden ingezet voor verbeteren van motorische functies of het loopvermogen. |
| Exergames | <ul style="list-style-type: none">• Zijn interactieve games waarin bewegen een belangrijk onderdeel is.• Worden ingezet voor balanstraining en het verbeteren van de conditie. |
| Health-sensoren | <ul style="list-style-type: none">• Meten lichaamsfuncties of observeren de omgeving.• Worden ingezet voor monitoren van fysieke activiteit of detecteren van val incidenten. |
| Virtual reality | <ul style="list-style-type: none">• Simuleren een virtuele omgeving.• Worden ingezet voor het verbeteren van therapietrouw of taakgerichte oefeningen. |
| Video communicatie | <ul style="list-style-type: none">• Voegt een visuele dimensie toe aan telecommunicatie om contact te versterken.• Wordt ingezet voor behandelen op afstand, vaak gecombineerd met andere eHealth. |
| Mobiele apps | <ul style="list-style-type: none">• Zijn digitale applicaties die geïnstalleerd worden op de mobiele telefoons of tablets• Worden ingezet voor zelfmonitoring of uitvoeren van zelfstandige oefeningen. |
| Gecombineerde interventies | <ul style="list-style-type: none">• eHealth interventies combineren met non-eHealth interventies.• Worden op verschillende domeinen ingezet. |

Figuur 1: vormen van eHealth (3)

Voorbeelden uit de praktijk

Robotica: arm-hand functie trainer en de looprobot (Lea rollator). Uit de nationale survey bleek dat 3% van de deelnemende zorgprofessionals robotica gebruikt in de praktijk. Robotica kan mogelijkheden bieden voor de therapeut om zo meerdere patiënten tegelijkertijd te kunnen behandelen (1,3).

Exergames: C-Mill, Silverfit, Fietslabyrinth en de Dividat Senso. Uit de nationale survey kwam naar voren dat 18 % van de (zorg)professionals gebruikt maakt van exergames. Exergames worden als makkelijk in gebruik ervaren en therapeuten geven aan dit vaker te willen gebruiken in de toekomst. Het is mogelijk minder geschikt is voor ouderen met veel fysieke of cognitieve beperkingen. Wel werd in de nationale survey benoemd dat patiënten het een leuke afwisseling vinden (1,3).

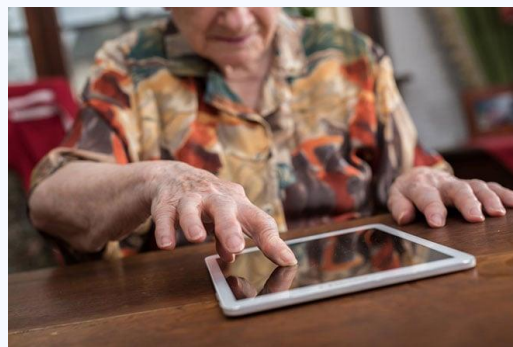
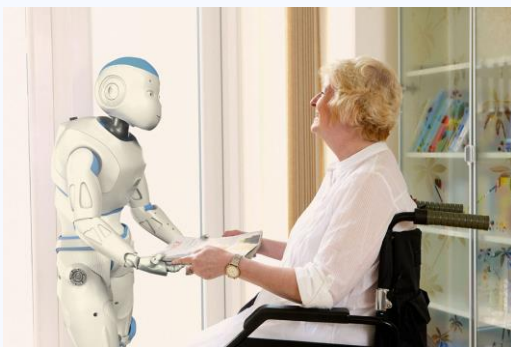
Health-sensoren: Momo bedsense, Optiscan, Sensistep, Wolk heupairbag, Hipper en Stappentellers. Vanuit de nationale survey bleek 19% van de deelnemende (zorg)professionals al gebruik te maken van deze vorm van eHealth. Er wordt benoemd dat het handig is om patiënten te monitoren. Health-sensoren kunnen bijvoorbeeld aangeven wanneer er beweging is in de kamer van de patiënt, zo kunnen valincidenten gedetecteerd worden (1,3).

