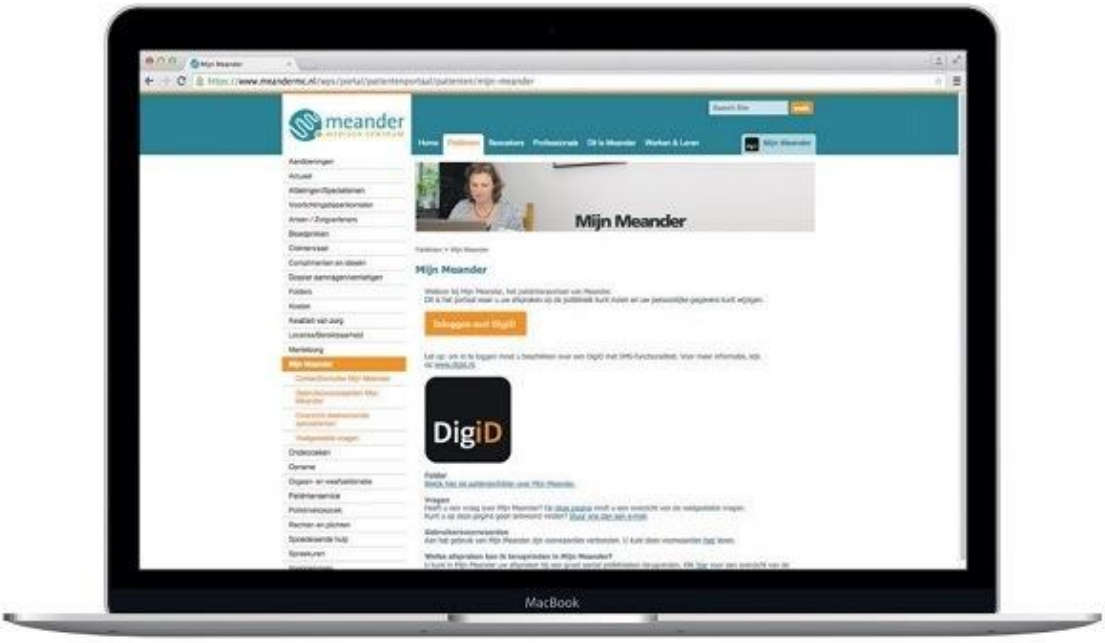


KOMT EEN ZIEKENHUIS BIJ DE DOKTER

Een case study naar het digitaal patiëntportaal Mijn Meander van Meander Medisch Centrum

Iris Noëlle Lengkeek
5778123

Universiteit Utrecht | Departement Bestuurs- en Organisatiewetenschap
Master Communicatie, Beleid & Management
30 juni 2017

Eerste lezer: dr. Madelinde Winnubst
Tweede lezer: dr. Arnold Wilts

VOORWOORD

Ik hoor het u bijna denken: komt een ziekenhuis bij de dokter? Ja, in mijn scriptie komt het ziekenhuis zelf bij de dokter. In dit stuk leest u wat de klachten van het ziekenhuis zijn en neemt het ziekenhuis u mee in zijn reis als patiënt door het ziekenhuis. De korte verhalen zijn geïnspireerd op de interviews en mijn eigen ervaring als patiënt en worden gevolgd door wetenschappelijke hoofdstukken.

Lang heb ik nagedacht over een onderwerp waar écht mijn interesse lag. Jaren geleden riep ik dat ik geïnteresseerd was in de communicatie van ziekenhuizen. Na een gesprek bij Meander besloot ik om hier mijn scriptie te schrijven. De afdeling Communicatie had verschillende vraagstukken liggen. Hiervan heb ik er één gekozen en omgevormd naar mijn interesse. Met als gevolg, een onderzoek naar het patiëntportaal van Meander.

Gelukkig hoefde ik het niet helemaal alleen te doen. Ik wil allereerst mijn begeleidster Madelinde Winnubst bedanken voor het meedenken en de nuttige feedback. Uw begeleiding gaf me een goede ondersteuning bij het schrijven van mijn scriptie. Het was fijn om een stevige uitvalsbasis te hebben, zowel vanuit Universiteit Utrecht als vanuit het ziekenhuis. Collega's van Meander, jullie waren altijd enthousiast over mijn onderzoek en vorderingen. Bedankt hiervoor!

Andere mensen die ik wil bedanken zijn allereerst opa en oma: bedankt dat jullie mij tijdens mijn hele studieperiode hebben gesteund, ik kon altijd naar jullie toe. Daarnaast wil ik mama bedanken voor alles wat je hebt gedaan om mijn studielast te verlichten, daar waar het mogelijk was. Ook wil ik Jelle bedanken voor je geduld en de leuke dingen die we de afgelopen maanden samen hebben gedaan. Deze momenten zorgden ervoor dat ik daarna met een frisse blik verder kon schrijven.

Tot slot wil ik graag alle respondenten bedanken die hebben meegewerkt aan mijn onderzoek. Ik vond het geweldig om de gastvrijheid en openheid van onbekenden te mogen ervaren. Het is fijn om te weten dat mensen je willen helpen, ook al ken je elkaar (bijna) niet. Misschien is dat nog wel één van de mooiste ervaringen tijdens mijn scriptie.

Ik hoop dat u mijn scriptie met veel plezier leest.

Iris Noëlle Lengkeek
Juni 2017

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING 4

HOOFDSTUK 1 | INTAKE 6
1.1 | Kennismaking 6
1.2 | Klachten van Meander over het gebruik van Mijn Meander 7
1.3 | Probleemstelling 8
1.4 | Relevantie 9
1.5 | Leeswijzer 9

HOOFDSTUK 2 | BEHANDELPAD 10
2.1 | Onderzoeksaanpak 10
2.2 | Onderzoeksmethoden 11
2.2.1 | Literatuurstudie 11
2.2.2 | Vragenlijst 12
2.2.3 | Interviews 13
2.3 | Dataverzameling en data analyse 15
2.3.1 | Vragenlijst 15
2.3.2 | Interviews 15
2.4 | Kwaliteitscriteria 16

HOOFDSTUK 3 | SCAN 18
3.1 | eHealth en patiëntportalen 19
3.2 | De adoptie van patiëntportalen 24
3.3 | Samenvatting 31

HOOFDSTUK 4 | HET ONDERZOEK 33
4.1 | Kenmerken van het portaal 34
4.1.1 | Waargenomen nut en waargenomen gebruiksgemak 34
4.1.2 | Compatibiliteit 37
4.1.3 | Functies 37
4.2 | Kenmerken van de patiënt 41
4.3 | Communicatiekanalen 47

HOOFDSTUK 5 | DIAGNOSE 50

HOOFDSTUK 6 | NAZORG 57
6.1 | Reflectie op het onderzoeksproces en de resultaten 57
6.2 | Aanbevelingen voor vervolgonderzoek 59

LITERATUUR 60

BIJLAGE I | Vragenlijst 64
BIJLAGE II | Overzicht respondenten vragenlijst 66
BIJLAGE III | Topiclijsten 67
BIJLAGE IV | Mijn Meander web versie 73
BIJLAGE V | Mijn Meander mobiele applicatie 76
BIJLAGE VI | Overzicht respondenten 78
BIJLAGE VII | Codeboom 79

SAMENVATTING

Dit onderzoek is een case study naar het gebruik van patiëntportaal Mijn Meander van Meander Medisch Centrum te Amersfoort.

In Nederland heeft een kwart van de ziekenhuizen een patiëntportaal (Schreuder & Watson, 2016). Patiëntportalen zijn een eHealth-toepassing, waardoor patiënten meer inzicht krijgen in hun zorggegevens. Uit de eHealth monitor 2016, een onderzoek naar het gebruik van eHealth in Nederland, blijkt dat er steeds meer mogelijkheden zijn om zorg online te regelen, maar dat het gebruik ervan achterblijft (Krijgsman et al., 2016). Dit is ook het geval bij Meander. Hoewel het patiëntportaal anderhalf jaar bestaat, gebruikt slechts 17,2% van de patiënten Mijn Meander (N=15348). Het doel van dit onderzoek is om te achterhalen welke motieven verschillende patiënten van Meander hebben om het patiëntportaal wel of niet te gebruiken. Daarnaast is het doel om inzicht te krijgen in de behoeften van patiënten rondom een digitaal patiëntportaal van een ziekenhuis, om op basis hiervan patiëntportalen zoals Mijn Meander te kunnen optimaliseren. Dit wordt onderzocht aan de hand van de volgende onderzoeksvragen:

Hoofdvraag 1: 'Welke attitude hebben patiënten van Meander Medisch Centrum ten opzichte van het gebruiken van patiëntportaal Mijn Meander?

Hoofdvraag 2: 'Hoe zouden variabelen die de adoptiesnelheid van patiëntportalen bepalen kunnen bijdragen aan een toename in het gebruik van patiëntportaal Mijn Meander door patiënten van Meander Medisch Centrum?

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, is allereerst een literatuurstudie gedaan naar eHealth, patiëntportalen en adoptieprocessen. Hieruit blijkt dat zorgverleners bij eHealth continu kijken naar hoe zij ICT kunnen inzetten bij het verlenen van zorg, om hiermee de gezondheidszorg te ondersteunen en te verbeteren. Een drietal ontwikkelingen versterkt het gebruik van eHealth: de zorgvraag neemt toe, er zijn medisch-technologische ontwikkelingen en de patiënt krijgt steeds meer zeggenschap in zijn zorgproces. Mede door deze ontwikkelingen zijn er steeds meer ziekenhuizen in Nederland die een patiëntportaal gebruiken.

Of patiënten patiëntportalen wel of niet gebruiken, hangt volgens Gaul en Ziefle (2009) af van acceptatiebarrières. Om deze acceptatiebarrières te achterhalen, kan het Technology Acceptance Model (TAM) van Davis (1993) worden gebruikt. De twee belangrijkste determinanten uit dit model zijn het waargenomen gebruiksgemak en het waargenomen nut. Samen beïnvloeden zij de attitude die mensen hebben ten opzichte van een nieuwe technologie (Davis, 1993). Twee andere modellen die zijn gebruikt in dit onderzoek zijn het UTAUT-model van Venkatesh, Morris, Davis en Davis (2003) en variabelen die de adoptiesnelheid bepalen volgens Rogers (1995). De bovengenoemde drie theorieën zijn gebruikt bij het ontwerpen van een conceptueel model.

De data zijn verzameld door middel van *mixed methods*: kwantitatief onderzoek door middel van een vragenlijst onder 111 patiënten van Meander en kwalitatief onderzoek door middel van twintig diepte-interviews met tien respondenten die Mijn Meander gebruiken en tien respondenten die Mijn Meander niet gebruiken.

Allereerst is onderzocht welke attitude patiënten hebben ten aanzien van het gebruik van Mijn Meander. Uit het onderzoek blijkt dat deze over het algemeen positief is. Zowel het waargenomen nut

als het waargenomen gebruiksgemak (Davis, 1993) beoordelen de respondenten die Mijn Meander wel gebruiken en de respondenten die Mijn Meander niet gebruiken als goed. Hoewel een positieve attitude ten opzichte van een technologie er volgens Davis (1993) voor zorgt dat iemand die technologie ook daadwerkelijk gaat gebruiken, is dat bij Mijn Meander niet het geval. Ondanks een positieve attitude zijn er namelijk toch respondenten die het portaal niet gebruiken. Het wel of niet gebruiken van het portaal lijkt daarom af te hangen van andere factoren dan alleen het waargenomen gebruiksgemak en het waargenomen nut.

Vervolgens is onderzocht welke variabelen die de adoptiesnelheid bepalen kunnen bijdragen aan een toename in het gebruik van Mijn Meander. Als het gaat om de huidige functies van het patiëntportaal, blijkt uit de onderzoeksresultaten dat de respondenten deze goed ontvangen. Zowel de gebruikers als de meeste niet-gebruikers van Mijn Meander hebben behoefte aan het digitaal maken en inzien van afspraken, vragenlijsten online vullen, persoonlijke medische informatie inzien en chatten met een arts. Het tijdbesparende karakter van deze functies zorgt ervoor dat respondenten enthousiast zijn. Enkele oudere respondenten hadden echter minder interesse in de aangeboden functies via Mijn Meander, omdat zij aangaven niet over de vaardigheden te beschikken om Mijn Meander te kunnen gebruiken. Daarnaast zeggen sommige respondenten dat de bestaande functies niet ver genoeg zijn ontwikkeld. Wanneer deze functies verder zouden worden ontwikkeld, is de verwachting dat dit zal bijdragen aan een toename van de adoptiesnelheid van het patiëntportaal.

Verder hebben kenmerken van de patiënt een grote invloed op de adoptiesnelheid van Mijn Meander. Uit het literatuuronderzoek bleek dat de patiënt een steeds actievere rol vervult in zijn eigen zorgproces (Van der Klauw & Flim, 2011; Aujoulat, d'Hoore & Decacche, 2007). De onderzoeksresultaten bevestigen dit. Bijna alle respondenten gaven aan regelmatig op internet te zoeken naar medische informatie en mee te willen denken met hun arts. Andere belangrijke kenmerken van de patiënt die beïnvloeden of een patiënt het portaal wel of niet gebruikt, zijn de leeftijd en de frequentie die respondenten bij Meander komen. Zo bleek het voor oudere respondenten lastiger om een portaal te gebruiken en is de verwachting dat des te vaker een patiënt bij het ziekenhuis komt, des te interessanter het patiëntportaal voor hem zal zijn. Opvallend was dat van de respondenten die Mijn Meander gebruiken, zeven van hen maandelijks of vaker bij Meander kwamen. De respondenten die Mijn Meander niet gebruikten bezochten het ziekenhuis aanzienlijk minder.

De belangrijkste reden voor het niet willen gebruiken van het patiëntportaal is dat respondenten persoonlijk contact met de arts prettiger vinden dan digitaal contact, omdat zij het gevoel hebben beter begrepen te worden wanneer zij de arts face-to-face spreken. Dit werd genoemd door zowel oudere als jongere respondenten.

Tot slot bleek dat weinig respondenten op de hoogte waren van het bestaan van Mijn Meander. Volgens Rogers (1995) werkt het bij complexe innovaties beter om interpersoonlijke communicatie in te zetten dan massamedia. Hoewel Mijn Meander als complex kan worden beschouwd, zeker voor de ouderen, heeft Meander toch gekozen voor het gebruiken van massamedia in de vorm van posters en flyers. Door interpersoonlijke communicatie in te zetten, zoals een arts, verpleegkundige of assistent die de patiënt uitleg geeft over Mijn Meander, is de verwachting dat de adoptiesnelheid van Mijn Meander zal toenemen.

HOOFDSTUK 1 | INTAKE

Zenuwachtig ging ik naar binnen. Hoewel ik hier bekend ben, vond ik het spannend. Al meer dan een jaar liep ik rond met mijn klachten, en wat ik ook probeerde, ze gingen niet weg. Ik besloot om naar de dokter te gaan. Telefonisch had ik een afspraak gemaakt voor een intakegesprek. De dokter zou kijken of mijn klachten serieus genoeg waren om verder onderzoek naar te doen. Hij was niet bekend met mijn klachten, omdat het zoiets nieuws was. Ik had een patiëntportaal ontwikkeld, maar het werd bijna niet gebruikt. Hoe kon zoiets?

Tijdens de intake introduceer ik het onderwerp van dit onderzoek (1.1), worden de specifieke klachten van Meander (1.2) besproken, de probleemstelling genoemd (1.3) en de relevantie van dit onderzoek toegelicht (1.4). Het hoofdstuk eindigt met een leeswijzer (1.5).

1.1 | Kennismaking

Digitalisering is overal. Onze bankzaken regelen we online, de belastingaangifte doen we via internet en voor onze boodschappen hoeven we de deur niet uit. De wereld verandert: inmiddels is 84,6% (N=4500) van de Nederlanders in het bezit van een smartphone (CBS, 2017a) en daarmee online.

Dit onderzoek heeft te maken met digitalisering. Digitalisering is er namelijk ook in de zorg. Naast het feit dat er technologisch steeds meer mogelijk is, wordt de Nederlandse bevolking ouder (CBS, 2017a) en zijn er meer chronisch zieken (Van den Bergh Jeths, Timmermans, Hoeymans & Woittiez, 2004). De zorgbehoefte neemt hierdoor toe, maar er zullen door de vergrijzing steeds minder arbeidskrachten zijn die voor de grotere groep ouderen en zieken kunnen zorgen. De zorg zal daarom op een andere manier moeten worden georganiseerd (Gaul & Ziefle, 2009). Digitale zorg, ook wel ‘eHealth’, zou hieraan kunnen bijdragen.

Wat is eHealth? De definitie die de overheid gebruikt is (RVZ, 2002): ‘[eHealth is] het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren’ (p.5). Uit de eHealth Monitor van

2016, een onderzoek naar het gebruik van eHealth in Nederland, blijkt dat er steeds meer mogelijkheden zijn om zorg online te regelen, zoals het het online stellen van een vraag (Krijgsman et al., 2016). Toch maken weinig patiënten gebruik van de nieuwe mogelijkheden. Zo is het bij 75% van de huisartsen (N=321) mogelijk om online een herhaalrecept aan te vragen, maar slechts 16% van de patiënten heeft dit ooit gedaan (N=591). Daarnaast kunnen patiënten aan 60% van de huisartsen (N=321) online een vraag stellen, en heeft maar 6% van de patiënten (N=591) hier gebruik van gemaakt (Krijgsman et al., 2016). Ook registreren weinig patiënten zich bij online patiëntportalen (Goel et al., 2011). Patiëntportalen zijn online toegangspoorten die de patiënt regie geven bij het bijeenkrijgen en delen van informatie over zijn gezondheid (Heldoorn, Van Herk & Veereschild, 2011).

Uit onderzoek blijkt dat eHealth veel voordelen heeft: het zelf bijhouden van gegevens over de gezondheid kan bijdragen aan de vermindering van klachten (Sheppard, Schwartz, Tucker & McManus, 2016). Daarnaast bevordert eHealth de toegankelijkheid van de zorg, kan eHealth de kosten van de zorg verminderen en de kwaliteit verbeteren (Aldenhoven, 2010). Ook medisch specialisten zijn steeds vaker voorstander van het gebruik van eHealth. Krijgsman et al. (2016) beschrijven dat 49% van de medisch specialisten (N=353) online inzage voor zorggebruikers aanraadt, wat een stijging is ten opzichte van 2015. Ook Richards et al. (2005) stellen dat artsen en verpleegkundigen het gebruik van eHealth nuttig en gemakkelijk vinden, maar dat zij wel onzeker zijn over privacy. Toch lijken patiënten de meerwaarde van eHealth zelf niet te zien. Het is onduidelijk wat de patiënt verlangt van zijn zorgverlener op het gebied van eHealth en aan welke eHealth-toepassingen de patiënt behoefte heeft. Waarom regelt de patiënt zorg (nog) niet online? Welke barrières zijn er? En wanneer zou de patiënt zijn of haar zorgproces wel online willen regelen?

Op al deze vragen bestaat nog geen antwoord. Er is een gebrek aan inzicht in de wensen van patiënten rondom het gebruik van eHealth, en voornamelijk in patiëntportalen. Door de focus te leggen op de wensen van de patiënt, kan de kwaliteit van zorg verbeteren (Goel et al., 2011). Daarmee is het feit dat eHealth weinig wordt gebruikt niet alleen het probleem van zorgverleners, en in het bijzonder van ziekenhuizen, maar juist ook van de patiënt. Een betere kwaliteit zorg is voor patiënten van belang.