Virtual Reality: Augmented Reality brillen of Virtual Reality brillen die worden toegepast om bijvoorbeeld virtueel boodschappen te doen, maar ook voor wondverzorging. Virtual Reality werd door 3% van de (zorg)professionals die onderdeel waren van de nationale survey gebruikt (1,3).

Videocommunicatie: Zoom, Skype, Microsoft Teams en Google Meet. 24% van de (zorg)professionals van de nationale survey maakt al gebruik van deze vorm van eHealth. Er wordt benoemd dat videocommunicatie vanwege Covid-19 meer gebruikt wordt in de praktijk (1,3).

Mobiele apps: Oefenapp beroerte, SpreekBeter, Touch to Tell en Physitrack. Mobiele apps worden door 25% van de (zorg)professionals uit de nationale survey gebruikt. Hiermee is dit de meest gebruikte vorm. (zorg)Professionals benoemen dat de patiënten makkelijker zelfstandig kunnen oefenen en dat het voor een leuke afwisseling zorgt. Tevens begrepen de patiënten de benodigde vaardigheden snel en vonden ze het een nuttige ervaring (1,3).

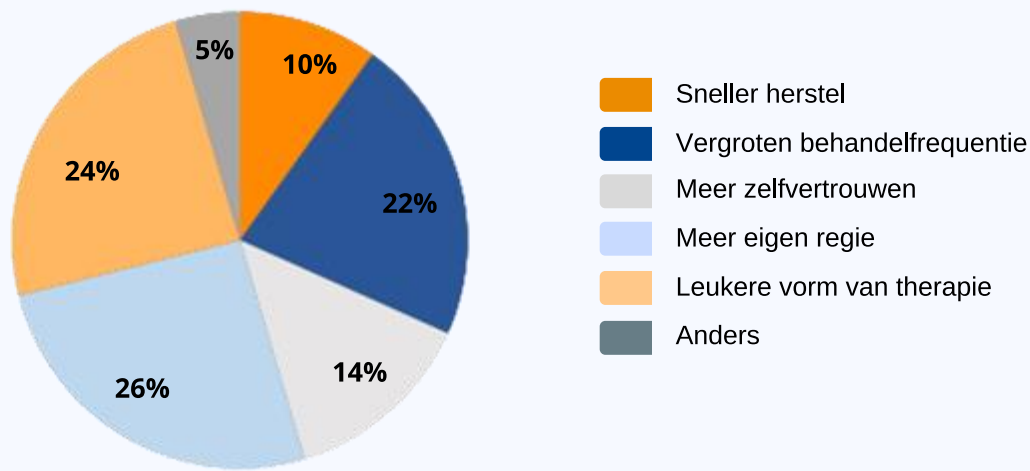
Gecombineerde interventies: Wanneer videocommunicatie wordt gecombineerd met een stappenteller, is het bijvoorbeeld mogelijk om patiënten te monitoren en te behandelen op afstand. Dit kan bijdragen aan de continuïteit van de revalidatie. Gecombineerde interventies zijn het meest veelbelovend voor het verbeteren van revalidatie uitkomsten (1,3).