Dit is een breed en verkennend onderzoek naar de wensen van patiënten rondom patiëntportalen. In de eHealth monitor worden aanbevelingen gedaan met betrekking tot eHealth, waaronder: 'focus de aandacht op meer dan techniek' (Krijgsman et al., 2016). Ook Gaul en Ziefle (2009) schrijven dat 'de menselijke factor' in de nieuwe technologische systemen onderontwikkeld is. In dit onderzoek neem ik dit mee als rode draad: ik focus de aandacht op de patiënt.

1.2 | Klachten van Meander over het gebruik van Mijn Meander

Meander is een ziekenhuis dat zorg verschaft aan ongeveer 320.000 inwoners uit de regio Amersfoort. Bij Meander werken meer dan drieduizend professionele medewerkers, tweehonderd medisch specialisten en een groot aantal vrijwilligers (Meander Medisch Centrum, 2017). De visie van Meander is: 'Meander Medisch Centrum, úw partner in gezondheid' (RvB Meander, 2016). In deze visie staat de patiënt centraal.

Meander investeert in *healing environment*. Een *healing environment* is een omgeving die speciaal is ontworpen om een positief effect te hebben op de gezondheid en gesteldheid van patiënten, bijvoorbeeld een omgeving met veel groen. In het koersdocument (RvB Meander, 2016) staat

beschreven dat Meander wil groeien in *digital healing environment*. Volgens de Raad van Bestuur van Meander bieden nieuwe manieren van digitale communicatie de patiënt extra inzicht, invloed en service (RvB Meander, 2016).

Een manier waarop Meander heeft geïnvesteerd in *digital healing environment* is via het online patiëntportaal 'Mijn Meander'. Sinds januari 2016 gebruikt Meander het patiëntportaal, bestaande uit een web versie en een app. De web versie en de app bieden verschillende functies aan. Bij beide toepassingen is het mogelijk om komende afspraken te bekijken, persoonlijke gegevens in te zien en te wijzigen, te chatten met een arts (mits dit kan op de betreffende poli) en de contactgegevens van het ziekenhuis te raadplegen. Via de web versie is het mogelijk om vragenlijsten in te vullen en het medisch dossier op te vragen. Op de app kunnen patiënten hun behandelpad inzien (mits beschikbaar voor de betreffende ziekte) en meldingen krijgen wanneer zij een afspraak hebben staan. Om toegang te krijgen tot de app, moeten patiënten zich op de web versie registreren met hun DigiD.

Ongeveer 17,2% van de patiënten van Meander maakt gebruik van het patiëntportaal (N=15348). Het is Meander niet duidelijk waarom niet meer patiënten het patiëntportaal gebruiken. Meer inzicht in de wensen van patiënten rondom patiëntportalen, zoals Mijn Meander, is daarom zeer gewenst.

1.3 | Probleemstelling

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om een idee te krijgen van de motieven die verschillende patiënten van Meander hebben om het patiëntportaal Mijn Meander wel of niet te gebruiken. Daarnaast is het doel om inzicht te krijgen in de behoeften van patiënten rondom een digitaal patiëntportaal van een ziekenhuis, om op basis hiervan patiëntportalen zoals Mijn Meander te kunnen optimaliseren.

Vraagstelling

<u>Hoofdvraag 1</u>

Welke attitude hebben patiënten van Meander Medisch Centrum ten opzichte van het gebruiken van patiëntportaal Mijn Meander?

1.1. Hoe worden eHealth en patiëntportalen vanuit de literatuur geduid?
1.2. Op welke wijze beïnvloeden het waargenomen nut en het waargenomen gebruiksgemak de attitude ten opzichte van het gebruik van Mijn Meander?

<u>Hoofdvraag 2</u>

Hoe zouden variabelen die de adoptiesnelheid van patiëntportalen bepalen, kunnen bijdragen aan een toename in het gebruik van patiëntportaal Mijn Meander door patiënten van Meander Medisch Centrum?

2.1. Welke factoren kunnen volgens de literatuur van invloed zijn op het adoptieproces van patiëntportalen?
2.2. Welke kenmerken van Mijn Meander hebben een positieve of negatieve invloed op de adoptiesnelheid?
2.3. Welke invloed hebben kenmerken van de patiënt op de adoptiesnelheid?
2.4. Op welke manier zouden communicatie-uitingen kunnen bijdragen aan een toename in het gebruik van een digitaal patiëntportaal?

Deelvraag 1.1 en 2.1 zijn theoretisch van aard, deze zal ik beantwoorden in hoofdstuk 3 door middel van een literatuurstudie. De andere deelvragen zijn empirisch van aard en zal ik beantwoorden aan de hand van een vragenlijst aan 111 patiënten en twintig diepte-interviews met patiënten van Meander.

1.4 | Relevantie

Maatschappelijke relevantie

De digitalisering zorgt voor nieuwe kansen en mogelijkheden, maar ook voor onzekerheid. Op het gebied van digitale zorg zijn er veel onduidelijkheden. Zorg kan steeds vaker digitaal worden geregeld (NvZ, 2016), maar wil de patiënt dit ook? In dit onderzoek wordt een casus beschreven bij Meander Medisch Centrum. Het onderzoek is maatschappelijk relevant omdat Meander de bevindingen van dit onderzoek kan gebruiken om het patiëntportaal te optimaliseren. Daarnaast kunnen ook andere ziekenhuizen en zorginstellingen de resultaten gebruiken om hun patiëntportaal te verbeteren.

Wetenschappelijke relevantie

Uit onderzoek naar eHealth kwam onder andere naar voren dat patiënten graag online inzage hebben in hun uitslagen, dat het gebruiksgemak van de eHealth toepassing een kritische succesfactor is en dat patiënten bang zijn om persoonlijk contact met hun arts te verliezen (Chapman, Rowe & Witte, 2010; Mair & Whitten, 2000; Weingart, Rind, Tofias & Sands, 2006; Zickmund et al., 2007). Deze studies bieden inzicht in hoe patiënten denken over eHealth toepassingen, maar er is weinig inzicht in het gebruik van digitale patiëntportalen. Ook is het onduidelijk welke factoren bijdragen aan een af- of toename van het gebruik van patiëntportalen. Dit onderzoek is wetenschappelijk relevant omdat het onderzoek inzicht verschaft in de attitudes en motieven van patiënten om een digitaal patiëntportaal wel of niet te gebruiken. Daarnaast zal het onderzoek inzicht verschaffen in wanneer een digitaal patiëntportaal aansluit op de behoeften van patiënten. In de eHealth monitor 2016 staat beschreven dat er meer onderzoek nodig is naar de efficiëntie van eHealth (Krijgsman et al., 2016). Omdat het gebruik van eHealth sinds 2014 stagneert (Out, Swinkels, de Veer & van Lettow, 2017), is het belangrijk om hier nu onderzoek naar te doen.

1.5 | Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de verschillende toegepaste onderzoeksmethoden besproken in een behandelpad. Hoofdstuk 3 bevat een scan van de literatuur. Hoofdstuk 4 beschrijft de resultaten van het onderzoek. In hoofdstuk 5 stel ik een concluderende diagnose en in hoofdstuk 6 besteed ik aandacht aan de nazorg in de vorm van een discussie.

HOOFDSTUK 2 | BEHANDELPAD

Tijdens het consult vroeg ik aan de dokter wat hij wilde gaan doen. Op internet had ik al gezocht en ik wist wat de gebruikelijke behandelingen waren. Ik had verwacht dat hij misschien een enquête onder mijn patiënten wilde uitdelen, maar de dokter dacht er anders over. 'Voordat ik daadwerkelijk onderzoek bij u verricht, wil ik eerst goed op de hoogte zijn van het onderwerp. Dit zal ik doen door middel van een scan. Ik zal mij tijdens de scan verdiepen in de literatuur die er bestaat over eHealth, patiëntportalen en adoptieprocessen.' Ik reageerde enigszins verbaasd. Was het niet belangrijk om direct te handelen? Ik wilde immers dat mijn probleem zo snel mogelijk werd opgelost. Ik vroeg dit aan de dokter, maar hij verzekerde me dat het nodig was. 'Pas na de scan kan ik de behandeling starten. Dat zal ik ook zeker doen. Aan de hand van de uitkomsten van de literatuur, ga ik eerst rondvragen in uw ziekenhuis. Daarna ga ik interviews houden met veel verschillende patiënten. Jong, oud, man, vrouw, gebruikers en geen gebruikers van het portaal.' Ik keek de dokter verschrikt aan. Daar zou vast wat tijd overheen gaan… Gelukkig betrok de dokter me bij het behandelpad en was ik op de hoogte van wat er zou gaan gebeuren.

In dit hoofdstuk beschrijf ik de methodologie van dit onderzoek. Tijdens het opzetten en het uitvoeren van dit onderzoek heb ik keuzes moeten maken. In dit hoofdstuk licht ik deze keuzes toe en zal ik mijn keuzes verantwoorden. In paragraaf 2.1 zal ik ingaan op de onderzoeksaanpak, in paragraaf 2.2 zal ik de verschillende onderzoeksmethoden uiteenzetten, in paragraaf 2.3 beschrijf ik hoe ik mijn data heb verzameld en geanalyseerd en in paragraaf 2.4 zal ik de validiteit, betrouwbaarheid en mijn rol als onderzoeker beschrijven.

2.1 | Onderzoeksaanpak

In de wetenschap maken onderzoekers onderscheid tussen kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Wetenschappers die kwantitatief onderzoek uitvoeren, gebruiken vaak hypotheses die ze door hun onderzoek aannemen of verwerpen. Deze wetenschappers geloven dat getallen een fenomeen nauwkeurig kunnen verklaren (O'Leary, 2014). Dit is anders bij kwalitatief onderzoek. Wetenschappers die kwalitatief onderzoek uitvoeren gaan ervan uit dat mensen zin geven aan hun omgeving en handelen op basis van de betekenis die zij verlenen aan hun omgeving (Boeije, 2009). Boeije (2009)

stelt dat onderzoekers die kwalitatief onderzoek doen de betekenissen en gedragingen van mensen beschrijven en deze proberen te begrijpen en te verklaren. Dit is vaak interessant bij onderwerpen waarbij nog niet duidelijk is welke aspecten precies deel uitmaken van het onderwerp (Boeije, 2009). Voorafgaand aan het onderzoek bereiden onderzoekers die kwalitatief onderzoek doen zich vaak voor door middel van een literatuurstudie. Het is bij kwalitatief onderzoek echter belangrijk dat de onderzoeker open staat voor nieuwe bevindingen, waardoor de onderzoeker staat voor een lastige taak: zich goed genoeg voorbereiden en toch met een open blik op zoek gaan naar nieuwe informatie (Boeije, 2009). Kwantitatief onderzoek zorgt over het algemeen voor bredere inzichten, waar kwalitatief onderzoek juist gaat om het verkrijgen van diepe inzichten. Bij het verkrijgen van inzichten, worden de resultaten altijd beïnvloed door de interpretatie van de onderzoeker (Bryman, 2012).

Een onderzoeker hoeft niet altijd onderscheid te maken tussen kwantitatief en kwalitatief onderzoek. De verschillende onderzoeksmethoden kunnen ook samen worden gebruikt. Er is dan sprake van *mixed methods*: een combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek (O'Leary, 2014). Door *mixed methods* in te zetten kan de onderzoeker een breder beeld van het onderwerp weergeven, met genoeg diepte (O'Leary, 2014). Omdat dit onderzoek exploratief is, vind ik het belangrijk om een breed beeld van het onderwerp te weergeven door een groot aantal patiënten van Meander te spreken, waar kwantitatief onderzoek zich goed voor leent. Verder is het voor mijn onderzoeksonderwerp van belang om dieper op de motieven in te kunnen gaan, waar kwalitatief onderzoek handig voor is. Daarnaast wil ik door kwalitatief onderzoek de verkregen data verrijken. Om deze reden heb ik ervoor gekozen om *mixed methods* te gebruiken. Een nadeel van het gebruik van *mixed methods* is dat het vaak veel tijd kost (O'Leary, 2014). Daarom beperk ik het kwantitatieve gedeelte van dit onderzoek tot een korte vragenlijst, waarbij ik geen statistiek zal toepassen. Ik leg de nadruk op het kwalitatieve gedeelte. Dit gedeelte geef ik vorm door middel van interviews, wat ik in de volgende paragraaf zal toelichten.

Voor dit onderzoek heb ik gekozen voor een case study, namelijk bij Meander Medisch Centrum. Bij een case study wordt een situatie, groep of gebeurtenis nauwkeurig bestudeerd (O'Leary, 2014). Hoewel Bryman (2012) schrijft dat casestudies vaak kwalitatief van aard zijn, schrijft O'Leary (2014) dat casestudies zeer geschikt zijn voor *mixed methods*. Case studies kunnen gezamenlijk bijdragen aan het vormen van de basis voor een nieuwe theorie (O'Leary, 2014). Easterbrook et al. (2005) schrijven dat een exploratieve case study geschikt is voor onderzoeken waarin het nog niet duidelijk is welke aspecten belangrijk zijn: dit is zoals eerder beschreven bij mijn onderzoeksonderwerp het geval. Bij een case study is het van belang dat de onderzoeker voldoende toegang heeft tot de case om het onderzoek uit te voeren (O'Leary, 2014). Omdat Meander mij aan het begin van mijn onderzoek toegang tot het ziekenhuis en respondenten verzekerde, heb ik de keuze gemaakt om een case study te doen, met behulp van *mixed methods*.

2.2 | Onderzoeksmethoden

Zoals ik hierboven heb beschreven maak ik gebruik van *mixed methods*. Om deze reden heb ik in dit onderzoek een literatuurstudie verricht, vragenlijsten afgenomen en diepte-interviews gehouden. De verschillende onderzoeksmethoden zal ik in deze paragraaf toelichten.

2.2.1 | Literatuurstudie

Om het theoretisch kader te kunnen schrijven, heb ik een literatuurstudie verricht. In deze literatuurstudie stonden de *sensitizing concepts* eHealth en adoptieprocessen van patiëntportalen centraal. Door op Google naar nieuwsberichten en literatuur over deze onderwerpen te zoeken,

ontdekte ik wat er op dit moment speelt in het domein van eHealth en patiëntportalen. Door te zoeken naar 'eHealth' en 'patiëntportalen' bij de zoekmachines Google Scholar en PiCarta vond ik veel wetenschappelijke literatuur. Daarom heb ik de artikelen gescand op bruikbaarheid door te kijken naar de datum van publicatie, waarbij ik de focus heb gelegd op recente artikelen en artikelen die vaak werden geciteerd. Vervolgens heb ik de betrouwbaarheid van de artikelen gecontroleerd door referenties en auteurs na te trekken.

Door te zoeken op 'eHealth Nederland' vond ik het onderzoek van Krijgsman et al. (2016): een onderzoek dat mij inzicht gaf in het gebruik van eHealth in Nederland. Door te zoeken naar het gebruik van patiëntportalen vond ik de vaak geciteerde artikelen van Goel et al. (2011) en Ammenwerth, Schnell-Inderst en Hoerbst (2012). Naast deze artikelen vond ik andere artikelen waarbij ik de sneeuwbalmethode heb ingezet. Dit is een zoekmethode waarbij gebruik wordt gemaakt van de literatuurverwijzingen in de gevonden teksten.

Ik heb gezocht naar maatschappelijke ontwikkelingen die bijdragen aan het gebruik van eHealth. Door de zoekterm 'eHealth ziekenhuis' vond ik het artikel van Van der Klauw en Flim (2011), een relevant artikel dat ingaat op eHealth in ziekenhuizen en beschrijft hoe ziekenhuizen veranderen door maatschappelijke ontwikkelingen.

Vervolgens heb ik gezocht naar een model dat adoptieprocessen van eHealth kan verklaren door verschillende zoektermen te gebruiken. Ik heb geen model kunnen vinden en daarom heb ik ervoor gekozen om te zoeken naar literatuur over adoptieprocessen in het algemeen. Via een medestudent werd ik geattendeerd op het Technology Acceptance Model (TAM) van Davis (1993; 1989). Door naar het TAM te zoeken vond ik het UTAUT-model van Venkatesh et al. (2003). Door te zoeken naar 'adoptie' vond ik het artikel van Rogers (1995), eveneens leidend in mijn literatuurstudie.

Door lid te worden van enkele nieuwsbrieven over eHealth ontdekte ik de literatuur van Van den Berg (2017), Visser (2017) en het document van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2016). Dit is met uitzondering van het proefschrift van Visser (2017) voornamelijk grijze literatuur, maar nadat ik de auteurs heb geverifieerd, vond ik de literatuur bruikbaar voor de literatuurstudie.

2.2.2 | Vragenlijst

Het doel van de vragenlijst was om meer inzicht te krijgen in de gedachten die patiënten hebben over Mijn Meander en nieuwe ontwikkelingen in de zorg. De inzichten die ik tijdens het afnemen van deze vragenlijst heb opgedaan, heb ik kunnen gebruiken bij het afnemen van de diepte-interviews.

Introductievragen waren vragen over de patiënt, zoals geslacht, het aantal bezoeken aan Meander en of de patiënt Mijn Meander kende en/of gebruikte. Ook werd er gevraagd naar de leeftijd van de respondenten aan de hand van leeftijdscategorieën. Voor het ontwerpen van de leeftijdscategorieën heb ik het onderzoek van Gaul en Ziefle (2009) gebruikt. In hun onderzoek naar generatie-specifieke acceptatiemotieven hanteren zij vier categorieën: de gameboy generatie van 14 tot 25 jaar oud, de computer generatie van 26 tot 48 jaar oud, de huishoudelijke revolutie generatie van 49 tot 64 jaar en de vroeg-technische generatie van 65 tot 92 jaar. Omdat het onderzoek van Gaul en Ziefle (2009) inmiddels acht jaar oud is, heb ik de groepen aangepast naar de tijd van nu. De respondenten konden daarom kiezen uit de volgende leeftijdscategorieën: 16 tot 30 jaar, 31 tot 55 jaar, 56 tot 75 en 75+.

De vragenlijst bestond uit zeven vragen die gebaseerd zijn op de literatuurstudie. Het TAM (Davis, 1993) diende als houvast voor het opstellen van de vragen. Om het waargenomen gebruiksgemak te

onderzoeken, werd bijvoorbeeld gevraagd: 'Hoe gebruiksvriendelijk ziet Mijn Meander eruit?' Alle vragen hadden meerdere antwoordmogelijkheden en het was mogelijk om opmerkingen bij de antwoorden te plaatsen. Ik heb er bewust voor gekozen om een klein aantal vragen te stellen, omdat een langere vragenlijst patiënten zou kunnen afschrikken om mee te werken. De vragen betroffen de thema's 'waargenomen gebruiksgemak', 'waargenomen nut', 'eigen regie over de zorg', 'attitude ten opzichte van nieuwe ontwikkelingen' en 'attitude ten opzichte van Mijn Meander'. In de eerste opzet van mijn vragenlijst stond een vraag over de privacy van zorggegevens, maar vanuit Meander werd dat afgeraden. Een onderzoeker van Meander was bang dat een vraag over privacy patiënten zou afschrikken om in de toekomst gebruik te maken van Mijn Meander. Daarom heb ik ervoor gekozen om vragen over privacy terug te laten komen in de diepte-interviews, wat ik hieronder zal toelichten.

Pretest
Een onderzoeker van Meander heeft mij geholpen bij het vereenvoudigen van de vragen, zodat alle patiënten de vragen zouden begrijpen. Voor het afnemen van de vragenlijst hebben twee patiënten en meerdere collega's van Meander naar de vragen gekeken om te controleren of de vragen duidelijk genoeg waren gesteld. De vragenlijst is opgenomen in bijlage I.