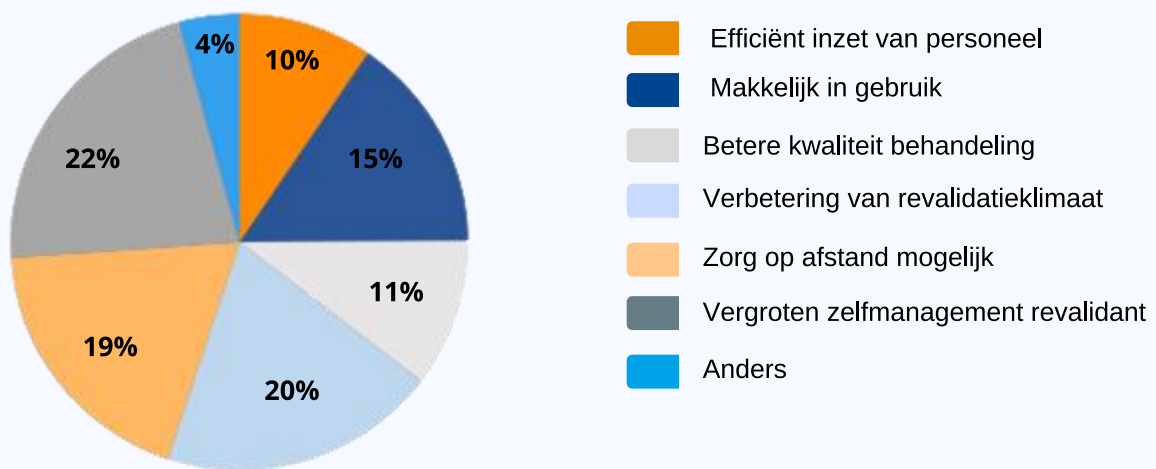
Effectiviteit van eHealth

Een systematische review toont aan dat in driekwart van de studies eHealth even effectief was als behandelingen die niet uit eHealth bestonden, zoals reguliere fysiotherapie. Gecombineerde interventies waren veelal effectiever dan niet ehealth interventies. eHealth kan ouderen helpen bij het verbeteren van fysieke activiteiten, het loopvermogen en de balans (3).

Naast bovenstaande effecten worden er ook voordelen uit de praktijk benoemd. Dit waren zowel voordelen specifiek voor de revalidant als voordelen ervaren door (zorg)professionals tijdens gebruik van eHealth. Voor de revalidant blijkt ehealth een bijdrage te kunnen leveren aan eigen regie, leukere vorm van therapie en het vergroten van de behandelrequentie (figuur 2). Door de (zorg)professional werd met name ervaren dat eHealth ondersteuning kan bieden in het vergroten van zelfmanagement van de revalidant, verbetering in het revalidatieklimaat en het mogelijk maken van zorg op afstand (figuur 3) (1).



Figuur 2: voordelen voor de revalidant (1)



Figuur 3: voordelen voor (zorg)professionals (1)

Bevorderende factoren voor het implementatieproces

Uit het onderzoek 'eHealth in de geriatrische revalidatie' kwamen de volgende factoren het meeste naar voren voor het bevorderen van de implementatie (1):



Multidisciplinaire samenwerking



Informatievoorziening



Heldere visie vanuit instelling



Makkelijk in gebruik



Financiële middelen



Extra tijd voor implementatie

Wilt u meer informatie over het implementatieproces? Neem een kijkje op de website van de Rijksoverheid voor aandachtspunten en tips:

<https://www.zorgvoorinnoveren.nl/implementatie/handreiking-e-health-implementatie> (4)

Literatuurlijst

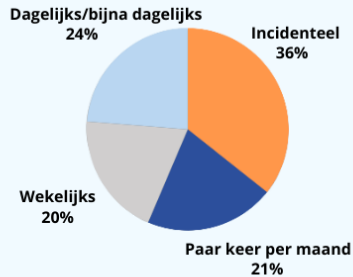
1. Meloni M, Reijnen C, Ridder M, Streppel J. eHealth, te nieuw voor oud? De ervaringen en behoeftes van (zorg)professionals met eHealth in de geriatrische revalidatie, een nationale survey. Leiden: Hogeschool Leiden; 2021 jan.
2. van Lettow B, Wouters M, Sinnige J. E-health, wat is dat? [Internet]. Den Haag: Nictiz; 2019 mrt [geciteerd 4 september 2020] p. 27. Beschikbaar op: <https://www.nictiz.nl/rapporten/e-health-wat-is-dat/>
3. Kraaijkamp J, van Dam van Isselt L, Persoon A, Chavannes N, Achterberg W. eHealth in de geriatrische revalidatie. Verenso, Tijdschrift voor ouderengeneeskunde. 1 augustus 2020;Lessen uit een systematic review over effectiviteit, haalbaarheid en bruikbaarheid(Augustus):7.
4. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Handreiking e-health implementatie - Implementatie - Zorg voor innoveren [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2019 [geciteerd 17 december 2020]. Beschikbaar op: <https://www.zorgvoorinnoveren.nl/implementatie/handreiking-e-health-implementatie>

EHEALTH IN DE GERIATRISCHE REVALIDATIE

Resultaten uit een nationale survey met 331 deelgenomen (zorg)professionals werkzaam in de GR. Het doel van de nationale survey was om ervaringen van (zorg)professionals werkzaam in de GR met eHealth op de domeinen bruikbaarheid, haalbaarheid en effectiviteit in kaart te brengen. Daarnaast zijn de behoeftes met betrekking tot eHealth geïnventariseerd.

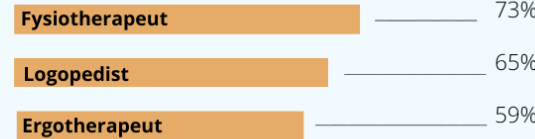
Hoe vaak wordt eHealth ingezet?

47%
Geeft aan gebruik te maken van eHealth



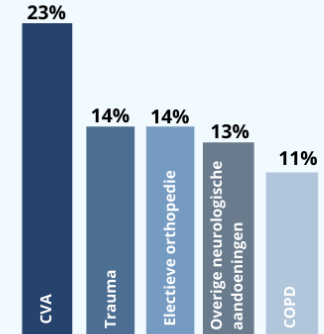
Wie maakt het meest gebruik?

Top drie



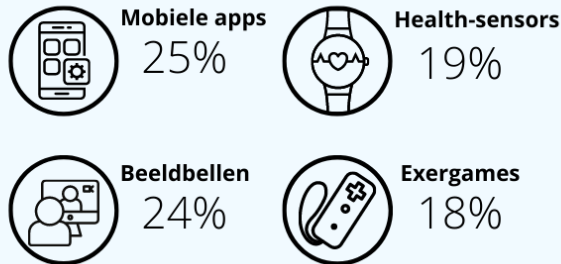
Bij wie wordt eHealth ingezet?

Top vijf



Wat wordt het meest ingezet?

Top vier



Waar liggen knelpunten m.b.t. gebruik?

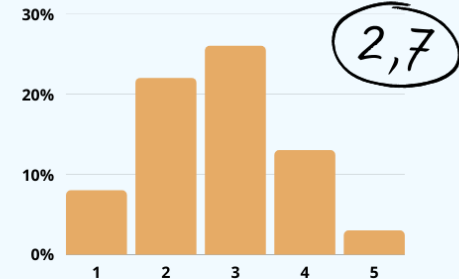
GEEN ORGANISATIEBREDE WERKWIJZE
KOSTEN
ONGESCHIKHEID DOELGROEP
KENNISTEKORT PROFESSIONAL
ONVOLDENDE BESCHIKBARE MIDDELEN
TIDGEBREK
MOTIVATIE
GEBREK AAN

Welke informatiebehoefte is er?



Er is behoefte aan informatie over eHealth, met betrekking tot de soorten, toepassing en effectiviteit.

Wordt er een heldere visie binnen de instellingen ervaren?



Een heldere visie is van fundamentele waarde tijdens het implementatieproces



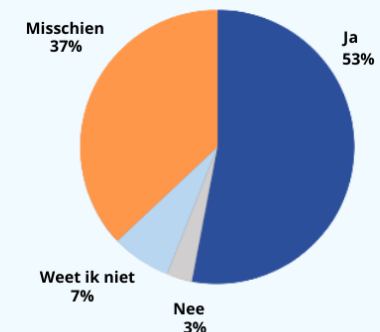
Er is een relatie gevonden tussen de mate van een heldere visie binnen een instelling en de tevredenheid over het implementatieproces.

Wat zijn de voordelen?

| (zorg)Professionals | Revalidanten |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| Verbetering van revalidatieklimaat | Meer eigen regie |
| Makkelijk in gebruik | Meer zelfvertrouwen |
| Zorg op afstand mogelijk | Vergroten behandel frequentie |
| Vergroten zelfmanagement revalidant | Leukere vorm van therapie |



Wil men eHealth in de toekomst gebruiken?