Respondenten
Om de vragenlijst af te nemen, ben ik met een iPad het ziekenhuis ingegaan, waarbij ik random patiënten heb aangesproken. Plekken waar ik ben geweest zijn de ontvangsthal van het ziekenhuis, het restaurant en nucleaire geneeskunde. Ook ben ik bij een aantal poli's langs geweest, zoals gynaecologie, neurologie en Keel, Neus en Oren (KNO). Daarnaast heb ik enkele respondenten gesproken op de verpleegafdelingen. Ik heb deze verschillende locaties bewust gekozen omdat ik een diverse groep patiënten wilde benaderen.

Aan het begin was het lastig om patiënten te vinden die mee wilden werken aan mijn onderzoek. Een opmerking die veel werd gemaakt was: 'Mijn hoofd staat er nu niet naar'. Uiteindelijk hebben 111 respondenten de vragenlijst ingevuld. De vragenlijst is ingevuld door 43 mannen en 68 vrouwen. Van de ingevulde enquêtes was 18,9% tussen de 16 en 30 jaar oud, 38,7% was tussen de 31 en 55 jaar oud, 30,6% was tussen de 56 en 74 jaar oud en 11,7% was 75 jaar of ouder (N=111). Voor een gedetailleerd overzicht met informatie over de respondenten, zie bijlage II.

2.2.3 | Interviews
Na het uitvoeren van het kwantitatieve gedeelte begon het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek: semigestructureerde diepte-interviews. Een semigestructureerd interview is een interview waarbij de inhoud van de vragen, de manier waarop en de volgorde waarin de vragen worden gesteld gedeeltelijk van tevoren zijn vastgelegd (Boeije, 2009). Door het semigestructureerde karakter kwamen dezelfde onderwerpen in ieder interview aan bod, maar was er ruimte om door te vragen en van de volgorde af te wijken. Deze mogelijkheden zijn bij een kwalitatief onderzoek belangrijk, omdat het doel is om respondenten beter te begrijpen (Boeije, 2009). Het is hierbij belangrijk om te luisteren naar de respondenten zeggen: als interviewer zou je alleen moeten praten om ervoor te zorgen dat iemand anders kan antwoorden (O'Leary, 2014).

Topiclijsten
De structuur voor de interviews werd bepaald door twee topiclijsten. Op een topiclijst staan enkele hoofdvragen, afgewisseld met thema's en punten om op door te vragen (Boeije, 2009). Er was een topiclijst voor niet-gebruikers van Mijn Meander en een topiclijst voor gebruikers van Mijn Meander.

De topiclijsten zijn gebaseerd op de literatuurstudie. De verschillende topics waren ‘compatibiliteit’, ‘privacy’, ‘attitude’, ‘waargenomen gebruiksgemak’, ‘waargenomen nut’ en ‘Mijn Meander’. Bij iedere topic had ik meerdere vragen opgesteld. Zo heb ik bijvoorbeeld gevraagd of de respondenten voor- en nadelen van het patiëntportaal konden noemen, om het waargenomen nut te onderzoeken. Om erachter te komen hoe de respondenten dachten over privacy van zorggegevens heb ik bijvoorbeeld gevraagd of ze dachten dat hun zorggegevens veilig waren. Voor de topiclijsten, zie bijlage II.

Om ervoor te zorgen dat de respondenten op hun gemak waren, heb ik enkele algemene vragen over Meander opgesteld om het interview mee te beginnen. Ik vroeg bijvoorbeeld naar hun bezoeken aan Meander en of ze tevreden waren over het ziekenhuis.

Pretest

Met de topiclijsten is een pretest gedaan om te kijken of er vragen konden worden toegevoegd of weggelaten. Het proefinterview werd gehouden met een niet-gebruiker van Mijn Meander om te ontdekken of de vragen duidelijk genoeg waren voor iemand die geen ervaring heeft met het patiëntportaal. De respondent van het proefinterview was een 78-jarige patiënt van Meander uit mijn eigen kennissenkring. Uit het proefinterview bleek dat de vragen duidelijk genoeg waren. Echter, ik wilde dat de respondenten tijdens het interview gebruik konden maken van Mijn Meander op mijn laptop. Het bleek dat dit teveel tijd kostte om op te starten. Daarom heb ik ervoor gekozen om in plaats van een tablet, screenshots van Mijn Meander mee te nemen naar de interviews. De gebruikte screenshots staan in bijlage III en IV. De screenshots en de vragen voor gebruikers van Mijn Meander heb ik besproken met een collega van Meander die nauw betrokken is bij de content van Mijn Meander. Zij vond de vragen duidelijk.

Respondenten

Voor de diepte interviews is een selectie gemaakt van patiënten van Meander. Ik had hierbij verschillende voorwaarden: ik wilde tien patiënten interviewen die Mijn Meander wel gebruikten en tien patiënten die Mijn Meander niet gebruikten. Om te voorkomen dat het bezoek aan Meander zeer incidenteel was, moest de patiënt Meander het afgelopen half jaar drie keer hebben bezocht. Bij twee respondenten was dat niet het geval. Zij hadden Meander in het afgelopen jaar, in plaats van half jaar, drie keer bezocht. Omdat zij beiden in het verleden vaak bij Meander zijn geweest, vond ik het toch zinvol om hen te interviewen.

In totaal heb ik twintig interviews gehouden. Er is rekening gehouden met het interviewen van verschillende leeftijdscategorieën. Uit iedere hierboven genoemde leeftijdscategorie zijn minstens twee patiënten geïnterviewd. De respondenten waren tussen de 18 en 78 jaar oud. Verder heb ik geprobeerd om een gelijke verdeling van mannen en vrouwen te creëren: ik heb elf vrouwen en negen mannen geïnterviewd. Om een zo divers mogelijke patiëntengroep van Meander te interviewen, heb ik geprobeerd om patiënten met verschillende aandoeningen te spreken. Dit was van tevoren vaak lastig in te schatten. Tijdens de interviews bleken de respondenten echter veel verschillende aandoeningen te hebben, zoals MS, kanker, hartproblemen en versleten gewrichten. Voor een overzicht van alle respondenten, zie bijlage V.

De respondenten zijn op verschillende manieren benaderd. Allereerst ben ik in mijn eigen kennissenkring nagegaan welke kennissen vaak bij Meander kwamen. Zo vond ik zeven respondenten. Vervolgens heb ik een oproep geplaatst in verschillende Facebookgroepen van inwoners uit de

omgeving van Meander, zoals Nijkerk en Leusden. Hierop kwamen meer dan twintig reacties. Ik heb daarom gekozen om sommige patiënten niet te interviewen, omdat zij bijvoorbeeld deel uitmaakten van dezelfde leeftijdsgroep. Op deze manier vond ik elf respondenten. Aan alle respondenten vroeg ik of zij Mijn Meander kenden en/of gebruikten. Tien respondenten gebruikten Mijn Meander niet en acht respondenten gebruikten Mijn Meander wel. Samen met de systeembeheerder van Mijn Meander heb ik daarom patiënten benaderd die onlangs een vraag over Mijn Meander hadden gesteld. Hierop kreeg ik twee reacties. Zo vond ik uiteindelijk twintig respondenten.

2.3 | Dataverzameling en data analyse

In deze paragraaf zet ik uiteen hoe de verschillende data zijn verkregen en hoe ik te werk ben gegaan tijdens het analyseren van de data.

2.3.1 | Vragenlijst

Dataverzameling

De vragenlijst werd afgenomen via een iPad met behulp van het programma PPP: Positive Perception Program, een enquêteprogramma dat Meander gebruikt om de tevredenheid van patiënten te achterhalen. Het gebruik van PPP is eenvoudig en de resultaten werden direct verwerkt in grafieken.

Wanneer de respondenten de vragenlijst niet alleen konden of wilden invullen, heb ik de respondenten daarbij geholpen. Ook gaf ik de respondenten extra uitleg en informatie bij de vragen wanneer zij hierom vroegen. Indien de respondenten hadden aangegeven Mijn Meander niet te kennen liet ik een flyer van Mijn Meander zien in de vorm van een telefoon. Op deze manier hadden de respondenten genoeg informatie om de vragenlijst te beantwoorden.

Data analyse

De vragenlijst heb ik geanalyseerd met behulp van het programma PPP. Zoals ik hierboven beschreef is dit een programma waarbij de resultaten direct worden verwerkt in grafieken. Echter, de open antwoorden werden niet verwerkt door het programma. Deze antwoorden heb ik met de hand geanalyseerd. Per vraag heb ik de geplaatste opmerkingen opgeschreven en heb ik opmerkingen die vaker dan één keer voorkwamen geturfd.

2.3.2 | Interviews

Dataverzameling

De interviews zijn afgenomen op meerdere locaties: bij respondenten thuis, in het ziekenhuis of bij mij thuis. De locatie van het interview mochten de respondenten bepalen, zodat ik zeker wist dat zij zich het meest prettig zouden voelen. De interviews duurden gemiddeld 45 minuten en zijn opgenomen.

Data analyse

Na het houden van alle interviews heb ik deze getranscribeerd en vervolgens gecodeerd met behulp van het coderingsprogramma Nvivo. Coderen is volgens Boeije (2009) het proces waarin onderzoekers gegevens categoriseren en deze categorieën benoemen met één of meer trefwoorden. Coderen bestaat meestal uit drie fasen: open coderen, axiaal coderen en selectief coderen (Bryman, 2012). Het doel van het doorlopen van deze fasen is het bereiken van theoretische verzadiging. Verzadiging treedt op wanneer er niets nieuws meer aan de theorie kan worden toegevoegd (Bryman, 2012).

Nvivo maakte het mogelijk om alle interviews en gegeven codes overzichtelijk bij elkaar te houden. De eerste fase van het coderen, het open coderen, zorgde ervoor dat ik een idee kreeg van belangrijke thema's, zoals 'persoonlijk contact' en 'eigen regie over zorg'. Tijdens het axiaal coderen heb ik de 825

verkregen codes geïnventariseerd, vergeleken en geordend. Dit heb ik gedaan door codes samen te voegen, zoals 'digitaal contact is zorgvuldiger' en 'digitaal raakt er minder kwijt'. Hierdoor kreeg ik een duidelijker overzicht van de codes. Vervolgens heb ik selectief gecodeerd. Tijdens deze fase is het van belang om gegevens te interpreteren en een theorie te vormen zodat de vraagstelling kan worden beantwoord (Bryman, 2012). Door het zoeken naar antwoorden op mijn hoofdvragen heb ik geprobeerd een theorie te vormen. Dit heb ik gedaan door steeds te vergelijken wat respondenten exact hadden gezegd. Wanneer ik op een code klikte kwamen alle quotes van respondenten over dat onderwerp naar voren. Hierdoor kon ik diep op de data ingaan en had ik meer dan genoeg informatie om de vraagstelling te beantwoorden.

Nadat ik deze stap had voltooid, heb ik de codes naast mijn topiclijsten en conceptueel model gelegd. Op deze manier ontdekte ik dat veel codes pasten binnen het conceptueel model. Daarom heb ik aan de hand van het conceptueel model en de topics de codeboom opgesteld. Deze is te vinden in bijlage VI.

2.4 | Kwaliteitscriteria

Een onderzoek moet voldoen aan enkele kwaliteitscriteria, zoals validiteit en betrouwbaarheid. Deze zal ik nu bespreken.

Validiteit

Een onderzoek is valide wanneer datgene wat gemeten moet worden ook daadwerkelijk is gemeten (Boeije, 2009). De interne validiteit is de mate waarin een onderzoek vrij is van systematische fouten (Bryman, 2012). Door *mixed methods* te gebruiken heb ik geprobeerd om de interne validiteit te vergroten. Het gebruik van meerdere onderzoeksmethoden kan de nadelen van de ene methode compenseren door de voordelen van de andere methode (Bryman, 2012). Daarnaast heb ik tijdens de interviews benadrukt dat er geen goede of foute antwoorden waren. Ik kan niet uitsluiten dat er sociaalwenselijke antwoorden zijn gegeven, maar doordat de respondenten vrij waren in hun antwoorden, is de validiteit hierdoor vergroot (Boeije, 2009). Verder heb ik zowel de vragenlijst als de topiclijst van tevoren getest.

De externe validiteit is de mate waarin de onderzoeksresultaten kunnen worden gegeneraliseerd (Boeije, 2009). Door een vragenlijst af te nemen onder een zo groot mogelijk aantal respondenten heb ik geprobeerd om de externe validiteit te verhogen. Omdat ik in dit onderzoek één patiëntportaal heb bestudeerd, zouden critici kunnen stellen dat de resultaten niet zijn te generaliseren. Echter, volgens Flyvbjerg (2006) is het een misvatting dat case studies niet kunnen worden gegeneraliseerd: volgens hem hangt het wel of niet kunnen generaliseren af van de bestudeerde situatie en de gekozen methode. Hoewel de resultaten van deze case study dus wellicht niet direct kunnen worden overgenomen, zijn bepaalde resultaten zeker te generaliseren. De uitkomsten van dit onderzoek zouden interessant kunnen zijn voor andere ziekenhuizen die een patiëntportaal hebben of zouden willen ontwikkelen, zie hiervoor ook paragraaf 1.4.

Betrouwbaarheid

Boeije (2009) schrijft over betrouwbaarheid van kwalitatieve onderzoeken het volgende: 'Wanneer er sprake is van betrouwbare methoden van dataverzameling, zal herhaling van de waarnemingen tot een gelijke uitkomst moeten leiden.' (p. 274) Een onderzoek is onbetrouwbaar wanneer uit dezelfde onderzoeksopzet andere resultaten komen.

Om een zo betrouwbaar mogelijk onderzoek te doen heb ik allereerst gekozen voor *mixed methods*, waarbij het kwantitatieve en het kwalitatieve onderzoek aanvullend zijn. De betrouwbaarheid van het kwantitatieve gedeelte heb ik geprobeerd te waarborgen door een zo groot mogelijk aantal patiënten te interviewen.

Ik heb de nadruk gelegd op diepte interviews, waarvan ik er twintig heb gehouden. Dit aantal heb ik bewust gekozen, om ervoor te zorgen dat extreme gevallen niet teveel nadruk zouden krijgen in mijn onderzoek en er ruimte was om een diverse groep respondenten te interviewen. Alle interviews zijn opgenomen en getranscribeerd. Op deze manier had ik meer tijd om te luisteren en door te vragen en daarnaast is hierdoor geen informatie verloren gegaan. Het transcriberen van de interviews zorgde ervoor dat ik de data meerdere keren kon teruglezen en coderen. Omdat in ieder interview alle topics aan bod zijn gekomen, is de betrouwbaarheid van dit onderzoek gewaarborgd. Daarnaast heb ik in de bijlage mijn vragenlijst, topiclijsten en codeboom toegevoegd. Dit vergroot de mate van reproduceerbaarheid van dit onderzoek.

Rol als onderzoeker

Omdat mijn interesse lag bij het uitvoeren van een onderzoek in een ziekenhuis, heb ik Meander zelf benaderd. Twee jaar geleden ben ik zelf patiënt geweest bij dit ziekenhuis. Omdat ik vanuit de 'patiënten kant' kennis heb gemaakt met Meander, begreep ik de respondenten goed wanneer zij het hadden over opnames, het maken van afspraken en hun verhouding met de arts. Daarnaast deelde ik tijdens de interviews met sommige respondenten dat ik ook patiënt was geweest. Dit creëerde een open sfeer waarin de respondenten zich vaak vrijer voelden om te praten. Toen ik zelf patiënt was bij Meander, was ik erg tevreden over het ziekenhuis. Dit heeft ervoor gezorgd dat ik steeds met respect over het ziekenhuis heb gesproken. Toentertijd maakte ik geen gebruik van eHealth-toepassingen, waardoor ik met een frisse blik het onderzoek inging. Die frisse blik vond ik belangrijk: om niet vast te roesten in mijn eigen ideeën heb ik met verschillende mensen gesproken over mijn onderzoek. Zo heb ik gesproken met mijn scriptiebegeleidster, medestudenten, familie en mijn begeleider van het Scriptie Plus traject.

Voordat ik het onderzoek startte heb ik bij Meander aangegeven dat mijn belangrijkste doel was om een wetenschappelijk onderzoek te schrijven. Dit zie ik als een voordeel van mijn rol als onderzoeker: hoewel ik het onderzoek uit mocht voeren bij Meander, heb ik geen belang bij de resultaten van het onderzoek. Dit vergroot mijn afstand tot het onderwerp, waardoor ik de data naar eigen inzicht kon analyseren. De invloed van Meander is op mijn keuzes dan ook minimaal geweest. Bij Meander heb ik aangegeven een aparte bijeenkomst te organiseren voor medewerkers van Meander, om mijn resultaten samen te bespreken en te verwerken in een adviesrapport.

Als onderzoeker was ik op de hoogte van de mogelijkheden van eHealth en Mijn Meander, waardoor ik misschien een positievere kijk had dan de meeste respondenten. Hiervan ben ik mij als onderzoeker bewust, net als van het feit dat ik invloed kon uitoefenen op de resultaten: ik heb de interviews immers zelf afgenomen. Tijdens de interviews heb ik geprobeerd om geen suggestieve vragen te stellen en mijn eigen mening niet te laten doorschemeren. Hoewel uit de transcripten bleek dat dit niet altijd is gelukt, ben ik toch tevreden met hoe ik dit heb gedaan.

HOOFDSTUK 3 | SCAN

Een paar dagen later ging ik weer naar de dokter. Het was tijd voor de scan. Hoewel ik het spannend vond, was ik blij dat ik weer even bij de dokter langs mocht komen. Ik was er immers iedere dag mee bezig. We gingen vandaag op zoek naar wat eHealth en patiëntportalen precies zijn. Is het uitzonderlijk dat mijn patiëntportaal niet zo vaak wordt gebruikt? Hoe kan dat eigenlijk? Welke factoren kunnen daar invloed op hebben? Ik had er al wat over gelezen, maar vertrouwde erop dat de dokter meer wist dan het internet.

Toen ik naar de afdeling radiologie liep, moest ik een tijdje wachten. Ik werd steeds zenuwachtiger. Maar, toen ik eenmaal werd opgeroepen stelde de dokter mij gerust. Het zou anderhalf uur duren en ik zou er niets van voelen. Het enige wat ik zou merken, was het geluid van de scan. Terwijl ik mij klaar maakte om de scan in te gaan, verbaasde ik me over alle apparatuur. Ze konden echt steeds meer… 'Wilt u zo stil mogelijk proberen te liggen? Probeert u maar te ontspannen.' Ik deed wat de dokter zei. Op internet had ik gelezen dat veel mensen last hebben van claustrofobische gevoelens, maar gelukkig had ik dat niet. Toen de scan was afgelopen, kwam de dokter naar me toe. 'Ik verwacht de uitslag over een week binnen te hebben. Maakt u een afspraak met de assistente?' Ik knikte en liep naar de assistente om een nieuwe afspraak in te plannen.

In dit hoofdstuk geef ik een scan weer van de literatuur. Ik zal de *sensitizing concepts* eHealth, patiëntportalen en adoptieprocessen van patiëntportalen bespreken. Aan het eind van dit hoofdstuk beantwoord ik de volgende deelvragen:

1.1. Hoe worden eHealth en patiëntportalen vanuit de literatuur geduid?
2.1. Welke factoren kunnen volgens de literatuur van invloed zijn op het adoptieproces van patiëntportalen?

Het overkoepelende *sensitizing concept* van dit onderzoek is eHealth. Patiëntportalen zijn een toepassing hiervan. Hoe patiënten deze patiëntportalen adopteren, komt naar voren in het concept

adoptieprocessen van patiëntportalen. Ik bespreek deze concepten om te duiden waarom patiënten patiëntportalen van een ziekenhuis wel of niet gebruiken.

Tijdens de scan worden allereerst eHealth en patiëntportalen uitgelicht (3.1); vervolgens zoom ik in op adoptieprocessen van patiëntportalen (3.2). De scan eindigt met een samenvatting (3.3).

3.1 | eHealth en patiëntportalen

In deze paragraaf zal ik ingaan op hoe eHealth en patiëntportalen vanuit de literatuur worden geduid. Ik zal definities van eHealth en patiëntportalen behandelen, enkele relevante maatschappelijke ontwikkelingen beschrijven en verschillende houdingen ten opzichte van eHealth benoemen.

Definitie van eHealth

EHealth: wat is het? Uit een review van gepubliceerde definities over eHealth van Oh, Rizo, Enkin en Jadad (2005) blijkt dat definities van eHealth verschillende facetten benadrukken, maar dat iedere definitie gaat over 'gezondheid' en 'technologie'. Oh et al. (2005) vermelden de definitie van Eysenbach (2001). Hij was een van de eersten die over eHealth schreef. Eysenbach (2001) geeft de volgende definitie van eHealth:

"E-health is an emerging field in the intersection of medical informatics, public health and business, referring to health services and information delivered or enhanced through the Internet and related technologies. In a broader sense, the term characterizes not only a technical development, but also a state-of-mind, a way of thinking, an attitude, and a commitment for networked, global thinking, to improve health care locally, regionally, and worldwide by using information and communication technology." (p.1)

In het begin van deze eeuw was Eysenbach (2001) een van de weinigen die stelde dat eHealth uit meer bestaat dan alleen technologische ontwikkelingen. Nadat Eysenbach deze definitie had geformuleerd, bleef de nadruk in nieuwe definities van eHealth liggen op technologie (Oh et al., 2005). Echter, juist het gegeven dat eHealth verder gaat dan technologie vind ik belangrijk: dit staat in dit onderzoek dan ook centraal. De definitie die de Nederlandse overheid aanhoudt is die van de RVZ (2012): "eHealth is het gebruik van ICT om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren" (p.5). Hoewel het in deze definitie vooral gaat om technologie, geeft de RVZ een eigenschap aan eHealth die Eysenbach niet vermeldt: het ondersteunen van gezondheid en gezondheidszorg. Door de definities van Eysenbach (2001) en de RVZ (2012) te combineren, geef ik de volgende definitie aan eHealth: 'eHealth is een ontwikkeling binnen de gezondheidszorg, waarbij zorgverleners continu kijken hoe zij ICT kunnen inzetten bij het verlenen van zorg, om hiermee gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen en te verbeteren.'

Er bestaan verschillende soorten eHealth-toepassingen, zoals een teleconsult, online gezondheidsvoorlichting, patiëntportalen en elektronische patiëntendossiers (RVZ, 2012). In dit literatuuronderzoek ligt de focus op digitale patiëntportalen. Wat digitale patiëntportalen zijn, zal ik later in deze paragraaf toelichten. Eerst ga ik in op relevante ontwikkelingen in het veld van eHealth.

Relevante maatschappelijke ontwikkelingen in de wereld van (e)Health

Rond 2000 beschikten steeds meer mensen over een internetverbinding (RVZ, 2002): in deze tijd ontstaat eHealth en worden de eerste onderzoeken naar eHealth gedaan. Nu, ruim zeventien jaar later, is eHealth nog steeds in ontwikkeling. De regering stimuleert deze ontwikkeling: dit blijkt bijvoorbeeld uit een Tweede Kamerbrief over de voortgang van eHealth van demissionair minister

Schippers en demissionair staatssecretaris Van Rijn (2015) van het ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zij hebben in 2014 drie doelen gesteld met betrekking tot het gebruik van eHealth, die moeten zijn behaald in 2019. Allereerst schrijven zij dat tenminste 80% van de chronisch zieken en 40% van de overige Nederlanders directe toegang moeten hebben tot hun medische gegevens. Ten tweede willen zij dat 75% van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen zelfstandig metingen moet kunnen uitvoeren in combinatie met monitoring op afstand. Het derde doel dat zij stellen is dat iedereen die thuis zorg en ondersteuning ontvangt in 2019 via een beeldscherm 24 uur per dag met een zorgverlener kan communiceren (Schippers & Van Rijn, 2015).

Uit deze doelstellingen blijkt dat de patiënt volgens het ministerie VWS meer regie moet krijgen over zijn eigen zorg. Dat de patiënt meer regie krijgt, blijkt ook uit andere ontwikkelingen. Drie maatschappelijke ontwikkelingen die belangrijk zijn voor de toekomst van eHealth, te weten de stijgende zorgvraag, technologische ontwikkelingen en de empowerment-benadering in de zorg, zal ik nu kort toelichten.

I. De zorgvraag neemt toe

Er is in Nederland sprake van vergrijzing: het aantal ouderen neemt relatief toe. De grijze druk duidt op de verhouding tussen het aantal personen vanaf 65 jaar en het aantal personen tussen de 20 en 65 jaar (CBS, 2017b). Volgens het CBS (2017a; 2014) stijgt de grijze druk in Nederland tot aan 2050. De Nederlandse bevolking veroudert, waardoor de zorgvraag zal toenemen. Daarnaast neemt het aantal chronisch zieke patiënten toe (Van den Bergh Jeths et al., 2004), waardoor de zorgbehoefte ook zal stijgen. Van den Bergh Jeths et al. (2004) schrijven dat hoewel de zorgvraag toeneemt, de arbeidskracht in de zorg afneemt (Van den Bergh Jeths et al., 2004). In de toekomst zijn er immers minder jongeren die voor de grotere groep ouderen kunnen zorgen. De zorgsector komt daardoor voor steeds meer uitdagingen te staan en zal op een andere manier moeten worden georganiseerd (Ammenwerth et al., 2012). Door het gebruik van eHealth kunnen de taken van medisch specialisten effectiever en efficiënter worden ingericht (Van der Klauw & Flim, 2011), bijvoorbeeld door computers sommige taken uit te laten voeren. Dat computers steeds meer kunnen, zal ik nu toelichten.

II. Digitaal is er steeds meer mogelijk

Als het gaat om technologie zijn er veel ontwikkelingen, ook op medisch gebied. Uitdagingen binnen de zorg die worden veroorzaakt door een toenemende zorgvraag, worden voornamelijk opgelost door het inzetten van technologie (De Moor & Gevaert, 2010). EHealth dient daarom steeds vaker als vervanging voor medisch specialistische zorg (Van der Klauw & Flim, 2011). Een voorbeeld hiervan is de ontwikkeling van het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) in plaats van het papieren, fysieke dossier. Met behulp van het EPD kunnen zorgverleners data van patiënten gemakkelijker met elkaar uitwisselen. Waar ICT binnen de zorg eerder voornamelijk processen ondersteunde, is ICT steeds meer een onderdeel van het primaire proces (NVZ, 2016).

Een ander voorbeeld van de toenemende technologische mogelijkheden is supercomputer Watson, ontwikkeld door IBM. Deze computer begrijpt taal en menselijke communicatie en is gevoed met medische informatie (NVZ, 2016). Er is meerdere keren bewezen dat Watson slimmer is dan de mens (Scholten, 2015). Watson gebruikt big data en algoritmen die patronen kunnen herkennen, waardoor de computer ook nieuwe inzichten aan zorgverleners kan verschaffen (NVZ, 2016). Daarom bestaat er een grote kans dat deze computer in de toekomst zal worden ingezet binnen de gezondheidszorg, bijvoorbeeld bij het stellen van een diagnose. Niet alleen zullen diagnoses hierdoor nauwkeuriger kunnen worden gesteld, ook zal het waarschijnlijk goedkoper en sneller zijn.

Al met al ontstaan er dus steeds meer nieuwe eHealth-toepassingen (Krijgsman et al., 2016), waardoor de patiënt meer kan worden empowered. Wat dit inhoudt, zal ik nu toelichten.

III. Empowerment van de patiënt

De laatste ontwikkeling die bijdraagt aan het gebruik van eHealth, is de verandering in de houding van de patiënt in het zorgproces. In hun onderzoek naar de rol van eHealth binnen ziekenhuizen noemen van der Klauw en Flim (2011) een viertal medische trends die samen een paradigmashift binnen de zorg veroorzaken. Deze paradigmashift houdt in dat de patiënt meer regie krijgt over zijn eigen zorgtraject en samenwerkt met zorgprofessionals (Van der Klauw & Flim, 2011). De eerste medische ontwikkeling die zij beschrijven is dat de patiënt een steeds meer actieve en aanwezige rol krijgt in het zorgproces. Ten tweede is niet alle communicatie tussen patiënten en zorgverleners meer face-to-face. Een derde ontwikkeling is dat zorg niet meer vanaf dezelfde locatie aangeboden hoeft te worden. De laatstgenoemde ontwikkeling hangt hiermee samen: het fysieke ziekenhuis wordt overbodig en door technologische ontwikkelingen kunnen medisch specialisten hun functies effectiever en efficiënter inrichten, wat hierboven ook staat beschreven (Van der Klauw & Flim, 2011).

De herstructurering van verantwoordelijkheden en regie binnen de gezondheidszorg noemen wetenschappers *empowerment* (Koch, 2012). De meer traditionele manier van zorg heet *compliance* (Aujoulat, d'Hoore & Deccache, 2007). Het verschil tussen *empowerment* en *compliance* beschrijven Aujoulat et al. (2007) als volgt: "Whereas in the more traditional compliance-oriented approach to health-care, patients are seen as the recipients of medical decisions and prescriptions, the empowerment-oriented approach views patients as being responsible for their choices and the consequences of their choices" (pp.13-14). De patiënt neemt bij *empowerment* dus meer verantwoordelijkheid, terwijl hij zich bij *compliance* afwachtend opstelt ten opzichte van de arts. Omdat er online steeds meer medische informatie te vinden is (Koch, 2012), weet de patiënt meer over zijn eigen ziekteproces. De empowerment-benadering vraagt daarom zowel een aanpassing in de houding van patiënten als in die van zorgverleners. Omdat de patiënt meer zeggenschap krijgt, is de arts nu verantwoordelijk voor zorg die aansluit bij de wensen en behoeften van de patiënt (Ouwens, Van der Burg, Faber & Van der Weijden, 2012).

Volgens Eysenbach (2001) is *empowerment* een essentieel onderdeel van eHealth. Verschillende soorten eHealth-toepassingen, zoals het online maken van een afspraak of patiëntportalen, zorgen ervoor dat patiënten meer invloed kunnen uitoefenen op hun zorgproces. Dit is waar *empowerment* om draait. Maar, is *empowerment* wel goed voor alle patiënten? En hoe wordt er in de wetenschap gedacht over eHealth? Dat zal ik nu kort bespreken.

eHealth: probleem of oplossing?

Ondanks alle ontwikkelingen in het domein van eHealth, gebruiken weinig patiënten de bestaande eHealth-toepassingen. De patiënten die eHealth wel gebruiken, ervaren verschillende voordelen (Koch, 2012). Zo schrijven Lafky en Horan volgens Koch (2012) dat patiënten vinden dat eHealth de kwaliteit van hun leven verbetert, zij minder consulten nodig hebben, meer kennis hebben over hun ziekte en meer controle hebben over hun behandeling. Ook bevestigt onderzoek dat eHealth de toegankelijkheid van de zorg bevordert, dat eHealth de kwaliteit van de zorg kan verbeteren en de kosten van de zorg kan verminderen (Aldenhoven, 2010). In het document 'Vooruit met de zorg: beter, slimmer, menselijker' van VNO-NCW en MKB-Nederland (2017) wordt zelfs voorspeld dat eHealth in de aankomende vijf jaar kan zorgen voor een besparing van 1,5 miljard euro op zorgkosten in Nederland.

Er bestaat echter ook kritiek op eHealth. In een recent promotieonderzoek schrijft Visser (2017) dat de *empowerment*-ontwikkeling niet goed is voor alle patiënten. Visser (2017) deed onderzoek naar de interactie tussen patiënten met de ziekte van Parkinson en artsen via een online community. Zij concludeerde dat hoewel patiënten via een community gemakkelijker contact krijgen met hun zorgverleners, er toch structuren blijven bestaan die de emancipatie van patiënten in de weg staat. Ook zijn patiënten bang om teveel gebruik te maken van hun nieuwe vrijheid. Daarnaast schrijft ze dat patiënten die al op meerdere gebieden actief zijn ook meer gebruik maken van online communities, wat de ongelijkheid tussen patiënten vergroot. Dit komt doordat er bepaalde vaardigheden nodig zijn om een community te gebruiken, die deze patiënten al bezitten (Visser, 2017). Verder schrijft Visser (2017) dat bepaalde persoonseigenschappen, zoals klasse, geslacht en etniciteit, invloed kunnen hebben op het wel of niet gebruiken van een online community, wat ook kan resulteren in ongelijkheid. Daarnaast blijft privacy een lastig vraagstuk, voor zowel artsen als patiënten (Richards et al., 2005). Het is voor patiënten en zorgverleners soms onduidelijk wat er met online medische gegevens gebeurt, wie er inzicht in heeft en hoe de gegevens worden beveiligd.

Verder blijkt uit een literatuurreview van Goldzweig et al. (2013) dat er geen eenduidig bewijs is dat het gebruik van patiëntportalen, een toepassing van eHealth die ik nu nader zal toelichten, klinische resultaten, de tevredenheid en de aanhankelijkheid van een behandeling significant verbetert.

Definitie van patiëntportalen

Mijn Meander is een patiëntportaal, maar wat zijn patiëntportalen? De Mul, Adams, Aspria, Otte-Trojel en Bal (2013) beschrijven dat patiëntportalen eerder voornamelijk algemene online toegangspoorten tot zorg gerelateerde informatie waren, maar dat patiëntportalen nu vaker op de individuele patiënt zijn toegespitst. Heldoorn et al. (2011) geven de volgende definitie van patiëntportalen: "[Een patiëntportaal is] een online toegangspoort die de patiënt via meerdere websites en/of functionaliteiten regie geeft bij het vergaren en delen van informatie over zijn gezondheid" (p.15). Heldoorn et al. (2011) noemen dat het gebruik van patiëntportalen patiënten meer regie geeft over hun gezondheid. Het hebben van meer regie over de eigen gezondheid sluit aan op de ontwikkeling van empowerment binnen de gezondheidszorg, zoals hierboven beschreven. Toch noemen Heldoorn et al. (2011) niet specifiek dat een patiëntportaal persoonlijk is afgestemd op de patiënt. Een andere definitie van patiëntportalen is die van Ammenwerth et al. (2012), namelijk*:* "[patient portals are] the class of applications provided and maintained by health care institutions that primarily allow access to clinical EHR data and secondarily may offer functions and services that are targeted towards enhancing medical treatment" (p.2). In deze definitie staat centraal dat patiëntportalen worden aangeboden en onderhouden door zorginstellingen, zoals een ziekenhuis. Ook schrijven zij dat patiëntportalen toegang verlenen tot *health records,* maar daarnaast ook functies en diensten bieden die gericht zijn op het verbeteren van de medische behandeling. Hoewel de twee definities van patiëntportalen elkaar aanvullen, benadrukken Ammenwerth et al. (2012) net als Heldoorn et al. (2011) niet dat een patiëntportaal is afgestemd op de patiënt. Wanneer een patiëntportaal niet alleen algemene informatie verschaft, maar persoonlijk is afgestemd op de gezondheid van patiënt, heeft de patiënt meer inzicht in zijn eigen gezondheid. Daarom gebruik ik de twee verschillende definities en het onderzoek van De Mul et al. (2013) bij mijn eigen definitie van patiëntportalen: 'Patiëntportalen zijn online toepassingen, aangeboden en onderhouden door zorginstellingen, die persoonlijk zijn afgestemd op de patiënt, waardoor de patiënt meer regie krijgt over zijn medische behandeling door inzicht in eigen medische data en speciale functies met als doel om de zorg te verbeteren.'

Gebruik van patiëntportalen

In 2016 hadden 22 Nederlandse ziekenhuizen (N=82) een patiëntportaal (Schreuder & Watson, 2016). Dit is iets meer dan een kwart van het totale aantal ziekenhuizen. Bij achttien patiëntportalen kunnen patiënten hun afsprakenoverzicht bekijken en bij zeventien patiëntportalen kunnen patiënten online een afspraak maken (N=22). Bij zestien patiëntportalen (N=22) moet de patiënt inloggen met zijn of haar DigiD (Schreuder & Watson, 2016). In Tabel 3.1 staat een overzicht van verschillende mogelijkheden van patiëntportalen.

Tabel 3.1 - Overzicht van mogelijkheden van patiëntportalen (Schreuder & Watson, 2016).

Mogelijkheden van patiëntportalen	Mogelijk bij aantal patiëntportalen (N=22)
Onderzoeksgegevens inzien	18
Brieven lezen	18
Vragenlijsten invullen	17
Medische gegevens inzien	14
E-consult (mail)	13
Medicatieoverzicht	10

Zoals Tabel 3.1 laat zien, bieden patiëntportalen verschillende opties als het gaat om het verkrijgen of verschaffen van informatie van of aan de zorgverlener. Bij de meeste ziekenhuizen is het mogelijk om onderzoeksgegevens in te zien, brieven van de zorgverlener te lezen en vragenlijsten in te vullen. Toch zijn er ook verschillen in de functies die de verschillende patiëntportalen aanbieden.

Uit het onderzoek van Goel et al. (2011) blijkt dat weinig mensen zich registreren bij online patiëntportalen. In de studie die zij deden naar een commercieel patiëntportaal bleek dat ondanks een uitnodiging van de arts, een maand na de uitnodiging 63% van de respondenten (N=159) nooit had geprobeerd om in te loggen op het patiëntportaal (Goel et al., 2011). De reden die zij hiervoor gaven was dat ze te weinig informatie of motivatie hadden. 30% van de respondenten (N=159) zei dat het te maken had met een negatieve attitude tegenover het portaal en 8% (N=159) gaf aan dat technologie een obstakel was (Goel et al., 2011).

In de studie van Sarkar et al. (2011) komt naar voren dat 40% van de 14102 diabetespatiënten zich registreerde bij een patiëntportaal in een jaar tijd. Zij stellen dat etnische minderheden en niet-opgeleide patiënten zich minder snel registeren bij een patiëntportaal (Sarkar et al., 2011). Voor een patiëntportaal is het nodig om internet te gebruiken, wat een reden zou kunnen zijn dat etnische minderheden en niet-opgeleide patiënten zich minder snel registreren. Het is aannemelijk dat deze groepen minder toegang hebben tot internet. Andere onderzoeken tonen ook verschillen aan in de registratie van verschillende patiëntgroepen. Zo zouden jonge en niet ernstig zieke patiënten zich eerder registreren dan oudere en ernstig zieke patiënten (Weingart et al., 2006; Goel et al., 2011). De genoemde onderzoeken (Sarkar et al., 2011; Weingart et al., 2006; Goel et al., 2011) zijn allemaal uitgevoerd in de Verenigde Staten, waardoor het nog maar de vraag is of dit ook geldt in Nederland. Uit de registratie van een ziekenhuis in Nederland blijkt dat de patiëntgroep die zich daar het meest heeft geregistreerd bij het patiëntportaal tussen de 60 en 80 jaar oud is (Van den Berg, 2017). Door deze tegenstrijdige onderzoeksresultaten blijft het dus onduidelijk welke patiëntgroepen zich het meest registreren bij patiëntportalen.

Om te onderzoeken hoe het adoptieproces van patiëntportalen verloopt, zal ik nu enkele modellen toelichten.