EHEALTH IN DE GERIATRISCHE REVALIDATIE

voor en door fysiotherapeuten

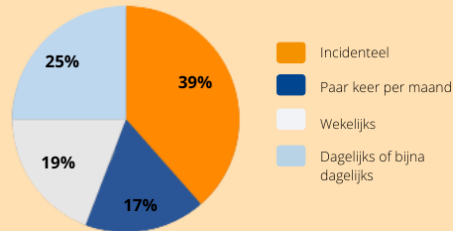
Resultaten uit een nationale survey afgenomen onder **77 fysiotherapeuten** werkzaam in de GR. Het doel van de nationale survey was om ervaringen van (zorg)professionals werkzaam in de GR met eHealth op de domeinen bruikbaarheid, haalbaarheid en effectiviteit in kaart te brengen. Daarnaast zijn de behoeftes met betrekking tot eHealth geïnventariseerd.

Hoe vaak wordt eHealth ingezet?



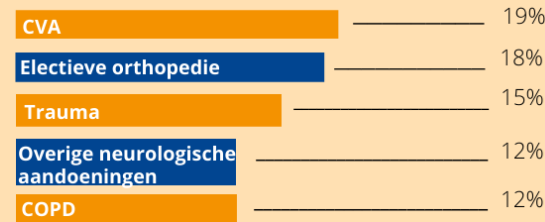
73%

Geeft aan gebruik te maken van eHealth

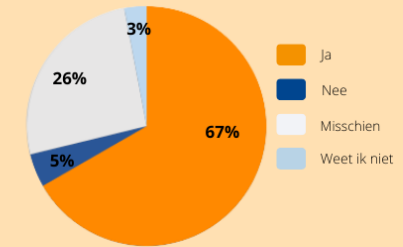


Bij wie wordt eHealth ingezet?

Top vijf



Zou u meer gebruik willen maken van eHealth?



Wat wordt het meest ingezet?

Top vier



Exergames
29%



Mobiele apps
25%



Beeldbellen
19%

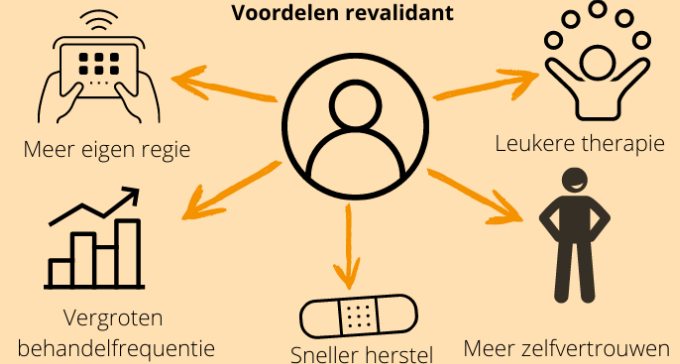


Health-sensoren
16%

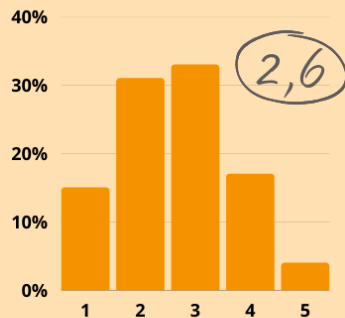
Waar liggen de knelpunten?

BESCHIKBAARHEID MATERIAAL
 GEEN ONDERSTEUNING
 SLUIT NIET AAN OP BEHANDELDOELEN
GEBREK AAN TIJD
 KOSTEN
 GEBREK AAN RUIMTE
ONGESCHIKHEID DOELGROEP
 GEEN ENTHOUSIASME
 KENNISTEKORT
 GEBREK AAN BEWIJSLAST
 GEBREK AAN IMPLEMENTATIE

Voordelen revalidant



Tevredenheid over het implementatieproces van eHealth



"Te weinig aandacht voor implementatie/inbedding in de dagelijkse werkroutine. Innovaties leren gebruiken komt altijd boven op je eigen werk."

Voordelen zorgprofessional

Verbetering van revalidatieklimaat



Zorg op afstand mogelijk



Makkelijk in gebruik



Vergroten zelfmanagement revalidant



Bevorderende factoren voor implementatie

- Beschikbaarheid technische middelen
- Enthousiasme bij collega's en werkgever
- Ondersteuning bij het implementeren
- Financiële middelen
- Extra tijd gedurende implementatie
- eHealth interventie is eenvoudig in gebruik