3.2 | De adoptie van patiëntportalen

In deze paragraaf zal ik drie modellen toelichten om de adoptie van patiëntportalen te kunnen verklaren: het TAM van Davis (1993), het UTAUT-model van Venkatesh et al. (2003) en het adoptiemodel van Rogers (1995). De drie modellen zal ik gebruiken bij het ontwerp van een conceptueel model.

Mogelijke redenen voor wel of geen adoptie

Zoals hierboven staat beschreven, gebruiken weinig patiënten patiëntportalen. Rogers (2002) schrijft dat dit vaak het geval is bij eHealth-applicaties: "Many technological innovations fail to realise their potential and this unfortunately has also been true with respect to the history of eHealth applications" (p.20). Waar kan dit aan liggen?

De adoptiesnelheid is de snelheid waarmee consumenten, of in dit geval patiënten, een product accepteren en gaan gebruiken. Berwick (2003) schrijft dat innovaties in de gezondheidszorg vaak een langzaam adoptietempo hebben. Dit kan een verklaring zijn voor de langzame adoptie van patiëntportalen door patiënten en zorgverleners. Hoewel de focus in dit onderzoek ligt op de adoptie door patiënten, moet worden genoemd dat zorgverleners soms moeite hebben met de adoptie van patiëntportalen. De reden hiervoor is vaak financieel: de implementatie van een nieuw patiëntportaal is namelijk erg kostbaar (Aldenhoven, 2010). Toch is deze barrière niet voor patiënten van belang, patiëntportalen zijn voor hen meestal gratis.

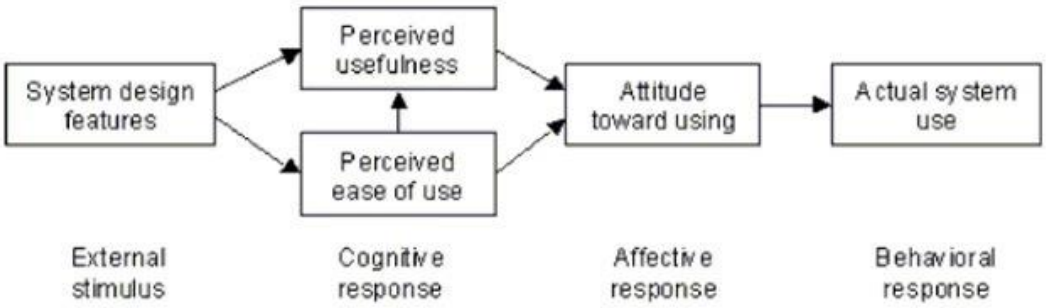
In het onderzoek van Goel et al. (2011) kwamen onder andere de volgende redenen naar voren waarom patiënten zich niet registreren bij een patiëntportaal: te weinig informatie of motivatie, niet afweten van het bestaan, de tijd die het kost, te ziek om zich te registreren, niet nuttig, een voorkeur voor de telefoon en issues rondom privacy. Uit onderzoek naar *Personal Health Records*, vaak een onderdeel van patiëntportalen, blijkt het voor adoptie van belang dat patiënten inzien dat zij zelf hun verantwoordelijkheden moeten nemen op het gebied van gezondheidszorg (Tang, Ash, Bates, Overhage & Sands, 2006). Daarnaast is het veranderen van gedrag altijd lastig; voordat een gedragsverandering plaatsvindt moet er een motivatie zijn om het gedrag te veranderen (Tang et al., 2006). Verder kan een trage adoptiesnelheid van eHealth er ook aan liggen de patiënt onvoldoende op de hoogte is van de mogelijkheden van eHealth (Aldenhoven, 2010). Een andere verklaring voor de langzame adoptie van patiëntportalen door patiënten kan zijn dat er technische barrières spelen: patiënten zijn wellicht niet digitaal vaardig genoeg om zich te registreren (Goel et al., 2011). Echter, volgens Gaul en Ziefle (2009) zijn technische barrières minder bepalend dan acceptatiebarrières. Zij stellen dat er allerlei essentiële factoren meespelen bij het accepteren van een nieuwe technologie, namelijk: vertrouwen, betrouwbaarheid van de technologie en het gevoel van privacy en veiligheid (Gaul & Ziefle, 2009). Om de acceptatie van patiëntportalen door patiënten te achterhalen, kan het TAM (Davis, 1993) worden gebruikt. Dit model wordt hieronder toegelicht.

Technology Acceptance Model

Wanneer het gaat om het accepteren van eHealth en patiëntportalen, gaat het om het accepteren van nieuwe technologie. Om te ontdekken welke factoren van invloed zijn op de acceptatie van een nieuwe technologie, heeft Davis (1993; 1989) het Technology Acceptance Model (TAM) ontwikkeld. Het model is gebaseerd op de Theory of Reasoned Action van Fishbein en Ajzen (Davis, 1993). Fishbein

en Ajzen (1975) stellen dat de intentie om bepaald gedrag te vertonen voorspelt of iemand dat gedrag daadwerkelijk gaat uitvoeren. De subjectieve norm en de attitude bepalen samen de intentie om bepaald gedrag te vertonen. De subjectieve norm is dat wat anderen denken over bepaald gedrag. De opvattingen die iemand zelf heeft ten opzichte van het gedrag en de waarde die hij hecht aan deze opvattingen vormen samen de attitude (Fishbein & Ajzen, 1975). Waar de Theory of Reasoned Action is ontworpen om allerlei soorten gedrag te voorspellen, richt het Technology Acceptance Model zich specifiek op verandering van gedrag gebaseerd op technologische innovaties.

Hoewel het TAM is ontworpen voor werk gerelateerde technologische innovaties (Davis, 1993), kan het model worden gebruikt om andere soorten innovaties, zoals eHealth, te beschrijven. Het model wordt vaker in andere domeinen ingezet, zoals bij 'e-learning' (Lee, Yoon & Lee, 2009). Een overzicht van het TAM staat in Figuur 3.1



Figuur 3.1 | *Technology Acceptance Model* (Davis, 1993).

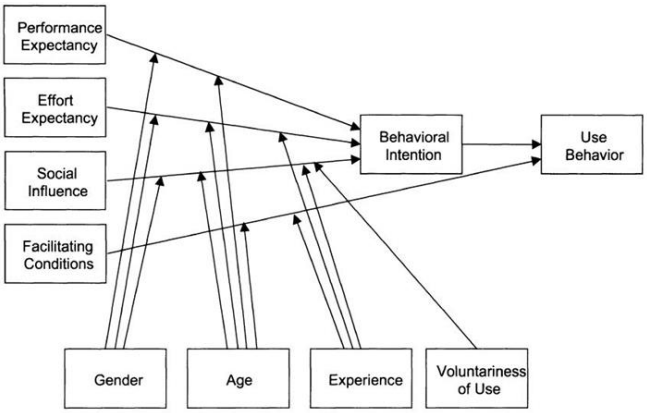
Het TAM bestaat uit een aantal componenten, te weten *system design features, perceived usefulness, perceived ease of use, attitude toward using* en *actual system use.* De twee belangrijkste componenten uit het model zijn *perceived usefulness* en *perceived ease of use*. *Perceived usefulness*, ook wel het waargenomen nut, omschrijft Davis (1993) als de mate waarin iemand gelooft dat een bepaald systeem zijn prestaties op het werk verbetert. Davis (1993) schrijft dat de p*erceived ease of use*, ook wel het waargenomen gebruiksgemak, de mate is waarin iemand gelooft dat een bepaald systeem zonder moeite gebruikt kan worden. De *perceived ease of us*e heeft een significant positief effect op de *perceived usefulness* (Davis, 1993). Dit betekent dat wanneer een gebruiker het waargenomen gebruiksgemak hoger inschat, hij de technologie ook nuttiger zal vinden. Het TAM behandelt niet zozeer de technologie zelf, maar juist de percepties die de gebruiker heeft ten aanzien van een technologische innovatie.

Volgens het TAM bepaalt het ontwerp van de nieuwe technologie het waargenomen nut en het waargenomen gebruiksgemak. Deze factoren beïnvloeden samen de attitude ten opzichte van het gebruiken van de nieuwe technologie (Davis, 1993). Zoals hierboven beschreven is de attitude het waardeoordeel dat iemand geeft aan een bepaald object of gedrag (Fishbein & Ajzen, 1975). Volgens het TAM bepaalt de attitude of een technologie wel of niet zal worden gebruikt (Davis, 1993).

Het TAM verklaart waarom mensen een nieuwe technologie wel of niet gebruiken (Davis, 1993). Davis (1993) gebruikt slechts zes componenten, wat het TAM een overzichtelijk model maakt. Het hebben van slechts zes componenten kan echter ook een nadeel zijn. Het is aannemelijk dat het wel of niet

gebruiken van een technologie afhangt van meer dan zes componenten. Daarnaast heeft Davis (1993) zijn model getest onder werknemers van een bedrijf die een technologische innovatie moesten gaan gebruiken. Hieruit blijkt het model significant samen te hangen. Echter, het model gaat er hierbij wel vanuit dat menselijk gedrag gebaseerd is op logische redenatie. Emoties, die vaak ook een rol spelen bij het uitvoeren van bepaald gedrag, komen in dit model niet duidelijk aan bod. Toch is het TAM voor dit onderzoek interessant om te gebruiken. Het waargenomen nut, het waargenomen gebruiksgemak en de attitude kunnen samen iets zeggen over de affectieve reactie die patiënten hebben bij het gebruiken van een digitaal patiëntportaal. Daarnaast is er weinig onderzoek gedaan naar waarom patiënten patiëntportalen wel of niet gebruiken. Vanwege het exploratieve karakter van dit onderzoek is het relatief eenvoudige TAM daarom zeker interessant om te gebruiken als houvast.

Een minder eenvoudig model, gebaseerd op het TAM, is het UTAUT-model van Venkatesh et al. (2003), ook wel de *Unified Theory of Acceptance and Use of Technology*. Het UTAUT-model staat in figuur 3.2.



Figuur 3.2 - Het UTAUT Model (Venkatesh et al., 2003).

Venkatesh et al. (2003) schrijven dat drie constructen invloed hebben op de intentie tot gebruik, namelijk *performance expectancy* (prestatieverwachting), *effort expectancy* (inspanningsverwachting) en *social influence* (sociale invloed). *Facilitating conditions* (faciliterende omstandigheden) hebben direct invloed op het wel of niet gebruiken van een nieuwe technologie, samen met de intentie tot gebruik. Volgens het UTAUT-model hebben geslacht, leeftijd, ervaring en vrijwilligheid van gebruik invloed op de hierboven genoemde constructen. Het UTAUT combineert persoonlijke eigenschappen en eigenschappen die afhangen van de technologie, iets wat het TAM niet doet. Een ander voordeel van het UTAUT-model is dat het model ruimte geeft om veel verschillende verbanden aan te tonen. Dit kan echter ook een nadeel zijn. De factor geslacht bijvoorbeeld, kan invloed hebben op de drie constructen. Wanneer er bijvoorbeeld verschillen zijn tussen mannen en vrouwen op het gebied van sociale invloed, kan dit veel diepere gronden omvatten dan alleen een verschil in acceptatie. Voor dit onderzoek is het van belang om bij het UTAUT-model de focus te blijven leggen op de nieuwe technologie, namelijk patiëntportalen.

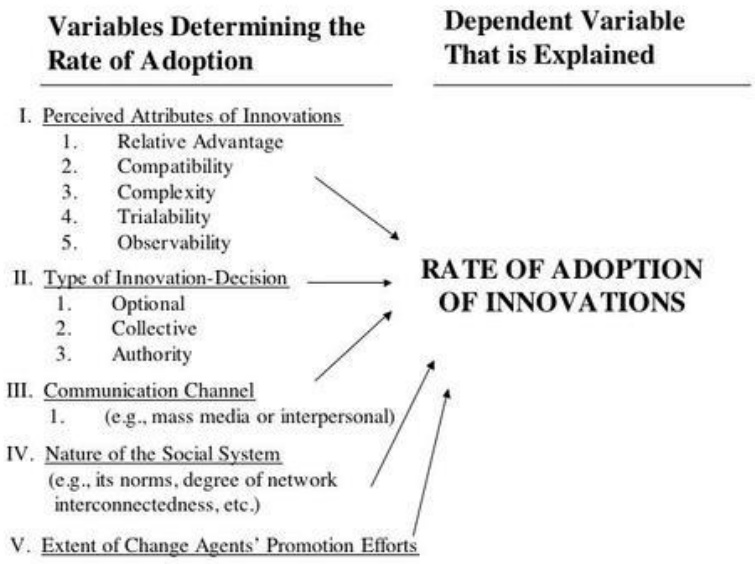
Net als het TAM is het UTAUT-model empirisch significant bewezen (Venkatesh et al., 2003). Beide modellen bevatten echter andere constructen. Zo heeft de attitude in het TAM een belangrijke functie, maar komt de attitude in het UTAUT-model niet voor. De onderzoeksvragen van deze studie kunnen met behulp van het TAM goed worden beantwoord, juist omdat ik de attitude van patiënten ten aanzien van patiëntportalen onderzoek. Daarom heb ik ervoor gekozen om bij het oorspronkelijke model te

blijven en ondanks de gedateerdheid van het model, toch het TAM te gebruiken. Wel neem ik de persoonlijke aspecten van het UTAUT-model gedeeltelijk mee. In dit onderzoek naar het gebruik van patiëntportalen door patiënten zal ik geen onderscheid maken tussen mannen en vrouwen. Leeftijd daarentegen, en daarmee *experience*, zijn voor dit onderzoek wel interessant. Het zou goed kunnen dat de leeftijd van patiënten beïnvloedt of zij wel of geen gebruik maken van een patiëntportaal. Uit de hierboven besproken onderzoeken (Weingart et al., 2006; Goel et al., 2011; Visser, 2017) blijkt ook dat leeftijd invloed kan hebben op het wel of niet gebruiken van een patiëntportaal of andere eHealth-toepassing. De ervaring met het gebruik van technologie zal verschillen tussen oudere en jongere patiënten. Ook dit is een interessant construct om mee te nemen in dit onderzoek. Patiënten die ervaring hebben met het gebruik van technologie en portalen, hoeven een minder hoge drempel over om een patiëntportaal daadwerkelijk te gaan gebruiken.

Volgens Davis (1993) beïnvloedt de acceptatie van een nieuwe technologie of het systeem daadwerkelijk zal worden gebruikt. Volgens Rogers (1995) spelen er andere factoren mee die de adoptiesnelheid beïnvloeden. Dit kunnen persoonlijke kenmerken zijn, maar ook de communicatie rondom een nieuwe technologie. De variabelen die volgens Rogers (1995) bijdragen aan een hogere adoptiesnelheid, zal ik nu toelichten.

Diffusion of innovations

Rogers (1995) beschrijft het adoptieproces van innovaties. Hij zet vijf variabelen uiteen die de snelheid van adoptie beïnvloeden, namelijk *perceived attributes of innovations, type of innovation-decision, communication channel, nature of the social system* en *extent of change agent's promotion efforts* (Rogers, 1995). Een overzicht van deze variabelen is te vinden in figuur 3.3.



Figuur 3.3 - Variabelen die de adoptiesnelheid bepalen (Rogers, 1995).

De verschillende variabelen zal ik toelichten en vervolgens zal ik beschrijven of de variabelen relevant zijn bij het onderzoeken van de adoptiesnelheid van patiëntportalen.

Perceived Attributes of Innovations
De waargenomen kenmerken van innovaties dragen volgens Rogers (1995) bij aan de adoptiesnelheid. Allereerst definieert Rogers (1995) *relative advantage* als "the degree to which an innovation is perceived as being better than the idea it supersedes" (p. 212). Oftewel, het relatieve voordeel representeert de toegevoegde waarde van een innovatie. Wanneer een innovatie een voordeel biedt ten opzichte van de eerdere situatie, versnelt de adoptie. Dit kan ook zo zijn bij patiëntportalen.

Vervolgens beschrijft Rogers (1995) *compatibility*. Een innovatie is compatibel wanneer de innovatie aansluit bij bestaande waarden, eerdere ervaringen en behoeften van de mogelijk nieuwe gebruiker (Rogers, 1995). Wanneer een innovatie met de genoemde punten kan worden verenigd, is het waarschijnlijker dat de innovatie zal worden geadopteerd. Een innovatie die past bij de levensstijl van de mogelijke gebruiker is voor hem minder onzeker. Hierdoor zal hij de innovatie sneller durven te accepteren (Rogers, 1995). Bij patiëntportalen uit zich dit bijvoorbeeld in de digitale vaardigheden van een patiënt. Wanneer een patiënt niet digitaal vaardig is, zal een patiëntportaal niet compatibel zijn met zijn of haar levensstijl. Als een patiënt digitaal vaardig is en behoefte heeft aan meer empowerment, zal een patiëntportaal wel compatibel zijn.

De *complexity*, ingewikkeldheid, is de mate waarin een innovatie wordt beschouwd als moeilijk te begrijpen en te gebruiken. De ingewikkeldheid van een innovatie hangt negatief samen met de adoptiesnelheid (Rogers, 1995). Dit betekent dat wanneer mensen een innovatie als ingewikkeld beschouwen, de adoptiesnelheid zal afnemen. Dit zal ook gelden voor patiëntportalen: wanneer patiënten het portaal ingewikkeld vinden is het waarschijnlijk dat zij het portaal minder snel zullen gebruiken.

Trialability definieert Rogers (1995) als: *"the degree to which an innovation may be experimented with on a limited basis"* (p. 243). Wanneer een innovatie tijdelijk uit te proberen is, zullen toekomstige gebruikers de innovatie sneller adopteren (Rogers, 1995). Dit geldt met name voor innovaties die geld kosten en een gratis proeftermijn hebben. Omdat dit bij patiëntportalen niet het geval is, heeft dit geen invloed op de adoptie van patiëntportalen.

Het laatste kenmerk van een innovatie is de *observability*, de mate waarin de resultaten van een innovatie zichtbaar zijn voor anderen. Wanneer anderen de resultaten van een innovatie kunnen zien, zorgt dit voor een snellere adoptiesnelheid (Rogers, 1995). Omdat zorg individueel is en patiënten het gebruik van een patiëntportaal waarschijnlijk niet met anderen zullen delen, zal de *observability* waarschijnlijk geen invloed hebben op de adoptie van patiëntportalen.

Type of innovation-decision
Rogers (1995) schrijft dat het uitmaakt of mensen een innovatie vrijwillig kunnen adopteren. Hij beschrijft drie verschillende typen innovatie-beslissingen: *optional, collective* en *authority* (Rogers, 1995). Een *optional innovation-decision* maakt een individu zelf, een *collective innovation-decision* maakt een groep gezamenlijk en een *authority innovation-decision* maakt iemand met macht of invloed voor een hele groep (Rogers, 1995). Rogers (1995) stelt dat wanneer mensen zelf kunnen bepalen of zij een innovatie willen adopteren, de snelheid van adoptie zal toenemen.

Zoals hierboven beschreven is het gebruik van een patiëntportaal individueel, patiënten gebruiken een patiëntportaal niet gezamenlijk. Verder zijn patiëntportalen op dit moment vaak in ontwikkeling, waardoor het onwaarschijnlijk is dat patiënten worden verplicht om een patiëntportaal te gebruiken. De meeste beslissingen om een patiëntportaal wel of niet te gebruiken zijn daarom waarschijnlijk

optional. Omdat er waarschijnlijk weinig variatie zal zijn in deze door Rogers (1995) beschreven variabele op het gebied van patiëntportalen, neem ik dit verder niet mee in het onderzoek.

Communication Channel
Om de adoptiesnelheid te versnellen, moet het juiste communicatiemiddel worden ingezet. Bij eenvoudige innovaties kunnen dit massamedia zijn, maar bij complexe innovaties werkt interpersoonlijke communicatie vaak beter(Rogers, 1995). Om te weten welk communicatiemiddel het beste werkt bij patiëntportalen, zal daarom eerst moeten worden onderzocht of patiënten de innovatie als complex of eenvoudig beschouwen. Dit zou kunnen verschillen per patiëntengroep: patiënten die zonder computer zijn opgegroeid vinden patiëntportalen waarschijnlijk lastiger te gebruiken dan patiënten die met de computer zijn opgegroeid.

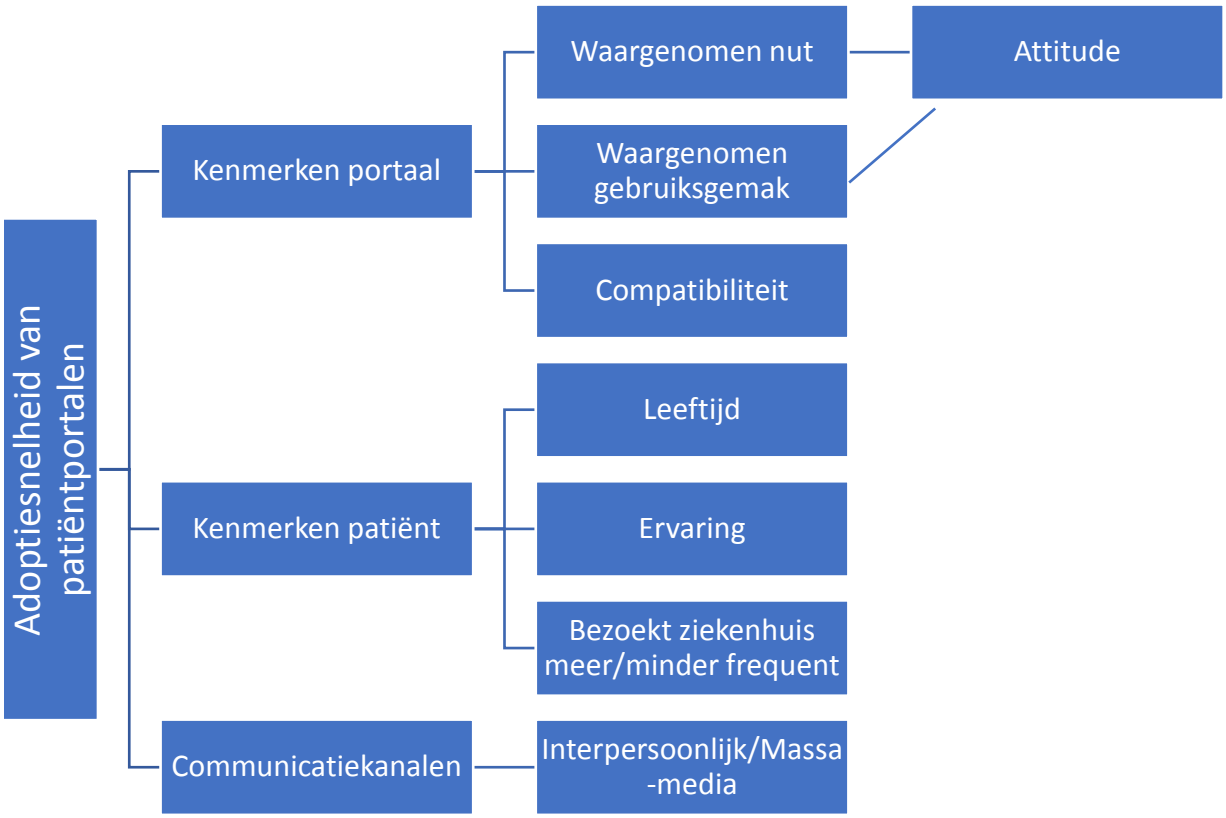
Nature of the social system
Rogers (1995) schrijft dat normen, waarden en het netwerk van mensen invloed hebben op de adoptiesnelheid. Om de adoptie van patiëntportalen te onderzoeken, zijn de normen en waarden minder van belang. Het is daarentegen wel interessant om te onderzoeken of er verschillen bestaan tussen verschillende soorten patiënten, zoals tussen jongere en oudere patiënten, of tussen patiënten die het ziekenhuis meer of minder frequent bezoeken.

Extent of change agents' promotion efforts
Change agents zijn personen die invloed kunnen uitoefenen op mogelijke 'adopters'. Volgens Rogers (1995) is de relatie tussen de adoptiesnelheid en de inspanningen van *change agents* niet direct. Hij schrijft dat de invloed van *change agents* groter is wanneer de innovatie nieuw is dan wanneer de innovatie al is geadopteerd door opinieleiders (Rogers, 1995). Dit houdt in dat *change agents* het meest effect hebben wanneer de adoptie laag is.

Het is waarschijnlijk dat *change agents* kunnen bijdragen aan een snellere adoptie van een patiëntportaal, maar voor dit onderzoek voert het te ver om te ontdekken welke *change agents* er zijn en hoe zij invloed kunnen uitoefenen op patiënten. Omdat ik de focus meer leg op de patiënten zelf neem ik *change agents* verder niet op in mijn onderzoek.

Zoals hierboven is benoemd, zijn niet alle door Rogers (1995) beschreven kenmerken relevant voor dit onderzoek. Daarom heb ik besloten om een ingekort conceptueel model te creëren dat specifiek is toegepast op de adoptie van patiëntportalen. Hierbij heb ik ook de hierboven genoemde modellen van Davis (1993) en Venkatesh et al. (2003) gebruikt. Het conceptueel model is te zien in figuur 3.4 op de volgende pagina.

Het conceptueel model bestaat uit drie categorieën die samen de adoptiesnelheid van patiëntportalen bepalen: kenmerken van het portaal, kenmerken van de patiënt en communicatiekanalen. Kenmerken van het portaal zijn gebaseerd op het TAM (Davis, 1993) en het adoptiemodel van Rogers (1995). Enkele kenmerken die Rogers (1995) beschrijft zijn weggelaten omdat zij niet relevant zijn voor de adoptie van patiëntportalen, zoals hierboven staat beschreven. Net als in het TAM bepalen het waargenomen nut en het waargenomen gebruiksgemak samen de attitude. De attitude draagt bij aan de adoptiesnelheid van een portaal. Het waargenomen gebruiksgemak, wat overeenkomt met de door Rogers (1995) beschreven ingewikkeldheid, heeft direct invloed op het waargenomen nut, dat in grote lijnen overeen komt met het door Rogers (1995) beschreven relatieve voordeel. Het kenmerk compatibiliteit is direct overgenomen uit het model van Rogers (1995).



Figuur 3.4 - Conceptueel model 'Adoptiesnelheid van patiëntportalen', gebaseerd op Rogers (1995), Davis (1993) en Venkatesh et al. (2003).

De kenmerken van de patiënt zijn gebaseerd op het UTAUT-model van Venkatesh et al. (2003) en Rogers' (1995) *Nature of the social systems.* Hoewel ik vind dat het krijgen of verlenen van zorg voor iedereen gelijk zou moeten zijn, kunnen sociale systemen invloed hebben op hoe patiënten zich gedragen en zorg willen ervaren. Daarom heb ik enkele elementen uit het UTAUT-model toegevoegd aan dit conceptueel model. Allereerst blijkt uit dit literatuuronderzoek dat de leeftijdscategorie van de patiënt een interessante factor is: zoals hierboven is besproken bestaat er onduidelijkheid over de invloed die leeftijd heeft op het wel of niet gebruiken van patiëntportalen. De leeftijd van patiënten heeft dus wellicht invloed. Wat daarmee samenhangt is de ervaring die een patiënt heeft met het gebruik van patiëntportalen of soortgelijke websites en/of applicaties. Veel ervaring zorgt ervoor dat een nieuwe technologie sneller wordt geadopteerd (Venkatesh et al., 2003). Ook is het interessant om te onderzoeken of patiënten die het ziekenhuis vaker bezoeken het portaal sneller adopteren. Patiënten die door een hoger aantal bezoeken meer contact hebben met het ziekenhuis, zijn wellicht meer geïnteresseerd in het gebruiken van een patiëntportaal.

Het laatste kenmerk dat bijdraagt aan de adoptie van patiëntportalen zijn de communicatiekanalen die zijn ingezet. Dit is gebaseerd op Rogers' (1995) *communication channels*. Hierbij ga ik uit van wat Rogers (1995) schrijft over interpersoonlijke communicatie en communicatie via massamedia. Sommige patiënten zullen het gebruiken van patiëntportalen als complex ervaren, anderen als eenvoudig. Wanneer de communicatie hierop is aangepast, zal de adoptie waarschijnlijk versnellen (Rogers, 1995).

3.3 | Samenvatting

In dit literatuuronderzoek heb ik onderzoek gedaan naar de vragen: 'Hoe worden eHealth en patiëntportalen geduid vanuit de literatuur?' en 'Welke factoren kunnen volgens de literatuur van invloed zijn op het adoptieproces van patiëntportalen?' Eysenbach (2001) schrijft dat eHealth uit meer bestaat dan technologie: een belangrijk inzicht voor mijn onderzoek. 'eHealth is een ontwikkeling binnen de gezondheidszorg, waarbij zorgverleners continu kijken hoe zij ICT kunnen inzetten bij het verlenen van zorg, om hiermee gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen en te verbeteren.' Deze definitie van eHealth heb ik aan de hand van dit literatuuronderzoek geschreven.

Uit het literatuuronderzoek bleek dat er een drietal ontwikkelingen is dat het gebruik van eHealth versterkt: er is een stijgende zorgvraag, er zijn technologische ontwikkelingen en de patiënt wil en krijgt steeds meer zeggenschap in zijn zorgproces. Door deze ontwikkelingen worden eHealth toepassingen, zoals patiëntportalen, steeds vaker ingezet door zorgverleners. Echter, niet iedereen is positief over het gebruik van eHealth. Hoewel Aldenhoven (2010) voornamelijk de positieve kanten benadrukt, zoals kostenbesparing en efficiëntie, vinden andere onderzoekers dat eHealth niet voor alle patiëntgroepen is bestemd (Visser, 2017; Richards et al., 2005). Dit heeft vaak te maken met de capaciteit van patiënten om eHealth toepassingen te gebruiken. Ook hebben zowel artsen als patiënten vragen over de privacy van zorggegevens (Richards et al., 2005). Hoewel eHealth dus vaak als oplossing wordt gezien om met de stijgende zorgvraag om te gaan, hoeft dit niet altijd zo te zijn.

Verder kwam uit het literatuuronderzoek naar voren dat patiëntportalen online toepassingen zijn, die worden aangeboden en onderhouden door zorginstellingen en persoonlijk zijn afgestemd op de patiënt, waardoor de patiënt meer regie krijgt over zijn medische behandeling door inzicht in eigen medische data en speciale functies met als doel om de zorg te verbeteren. Ongeveer een kwart van de ziekenhuizen in Nederland heeft op dit moment een patiëntportaal en weinig patiënten lijken daar gebruik van te maken.

Er zijn enkele factoren geïdentificeerd die zouden kunnen bijdragen aan de langzame adoptie van patiëntportalen. Allereerst schrijft Berwick (2003) dat innovaties in de zorg vaak een langzaam tempo hebben. Ten tweede schrijft Aldenhoven (2010) dat patiënten vaak niet weten van de mogelijkheden van eHealth. Goel et al. (2011) stellen dat er technische barrières kunnen spelen. Echter, Gaul en Ziefle (2009) stellen dat acceptatiebarrières belangrijker zijn dan technische barrières. Om die acceptatiebarrières in kaart te brengen kan het TAM (Davis, 1993) worden gebruikt. Volgens dit model hebben het waargenomen gebruiksgemak en het waargenomen nut van de technologie direct invloed op de attitude die mensen hebben ten aanzien van een innovatie (Davis, 1993). Het TAM is verwerkt in het conceptueel model en zal met name worden gebruikt om de eerste hoofdvraag van dit onderzoek te kunnen beantwoorden.

Om andere factoren die meespelen bij het adoptieproces van patiëntportalen door patiënten te achterhalen, zijn het UTAUT-model van Venkatesh et al. (2003) en het adoptiemodel van Rogers (1995) onderzocht. Uit de hierboven genoemde modellen zijn verschillende constructen meegenomen en gebruikt bij het ontwerp van een conceptueel model dat specifiek is gericht op de adoptiesnelheid van patiëntportalen. De eerste variabele van het model zijn kenmerken van het patiëntportaal, bestaande uit het waargenomen nut, het waargenomen gebruiksgemak en de compatibiliteit van het portaal. Het waargenomen nut en het waargenomen gebruiksgemak bepalen de attitude. De tweede variabele bestaat uit kenmerken van de patiënt zelf, zoals leeftijd, ervaring met patiëntportalen en de frequentie waarmee de patiënt het ziekenhuis bezoekt. Kenmerken van de patiënt zijn voornamelijk

gebaseerd op het UTAUT-model (Venkatesh et al., 2003). De laatste variabele zijn de gebruikte communicatiekanalen om het patiëntportaal te promoten, waarin ik onderscheid maak tussen interpersoonlijke- en massamedia. Dit inzicht heb ik overgenomen uit het adoptiemodel van Rogers (1995).

HOOFDSTUK 4 | HET ONDERZOEK

Een week later liep ik weer naar de kamer van de dokter. Ik kwam hier steeds vaker en dat vond ik eigenlijk best vervelend. De dokter zou de uitslag van de scan toch allang binnen hebben? Waarom kon ik die dan nog niet inzien, bijvoorbeeld via de mail? Na een tijdje wachten werd ik opgeroepen om het kamertje van de dokter binnen te gaan. De dokter schudde mijn hand. 'Welkom. Ik heb zojuist met wat collega's naar de resultaten van de scan gekeken, en het ziet er niet helemaal goed uit. We zagen meerdere factoren die bijdragen aan uw slechte gezondheid. Daarom zou ik graag verder onderzoek doen.' Ik schrok. Aan de ene kant had ik dit wel verwacht, maar toch… De dokter praatte verder, maar de informatie leek langs me heen te gaan. 'Ik begrijp dat ik u overrompel met deze informatie,' zei de dokter. 'Daarom stel ik voor dat u de tijd neemt om na te denken over het onderzoek. Ik geef u wat informatiefolders mee zodat u dit zelf kunt doornemen. Belt u maar met mijn assistente als u denkt dat u er klaar voor bent, dan plannen we zo snel mogelijk een afspraak in.' Een beetje beduusd stommelde ik het kamertje uit met de informatiefolders in mijn hand.

De dagen daarna overlegde ik met mensen om me heen over het onderzoek. Ik kon het niet laten varen. Mijn gezondheid is altijd belangrijk voor me geweest, en zeker nu er iets mis was. Ik besloot om de stap te nemen. Enkele dagen later kon ik al bij de dokter terecht. En toen begon het…

In dit hoofdstuk presenteer ik de resultaten van het onderzoek. In het conceptuele model dat ik in het vorige hoofdstuk heb ontworpen, heb ik drie kenmerken geïdentificeerd die leiden tot het wel of niet gebruiken van een patiëntportaal, namelijk kenmerken van het portaal, kenmerken van de patiënt en communicatiekanalen. Deze kenmerken zijn leidend in de codeboom die is te vinden in bijlage VII. Aan de hand van de drie kenmerken worden de data beschreven. De resultaten zijn gebaseerd op 111 vragenlijsten en twintig interviews met respondenten die Mijn Meander niet gebruiken (R1 t/m R10) en Mijn Meander wel gebruiken (R11 t/m R20).

4.1 | Kenmerken van het portaal

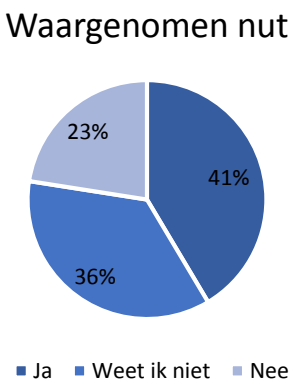
In deze paragraaf zal ik ingaan op de kenmerken van het portaal zoals de respondenten deze waarnemen. Hierbij zal ik twee deelvragen beantwoorden, namelijk 'Op welke wijze beïnvloeden het waargenomen nut en het waargenomen gebruiksgemak de attitude ten opzichte van het gebruik van Mijn Meander?' en 'Welke kenmerken van Mijn Meander hebben een positieve of negatieve invloed op de adoptiesnelheid?'

Voor mijn onderzoeksonderwerp is het belangrijk om in te gaan op kenmerken van het portaal omdat de waargenomen kenmerken de mening van de respondenten over het portaal beïnvloeden. Meer inzicht in hoe patiënten denken over het portaal en wat zij vinden van de bestaande functies kan duidelijkheid verschaffen over waarom patiënten het portaal wel of niet gebruiken.

4.1.1 | Waargenomen nut en waargenomen gebruiksgemak

Zoals Davis (1993) beschrijft, is het waargenomen nut de mate waarin iemand gelooft dat een bepaald systeem zijn of haar prestaties verbetert. Uit de interviews bleek dat bijna alle respondenten Mijn Meander nuttig vinden of dat Mijn Meander de potentie heeft om nuttig te worden indien het portaal verder wordt ontwikkeld. Twee respondenten (R5, R6) gaven aan Mijn Meander op dit moment niet nuttig te vinden omdat zij niet handig zijn met de computer.

De respondenten die Mijn Meander wel nuttig vonden, zeiden vooral dat het tijdbesparend is vanwege de snelle toegang tot informatie. Tijdens het kwantitatieve onderzoek heb ik gevraagd of de respondenten dachten dat Mijn Meander zou helpen bij het verkrijgen van meer regie over de eigen zorg en daardoor een nuttig patiëntportaal zou zijn. 41,4% van de respondenten dacht dat dit het geval was en 22,5% dacht dat dit niet zo was. 36,1% wist geen antwoord te geven (N=111), zie figuur 4.1 voor een grafische weergave. Respondenten die dachten dat Mijn Meander bijdraagt aan het hebben van meer regie, gaven daarbij voornamelijk aan dat dat komt door het kunnen inzien van informatie (N=6). De respondenten die dachten dat Mijn Meander niet bijdraagt aan het hebben van meer regie dachten meer regie te hebben door persoonlijk contact met hun arts (N=6).



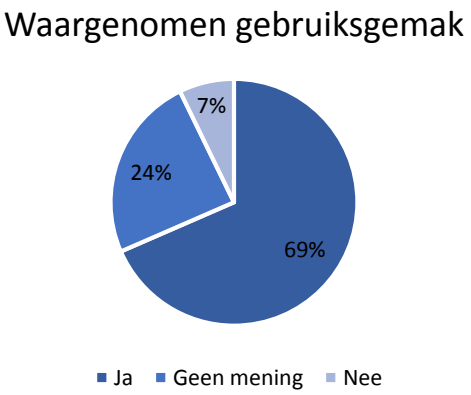
Figuur 4.1 | Respondenten die denken dat Mijn Meander een aanvulling is op hun zorgproces door het hebben van meer regie (N=111).

Volgens de respondenten van de interviews is Mijn Meander tijdbesparend vanwege de mogelijkheid om zaken sneller te kunnen regelen, zoals het controleren en wijzigen van afspraken. Meerdere respondenten noemden dat het gebruiken van Mijn Meander voorkomt dat ze naar het ziekenhuis

moeten bellen (R10, R11, R12, R18). R11 zegt bijvoorbeeld: “Als je je afspraak vergeten bent kun je het toch even checken en het scheelt een hoop papierwerk.” Dat het veel papierwerk scheelt, benoemden andere respondenten ook als voordeel (R8, R12, R14, R15, R17, R19, R20). Niet alleen omdat het voor hen zo overzichtelijker wordt, maar ook omdat het duurzamer is om minder papier te gebruiken. Er waren echter ook enkele respondenten die informatie liever op papier hadden dan digitaal (R3, R5, R6, R19), voornamelijk omdat ze dachten hierdoor minder snel iets te vergeten.

Het is opvallend dat de respondenten als belangrijkste voordeel noemden dat het gebruiken van Mijn Meander tijdbesparend is. Goel et al. (2011) schrijven namelijk dat patiënten zich niet registreren bij patiëntportalen omdat ze denken dat het hen juist tijd kost. Dit komt niet overeen met de resultaten van dit onderzoek.

Het waargenomen gebruiksgemak is de mate waarin iemand gelooft dat een technologie zonder moeite kan worden gebruikt (Davis, 1993). Uit de vragenlijst bleek dat 68,5% van de respondenten vond dat Mijn Meander er zeer gebruiksvriendelijk uitziet, zie voor een grafische weergave figuur 4.2. Zij vonden Mijn Meander overzichtelijk (N=9) en dachten dat het gemakkelijk te gebruiken is (N=9). 7,2% vond dat Mijn Meander er niet gebruiksvriendelijk uitziet en 24,3% had geen mening (N=111). De respondenten zonder mening zeiden voornamelijk niet eerder apps te hebben gebruikt (N=6) of vonden Mijn Meander er niet aantrekkelijk uitzien (N=4).



Figuur 4.2 | Respondenten die Mijn Meander er gebruiksvriendelijk uit vinden zien (N=111).

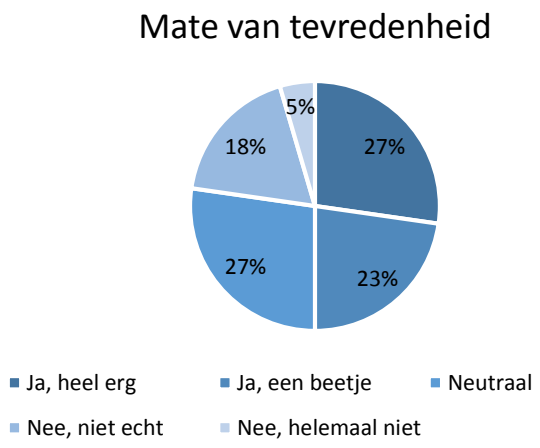
Uit de interviews bleek dat alle respondenten zowel de app als de web versie van Mijn Meander er gebruiksvriendelijk uit vonden zien, “want je drukt ergens op en je zit gelijk in het goeie menuutje” (R1).

Dat de respondenten vonden dat Mijn Meander er gebruiksvriendelijk uit ziet, lijkt overigens geen effect te hebben op de intentie om het portaal te gaan gebruiken. Zo zei R10: “Het ziet er prima uit. Afspraken maken, vragenlijsten, ja dat is duidelijk. Voor wie het is, ja, dat ziet er allemaal prima uit. Of ik het zou gebruiken is het tweede, maar…”

Hoewel het waargenomen gebruiksgemak voornamelijk interessant is voor respondenten die Mijn Meander nog niet gebruiken (Davis, 1993), kwam het ook ter sprake in interviews met gebruikers van Mijn Meander. Een aantal respondenten had problemen ervaren met Mijn Meander (R14, R15, R16, R18), zoals het niet kunnen wijzigen van persoonlijke gegevens of een afspraak. R16 zei hierover:

“Dan krijg ik bijvoorbeeld een brief, en dan staat erin: bent u het niet eens met de afspraak, dat kunt u het ook via de computer doen. En dan ga je kijken, en dan is het eigenlijk volgens mij negen van de tien keer dat ze toch nog bellen, omdat het nog niet aangesloten is.”

Gevraagd naar de mate van tevredenheid onder gebruikers van Mijn Meander gaven 22 respondenten in de vragenlijst (N=111) een oordeel aan het portaal. 27,3% gaf aan zeer tevreden te zijn over Mijn Meander en 22,7% was een beetje tevreden. 27,3% van de respondenten was voldoende tevreden, 18,2% was niet echt tevreden en 4,5% was helemaal niet tevreden over Mijn Meander. Het grootste gedeelte van de respondenten was dus positief over Mijn Meander, zoals te zien in figuur 4.3.



Figuur 4.3 | Mate van tevredenheid over Mijn Meander, door gebruikers van het patiëntportaal (N=22).

<u>Antwoord deelvraag 1.2</u>

Deelvraag 1.2 is als volgt geformuleerd: ‘Op welke wijze beïnvloeden het waargenomen nut en het waargenomen gebruiksgemak de attitude ten opzichte van het gebruik van het online patiëntportaal?’

Uit de diepte interviews kwam naar voren dat veel respondenten Mijn Meander waarnemen als nuttig. Twee respondenten gaven aan niet de benodigde digitale vaardigheden te beschikken om gebruik te kunnen maken van Mijn Meander. Zij waren tevreden met het telefonisch contact en zagen het nut er niet van in om digitaal contact te zoeken met het ziekenhuis. De enthousiaste respondenten vonden Mijn Meander vooral nuttig omdat het gebruik ervan tijdbesparend is en er minder papier voor nodig is. Zij gaven dan ook aan sommige dingen liever digitaal te doen, zoals het invullen van vragenlijsten en het maken van afspraken.

Verder valt het op dat de respondenten niet geïnteresseerd waren in Mijn Meander als zij het nut er niet van inzagen, zoals Davis (1993) en Rogers (1995) aantonen in het waargenomen nut en het relatieve voordeel. Pas toen de respondenten de mogelijkheden van het portaal zagen, reageerden zij enthousiast en zeiden ze meer geïnteresseerd te zijn in het gebruiken van Mijn Meander.

Uit dit onderzoek blijkt dat het waargenomen nut van grote invloed is op de attitude die respondenten hebben ten opzichte van het gebruiken van Mijn Meander. Wanneer de respondenten het portaal niet nuttig vonden reageerden zij negatief, maar wanneer ze bepaalde toepassingen beter bekeken werden zij vaker enthousiast over het portaal. De respondenten die Mijn Meander al wel gebruikten, gaven aan

het te hebben geïnstalleerd omdat het gebruik ervan hen handig leek. Hieruit blijkt de invloed van het waargenomen nut op de attitude, en daarmee op het uiteindelijke gebruik van het portaal.

Daarnaast bleek dat de respondenten Mijn Meander waarnemen als een zeer gemakkelijk te gebruiken innovatie, mits de patiënt gebruik maakt van het internet. Op één respondent na, waren er geen respondenten die aangaven niet te weten hoe ze een dergelijk portaal zouden moeten gebruiken. Met de uitstraling van Mijn Meander lijkt dus niets mis te zijn: zowel de niet-gebruikers als de gebruikers van Mijn Meander reageerden positief. Dit is opvallend. Hoewel Davis (1993) schrijft dat het waargenomen gebruiksgemak een direct effect heeft op de attitude, is dat bij het patiëntportaal niet het geval. R10 gaf expliciet aan dat hij het portaal er mooi uit vond zien, maar dat hij daardoor niet van plan was om het te gaan gebruiken. Daarom lijkt het er niet op dat de uitstraling van Mijn Meander respondenten prikkelt om Mijn Meander te gebruiken. Het waargenomen gebruiksgemak lijkt in dit onderzoek een minimale invloed te hebben op de attitude ten opzichte van het gebruik van het online patiëntportaal.

4.1.2 | Compatibiliteit

Volgens Rogers (1995) is een innovatie compatibel wanneer de innovatie aansluit bij bestaande waarden, ervaringen en behoeften van de mogelijke gebruiker. Zoals ik in hoofdstuk 3 heb beschreven zou dit het geval zijn voor een patiëntportaal wanneer de gebruiker ervaring heeft met internet en eventueel met portalen. Zoals eerder aangegeven gebruikt één respondent (R6) geen computer: voor deze respondent is Mijn Meander niet compatibel. Respondenten R4 en R5 computeren af en toe. Alle andere respondenten maken actief gebruik van internet.

Van de respondenten die internet gebruiken hadden sommigen een portaal gebruikt (R7, R8, R9, R11, R14, R16, R17), bijvoorbeeld bij de apotheek. R9 vertelde ervaring te hebben met portalen, maar was daarover niet positief: “Weet je wat het is, ik vind altijd met al die Mijn Vitens, Mijn Meander, mijn weet ik veel. Zoveel van die dingen dat ik denk van pfff, ophouden hoor. Ja, het is gewoon veel te veel.”

Patiënten kunnen op Mijn Meander inloggen via hun DigiD. Twee respondenten hadden geen DigiD (R5, R6). Alle anderen gebruikten DigiD en vonden de koppeling van DigiD aan Mijn Meander handig en veilig. R11 vertelde ook het portaal van een ander ziekenhuis te gebruiken, waarbij geen DigiD werd gebruikt. Zij gaf de voorkeur aan een inlog met DigiD.

Uit bovenstaande blijkt dat Mijn Meander aansluit op de vaardigheden van de patiënten. De compatibiliteit, zoals ook te zien in het conceptueel model, is daarom goed.

4.1.3 | Functies

Mijn Meander heeft verschillende functies. Om deelvraag 2.2 te kunnen beantwoorden: ‘Welke kenmerken van Mijn Meander hebben een positieve of negatieve invloed op de adoptiesnelheid?’ zal ik kort toelichten wat respondenten zeiden over de verschillende functies van Mijn Meander: het digitaal maken, wijzigen en inzien van afspraken, het digitaal invullen van vragenlijsten, het online aanvragen van het medisch dossier, het inzien van het behandelpad en chatten met een arts.

Digitaal afspraken maken/wijzigen/inzien
Wanneer patiënten een afspraak moeten maken, kan dit bij sommige poli's via Mijn Meander. Daarnaast bevat het patiëntportaal een afsprakenoverzicht, waarin alle gegevens staan van toekomstige en afgelopen afspraken.

Een aantal respondenten (R2, R7, R19) gaf aan nooit zelf afspraken te maken. Vaak regelt de huisarts dit bij een doorverwijzing of maakt de assistente een afspraak. Moeten de respondenten wel zelf een afspraak maken met het ziekenhuis, dan doen zij dit voornamelijk telefonisch. Hoewel de meeste respondenten aangaven dit prima te vinden, zeiden sommige respondenten dat het vaak lang duurt (R2, R3, R5, R8, R10, R19). Voor hen zou digitaal afspraken maken interessant zijn.

Een ander voordeel dat respondenten noemden bij het digitaal maken van een afspraak, is dat het ze meer inspraak en vrijheid geeft bij het inplannen ervan. Sommige respondenten (R14, R17, R20) voelden zich bezwaard om het voorstel van de assistente meerdere keren af te moeten wijzen. R20 verwoordde dit duidelijk:

"Dan ga je afspraken maken en dan komen zij met een datum en tijdstip. Dat komt dan natuurlijk niet uit, dan komen ze met een nieuwe, moet je weer nee zeggen. […] En ik vind het dan moeilijk om weer een keer nee te zeggen."

Als het gaat om afspraakherinneringen, vonden sommige respondenten het fijn dat Meander een reminder stuurt, enkele dagen voordat de afspraak plaatsvindt. Negen respondenten (R1, R3, R5, R6, R12, R13, R15, R16, R17, R19) gaven aan afspraken in hun eigen (digitale) agenda te plaatsen. De koppeling die vanuit Mijn Meander kan worden gemaakt aan de digitale agenda vonden enkele respondenten (R3, R15, R17) dan ook prettig. De afsprakenbriefjes die Meander meegeeft vonden sommige respondenten niet nuttig, voornamelijk omdat ze kwijtraken (R1, R3, R7, R8, R12, R20).

Digitaal vragenlijsten invullen
Via Mijn Meander is het voor sommige patiënten mogelijk om vragenlijsten digitaal in te vullen, bijvoorbeeld de vragenlijst voorafgaand aan een operatie. Eén respondent (R11) had hier ervaring mee en vond dit handig, omdat het overzichtelijker was dan papieren vragenlijsten.

Andere respondenten (R1, R2, R8, R12, R15, R17, R19, R20) vonden het digitaal invullen van een vragenlijst handig. Een reden hiervoor is dat papieren vragenlijsten vaak niet worden ingevuld en worden vergeten (R8, R17). Twee andere respondenten (R10, R14) dachten dat het digitaal invullen van vragenlijsten fijn is voor het ziekenhuis zelf, omdat het efficiënter is. Dit onderzoeksresultaat is in overeenstemming met Van der Klauw en Flim (2011), die stellen dat ziekenhuizen efficiënter kunnen werken door het gebruiken van eHealth.

Medisch dossier
Op de web versie van Mijn Meander is het mogelijk om het medisch dossier aan te vragen. Zes respondenten (R2, R3, R11, R12, R13, R20) hadden hun medisch dossier. R11 en R20 hebben deze via Mijn Meander aangevraagd. Beiden waren tevreden over het proces: zij vonden het proces duidelijk en snel.

Sommige respondenten (R7, R10) gaven aan nieuwsgierig te zijn naar wat er over hen staat geschreven. R20 zei dat zij twijfels had over haar diagnose en wilde daarom zelf alles kunnen inzien. Het hebben van

twijfels over een diagnose dat blijkbaar aanzet tot het willen hebben van het medisch dossier is een voorbeeld van de actieve rol die patiënten steeds vaker vervullen, hier kom ik in de volgende paragraaf op terug.

Acht respondenten (R4, R5, R6, R7, R9, R14, R16, R18) hadden geen behoefte aan het opvragen van hun medisch dossier. Zij vonden het niet nodig omdat zij goed werden geholpen of waren bang om alles te lezen. Volgens R4 sta je "oog in oog met de waarheid" wanneer je je medisch dossier inziet.

De mogelijkheid om het medisch dossier digitaal aan te vragen vonden alle respondenten fijn, dit zou minder tijd kosten. Respondenten R17, R18 en R19 gaven aan dat zij het fijn zouden vinden wanneer zij hun medisch dossier direct konden inzien. Op deze manier werden hun zorggegevens volgens hen toegankelijker, wat aansluit bij het willen hebben van meer zeggenschap over de eigen zorg.

Behandelpad

Mijn Meander biedt patiënten de mogelijkheid om hun behandelpad in te zien, te zien in bijlage V. In het behandelpad is informatie te vinden over de datum van de operatie, wat de patiënt kan doen voorafgaand aan een operatie en of een patiënt wel of niet mag rijden na een ingreep. Op dit moment is het behandelpad voor één ziekte beschikbaar.

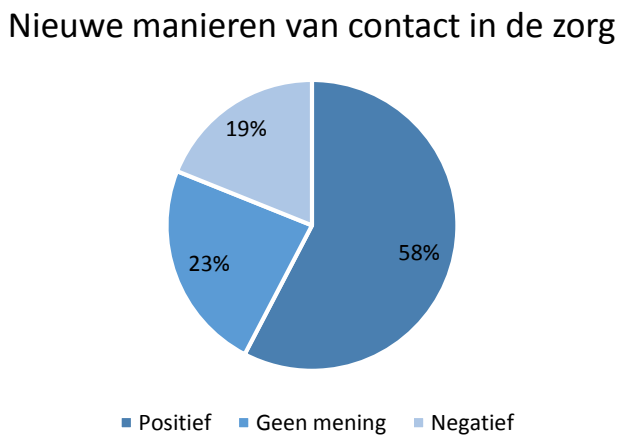
Op twee respondenten na (R6, R20) waren alle respondenten enthousiast over het behandelpad. De toegang tot extra informatie vonden zij handig. Zo zei R17 hierover:

"Zeker voor zo'n operatie, […] dan ga je het toch vaak googelen als je meer wilt weten en als je het dan googelt […] dan krijg je misschien juist allemaal beelden te zien die je eigenlijk helemaal niet wil zien. Dus via zoiets zou je juist goed kunnen filteren van nou, dit is wel patiëntvriendelijk om dat te laten zien."

Het enthousiasme over het krijgen van meer informatie zal ik verder toelichten in paragraaf 4.2.

Chat met arts

Bij sommige poli's is het mogelijk om via Mijn Meander te chatten met de arts. Aan de respondenten is in de vragenlijst gevraagd hoe zij dachten over nieuwe ontwikkelingen in de zorg, zoals chatten of mailen met hun zorgverlener. 58% vond deze ontwikkeling positief, 23% kon hier geen mening over geven en 19% vond de ontwikkeling negatief (N=111), zoals te zien in figuur 4.4 op de volgende pagina. De respondenten die de ontwikkeling positief vonden, zeiden dat de ontwikkeling voornamelijk handig, prettig en snel kan zijn. Tegenstanders van de ontwikkeling gaven voornamelijk aan artsen liever face to face te spreken (N=3).



Figuur 4.4 | De mening van respondenten over nieuwe manier van contact in de zorg (N=111).

Uit de interviews bleek hetzelfde. Volgens de respondenten kan niet in alle situaties worden gechat met de arts. Volgens drie respondenten (R1, R8, R10) was een chat alleen geschikt voor kleine vragen. R13 voegde daaraan toe dat er duidelijke voorwaarden gesteld moeten worden over de vragen die je kunt stellen aan de arts. Ook zei R8 dat er vooraf moet worden afgesproken of en wanneer de arts zelf berichten naar patiënten stuurt, omdat hij bang was slecht nieuws te krijgen op een moment dat het hem niet uitkwam.

Toch waren de meeste respondenten enthousiast over de mogelijkheid om te kunnen chatten met een arts. Eén respondent (R9) zei dat het de toekomst is en dat je daar geen mening over kunt hebben. R6 gebruikt geen internet. De overige achttien respondenten vonden een chat allemaal handig. Zij vonden dit voornamelijk door de mogelijkheid om sneller contact te hebben met de arts. Maar, stelde R10, dan is er wel een snelle reactie nodig.

Andere voordelen die de respondenten benoemden, gingen over het tijdbesparende karakter van de chat, omdat er niet meer gebeld hoeft te worden en de chat “een ritje naar het ziekenhuis” (R2) kan besparen.

<u>Antwoord deelvraag 2.2</u>
Deelvraag 2.2: ‘Welke kenmerken van Mijn Meander hebben een positieve of negatieve invloed op de adoptiesnelheid?’ kan nu worden beantwoord.

Zoals ik hierboven heb beschreven zorgen bepaalde functies van Mijn Meander voor een toename in het waargenomen nut. Het waargenomen nut heeft invloed op de attitude en volgens Davis (1993) daarmee op het daadwerkelijk gebruik van de nieuwe technologie. Functies die respondenten nuttig vinden, zullen een positieve invloed hebben op de adoptiesnelheid en functies zij niet nuttig vinden, zullen een negatieve invloed hebben op de adoptiesnelheid.

Als het gaat om het digitaal maken, wijzigen of inzien van afspraken bleek uit de onderzoeksresultaten dat er vraag naar is om afspraken digitaal te regelen. Veel respondenten maakten liever digitaal dan telefonisch een afspraak, omdat het telefonisch vaak langer duurt en respondenten zich ongemakkelijk voelen als zij meerdere tijdstippen bij de assistente moeten afwijzen.

Wat betreft de mogelijkheid om digitaal vragenlijsten in te vullen kwam uit de onderzoeksresultaten naar voren dat veel respondenten het handig vinden wanneer zij vragenlijsten online kunnen invullen. De voornaamste redenen hiervoor zijn dat digitaal vragenlijsten invullen sneller is dan het invullen van papieren vragenlijsten en dat deze soms worden vergeten.

Patiënten kunnen hun medisch dossier aanvragen via Mijn Meander. Uit de onderzoeksresultaten bleek dat sommige respondenten het fijn vinden om alles te kunnen lezen, maar dat niet alle respondenten daar behoefte aan hebben. De belangrijkste redenen hiervoor zijn dat zij het niet nodig vinden of bang zijn om toegang te hebben tot informatie. Toch vonden ook de respondenten die geen behoefte hadden aan het inzien van hun medisch dossier het fijn dat de mogelijkheid bestaat om het digitaal aan te vragen. Daarnaast gaf een aantal respondenten aan dat zij het fijn zou vinden om het dossier direct online te kunnen inzien.

Gaat het over het behandelpad van Mijn Meander, dan bleek uit de onderzoeksresultaten dat alle respondenten hierover enthousiast waren. Dit heeft wellicht te maken met de grote informatiebehoefte van de respondenten. Respondenten die Mijn Meander gebruikten merkten wel op dat er al een lange tijd slechts één behandelpad beschikbaar was.

Betreffende de mogelijkheid om te chatten met de arts kwam uit de onderzoeksresultaten naar voren dat de meeste respondenten hierover enthousiast zijn. Hoewel een chat niet in alle situaties handig zou zijn, bijvoorbeeld bij spoedgevallen, zou een chatfunctie een afspraak of telefoontje naar het ziekenhuis kunnen schelen.

4.2 | Kenmerken van de patiënt

In deze paragraaf zal ik verschillende kenmerken van patiënten toelichten. Hierbij zal ik de volgende deelvraag beantwoorden: 'Welke invloed hebben kenmerken van de patiënt op de adoptiesnelheid?'

Voor mijn onderzoeksonderwerp is het van belang om in te gaan op kenmerken van de patiënt omdat verschillende eigenschappen invloed zouden kunnen hebben op de adoptie van het patiëntportaal. De verschillende kenmerken die ik zal toelichten zijn de informatiebehoefte, leeftijd, het aantal bezoeken aan Meander, motivaties om digitale diensten wel of niet te gebruiken, het wel of niet willen hebben van eigen regie over zorg, ideeën over veiligheid van zorggegevens en de behoefte aan persoonlijk contact.

Informatiebehoefte

Uit de onderzoeksresultaten bleek dat de respondenten verschilden als het gaat om hun medische informatiebehoefte. De meeste respondenten hadden veel behoefte aan informatie. Respondenten die weinig behoefte hadden aan informatie zeiden genoeg informatie te krijgen van het ziekenhuis (R6, R18, R19) of niet alles te willen weten (R6, R11, R15). R15 zei daarover: "Dat brengt meer onrust met zich mee dan dat het toegevoegde waarde heeft."

Het wel willen hebben van informatie uitte zich onder andere in het zoeken naar medische informatie op internet. Vijftien respondenten (R1, R2, R3, R4, R7, R8, R10, R11, R13, R14, R15, R16, R17, R19, R20) gaven aan regelmatig te zoeken naar informatie over hun gezondheid. Dit komt overeen met Koch (2012), die beschrijft dat er online steeds meer medische informatie is te vinden. De respondenten

ervaarden dit zelf ook. Zoveel informatie tot je beschikking hebben heeft volgens de respondenten ook nadelen, omdat internet vaak een vertekend beeld geeft. R18 zei dat "hoe meer informatie je zoekt, hoe zieker je wordt." Verder gaven sommige respondenten (R2, R14, R16, R19) aan dat zij beoordelingen zoeken van hun arts en dat zij hierdoor beïnvloed raken. Het inzien van medische uitslagen was voor respondenten R11, R18 en R20 zinvol. Zij zijn soms bang dat de arts niet alles heeft verteld en willen het op een ander moment nog eens terug kunnen lezen.

Andere manieren waarop respondenten informatie verkrijgen is door vragen te stellen aan de arts. Acht respondenten (R2, R5, R7, R8, R14, R16, R17, R19) gaven aan dit regelmatig te doen. Sommigen bereidden het consult met de arts voor door een briefje met vragen mee te nemen.

Dat respondenten informatie vergaten te vragen of te onthouden, werd veel genoemd (R1, R4, R5, R6, R8, R10, R19). Zo zeiden R1, R5, R6 en R19 dat er soms veel informatie op hen afkomt en dat je niet alles kunt onthouden. Volgens de respondenten zou de reden daarvoor zijn dat patiënten tijdens een afspraak gespannen zijn. Hun gezondheid is zo belangrijk dat ze alles willen opslaan en daardoor zenuwachtig worden. Veel respondenten (R4, R5, R6, R10, R11, R12, R17) nemen daarom bij belangrijke afspraken iemand mee.

Leeftijd

Volgens het UTAUT-model heeft de leeftijd invloed op de acceptatie van een nieuwe technologie (Venkatesh et al., 2003). Het persoonlijke kenmerk leeftijd is dan ook opgenomen in het conceptueel model. Weingart et al. (2006) en Goel et al. (2011) stellen ook dat de leeftijd invloed heeft op de mate van acceptatie: oudere patiënten registreren zich volgens hen minder snel dan jonge patiënten. De resultaten van dit onderzoek bevestigen dit gedeeltelijk. De twee respondenten uit de oudste leeftijdscategorie waren erg verschillend. Zo had R6 nooit gebruik gemaakt van een computer en was R18 wel digitaal actief. Verder viel het op dat de andere respondenten boven die 70 jaar (R2, R4, R5) alle drie zeiden online actief te zijn, maar bijvoorbeeld niet wisten wat een smartphone was (R5) en aangaven niet veel te begrijpen van de computer (R4). Er lijkt dus een verschil te zijn tussen digitaal actief zijn en digitaal vaardig zijn, voornamelijk bij oudere mensen.

Bovendien noemden respondenten uit de drie jongste leeftijdscategorieën (R3, R9, R10, R11, R12, R15) dat het waarschijnlijk moeilijk was voor oudere patiënten om een digitaal patiëntportaal te gebruiken. Enkele oudere patiënten (R2, R5, R6, R18) zeiden dat jongeren alles makkelijk online kunnen doen en dat zij dat allemaal (hebben) moeten leren. R5 gaf aan de computer liever niet te gebruiken omdat zij bang was belangrijke informatie kwijt te raken.

Een belangrijk inzicht is dat er een groot verschil bestaat tussen jongere en oudere respondenten. Hoewel er verschillen bestaan tussen oudere respondenten wat digitale vaardigheden betreft, zal het voor oudere patiënten lastiger zijn om digitale toepassingen te gebruiken.

Frequentie bezoek

In het respondentenoverzicht in bijlage VI is te zien dat de respondenten voor verschillende aandoeningen bij Meander komen. Sommigen zijn langdurig ziek, zoals respondenten met kanker of MS. Andere respondenten zijn voor botbreuken een aantal keer in het ziekenhuis geweest. Het bleek dat het aantal bezoeken aan Meander veel invloed had op de adoptie van het patiëntportaal. Van de tien geïnterviewde respondenten die Mijn Meander gebruiken, komen er zeven maandelijks of zelfs wekelijks in het ziekenhuis (R11, R12, R13, R15, R16, R17, R19). De respondenten die Mijn Meander

niet gebruiken, kwamen aanzienlijk minder of voor een kortere tijd bij Meander. Sommige respondenten gaven zelf aan dat zij door hun beperkte aantal afspraken, ook al was dit in het afgelopen jaar minstens drie keer, niet de noodzaak hadden om Mijn Meander te gebruiken (R7, R9, R10). Zo zei R10: "Ja, het is allemaal best wel handig, maar goed. […] Het gaat nu wel weer redelijk goed met mijn elleboog en ik hoef niet meer naar het ziekenhuis. Ja, weet je, die paar afspraken kan ik zelf ook wel onthouden."

Mijn Meander lijkt dus vooral interessant te zijn voor patiënten die vaker bij Meander komen.

Motivaties om digitale diensten wel of niet te gebruiken

Wanneer het gaat om het wel of niet gebruiken van digitale diensten, gaven enkele respondenten (R4, R5, R6, R9, R12, R17, R18, R19) aan dat de overgang naar digitale zorg een logische stap is: "dat is gewoon de toekomst zal ik maar zeggen" (R9). De respondenten vonden het handig om dingen online te kunnen regelen. Volgens R5 is dingen digitaal doen simpeler en tijdbesparend. Aldenhoven (2010) beschrijft in zijn onderzoek dat eHealth de toegankelijkheid van de zorg verbetert. Dit komt overeen met wat de respondenten tijdens de interviews zeiden.

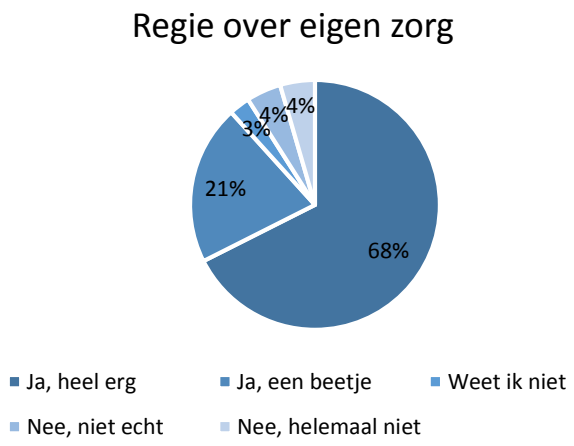
Sommige respondenten zagen nadelen van digitale zorg. Meerdere respondenten (R5, R9, R18) gaven aan problemen te hebben met wachtwoorden en hierdoor digitale diensten niet te willen gebruiken. Zoals ik hierboven heb beschreven noemden ook veel respondenten dat het lastig zou zijn voor ouderen om alles te begrijpen. Daarnaast uitten enkele respondenten (R9, R11, R14, R15, R18, R19, R20) hun zorgen over de risico's van digitale zorg. Zo zouden er meer fouten kunnen worden gemaakt door standaardisering, blijft het de vraag of zorg verantwoord blijft en bestaat het risico dat gegevens worden gehackt.

Uit de onderzoeksresultaten bleek dat een groot aantal respondenten digitale zorg ziet als de toekomst. Zij zijn het gewend dat er steeds meer digitaal geregeld kan worden en vinden het logisch dat dit bij zorg ook zo is. Maar, verschillende respondenten zien ook risico's die deze ontwikkeling met zich meebrengt. Voornamelijk de mogelijkheid dat er fouten kunnen worden gemaakt door digitalisering, zien respondenten als een groot risico.

Eigen regie over de zorg

Uit het literatuuronderzoek bleek dat patiënten meer worden 'empowered'. Dit houdt in dat de patiënt zelf meer verantwoordelijkheid neemt en zich niet meer afwachtend opstelt ten opzichte van de arts (Aujoulat et al., 2007). Opvallend is dat de meeste respondenten het belangrijk vinden dat zij regie hebben over hun eigen zorgproces. Alle respondenten, behalve R6 en R10, willen afhankelijk van de situatie regie kunnen uitoefenen over hun eigen zorg. Dit komt overeen met wat er in recente wetenschappelijke literatuur staat beschreven.

Ook uit de vragenlijst kwamen deze hoge resultaten. 68% van de respondenten gaf aan het heel belangrijk te vinden om zelf regie te hebben, 21% vond het een beetje belangrijk en 3% wist geen antwoord te geven. 5% vond het niet echt belangrijk en nog eens 5% vond het helemaal niet belangrijk om zelf regie te hebben over de zorg (N=111). Dit is eveneens te zien in figuur 4.5. Redenen waarom respondenten het belangrijk vinden om regie te hebben waren vooral dat zij zelf controle willen houden (N=10) en geïnformeerd willen blijven (N=7). De respondenten die het niet belangrijk vinden om zelf regie te hebben gaven aan dat zij zelf niet kunnen beslissen en het aan de arts moeten overlaten (N=8). Deze respondenten stellen zich afwachtend op ten opzichte van de arts (Aujoulat et al., 2007).



Figuur 4.5 | Aantal respondenten dat het belangrijk vindt om regie te hebben over de eigen zorg. (N=111)

Tijdens de interviews werden veel motivaties genoemd voor het willen hebben van regie. Vier respondenten (R4, R11, R13, R20) gaven aan dat zij de baas willen blijven over hun eigen lichaam. Zo zei R20: "Nou, het is mijn eigen lijf en eh, ik ben de baas. Ik sta natuurlijk open voor de adviezen enzo van de artsen, maar ja, je kent je eigen lijf het beste."

Verder bleek dat de respondenten het belangrijk vinden om zelf te kunnen meebeslissen, bijvoorbeeld bij het kiezen van hun arts, over hun behandeling of over medicijnen. Daarbij werd opnieuw vaak genoemd dat dit afhankelijk was van de situatie. De respondenten geven uiting aan het willen hebben van regie door vragen te stellen, mee te denken en zelf oplettend te zijn. R18 zei hierover: "Dat zijn lastige discussies, maar ik vind dat je dan niet mag afwachten wat artsen zeggen, maar zelf ook moet durven nadenken van wil ik nou wel?"

De respondenten die aangaven geen eigen regie te willen hebben, zeiden vooral vertrouwen te hebben in de arts. Meerdere respondenten (R6, R9, R10, R15, R19) noemden dat de arts meer weet dan de patiënt en dat patiënten naar artsen zouden moeten luisteren. Zo zei R19:

"Nou, ja, wat is regie… Je zit in een situatie waarin je weinig te regisseren hebt. […] Ik denk niet dat ik op dat moment in de situatie ben om mee te denken. Ja, ik denk wel na over mijn eigen situatie, maar ik neem aan dat hun dat met de beste oplossing komen en met de beste behandeling."

Als het gaat om het hebben van eigen regie, blijkt uit de onderzoeksresultaten dat de meeste respondenten het belangrijk vinden om regie te hebben over hun eigen zorg. Wel hangt het willen hebben van regie af van de situatie: volgens de respondenten is het in sommige situaties niet mogelijk om regie uit te oefenen over het zorgproces.

Veiligheid zorggegevens

Omdat zorg vaker online wordt geregeld, heb ik gevraagd naar het gevoel dat de respondenten hadden over de veiligheid van hun zorggegevens. Volgens Gaul en Ziefle (2009) heeft het gevoel van veiligheid invloed op het wel of niet accepteren van een nieuwe technologie. Dertien respondenten spraken hun twijfels uit over de veiligheid van hun zorggegevens (R1, R3, R5, R7, R9, R11, R12, R13, R15, R16, R19, R20). De meeste respondenten hiervan denken dat het ziekenhuis de gegevens goed beschermt, maar dat hackers overal bij zouden kunnen. R16 zei hierover: "Als er iemand iets wilt van je, gaat hij er toch achter komen, ongeacht wat […]. Dan moet je hopen dat het ziekenhuis het inderdaad ook goed beveiligd heeft."

Overigens hadden de respondenten wel vertrouwen in de veiligheid van hun zorggegevens bij Meander zelf, slechts één respondent (R9) had hier twijfels over. Voornamelijk de koppeling van DigiD aan Mijn Meander vonden de respondenten veilig (R7, R11, R12, R15). Daarnaast gaven de meeste respondenten aan dat zij het uitlekken van hun zorggegevens niet erg zouden vinden. Zij zeiden niets te verbergen en ze vroegen zich af wat er zou moeten gebeuren met hun zorggegevens. Zo zei R18:

"Ik word langzamerhand een beetje ziek van al dat privacy. Want, wat is er nou geheim aan mij, en wie is er nou geïnteresseerd in dat ik een keer verbrand ben geweest of brandwonden heb gehad vroeger? Het zou me een zorg zijn. Ik vind het wel belangrijk, als ik in Breda ben en er gebeurt iets, dat ze daar kunnen kijken wat er met mij allemaal gebeurd is."

Twee respondenten (R11, R20) zeiden het belangrijk te vinden dat hun zorggegevens privé blijven. Drie respondenten (R3, R9 en R15) vonden het belangrijk dat hun zorgverzekeraar geen toegang krijgt tot hun medische gegevens, omdat de zorgverzekeraar volgens hen dan meer invloed kan uitoefenen op de zorg. Daarnaast noemden R6 en R9 dat het gevaarlijk kan zijn wanneer zorggegevens uitlekken, omdat daardoor alle systemen overhoop zouden kunnen liggen.

Hoewel sommige onderzoekers benadrukken dat er privacy issues zijn rondom eHealth en patiëntportalen (Richards et al., 2005; Gaul & Ziefle, 2009; Goel et al., 2011), lijkt dat in dit geval geen invloed te hebben op het wel of niet gebruiken van het patiëntportaal.

Behoefte aan persoonlijk contact

Als het gaat om de voor- en nadelen van het gebruiken van een patiëntportaal, noemden elf respondenten (R5, R7, R9, R11, R12, R14, R15, R17, R18, R19, R20) dat zij persoonlijk contact belangrijk en fijner vinden dan digitaal contact. De behoefte aan persoonlijk contact is een reden om het patiëntportaal niet te gebruiken.

De meeste respondenten gaven aan dat persoonlijk contact met de arts vaak duidelijker is dan bijvoorbeeld een chat. Zo zei R20 bijvoorbeeld: "Face to face… Ja, denk ik dat dat duidelijker is. Dat je dan meer je eigen inbreng erin kan leggen." Dit komt overeen met veel wetenschappelijke literatuur, waarin de onderzoekers stellen dat patiënten bang zijn om door eHealth het persoonlijke contact met de arts te verliezen (Chapman et al., 2010; Mair & Whitten, 2000; Weingart et al., 2006; Zickmund et al., 2007). R19 gaf dit precies zo aan: hij was bang dat hij door digitalisering binnen de zorg niet meer met de arts zelf zou kunnen spreken, maar bijvoorbeeld met een assistente. Contact met de assistente in plaats van de arts is iets wat hij niet zou willen, wat ook geldt voor R11. Hoewel de andere respondenten niet aangaven bang te zijn om het contact te verliezen, waren zij soms wel bang niet goed begrepen te worden. Zo zei R12 bang te zijn dat hij niet gesnapt wordt als hij telefonisch iets uit moet leggen.

Opvallend is dat de meeste respondenten de voorkeur geven aan persoonlijk contact in plaats van digitaal contact. Dit kan ervoor zorgen dat patiënten het patiëntportaal minder snel gebruiken.

<u>Antwoord deelvraag 2.3</u>

Deelvraag 2.3 kan nu worden beantwoord: 'Welke invloed hebben kenmerken van de patiënt op de adoptiesnelheid?'

Uit de onderzoeksresultaten bleek dat verschillende patiënteigenschappen, zoals beschreven in het conceptueel model in figuur 3.4, een grote invloed hadden op de adoptie van Mijn Meander. Allereerst kwam naar voren dat veel respondenten een grote informatiebehoefte hadden. De verschuiving van *compliance* naar *empowerment* van de patiënt (Aujoulat et al., 2007), waarbij de patiënt zich minder afwachtend maar juist actiever opstelt ten opzichte van de arts, is herkenbaar. De respondenten gaven aan veel informatie te zoeken via het internet. Heldoorn et al. (2011) zijn van mening dat een patiëntportaal als doel heeft om de patiënt te helpen bij het vinden van informatie. Dit bleek ook uit de interviews: het waargenomen nut (Davis, 1993) steeg naarmate de respondenten dachten meer informatie te kunnen vinden in het patiëntportaal.

De leeftijd van de respondenten, ook beschreven in het conceptueel model in figuur 3.4, lijkt invloed te hebben op de adoptiesnelheid van het patiëntportaal. Hoewel één respondent uit de oudste leeftijdscategorie digitaal actief was, waren de andere ouderen aanzienlijk onhandiger met de computer. De jongere respondenten gaven aan er zeker van te zijn dat zij Mijn Meander konden gebruiken. Echter, vijf respondenten van midden in de twintig, gebruikten Mijn Meander niet. Daarom kan ik niet stellen dat Mijn Meander aantrekkelijker is voor jongeren, maar dat oudere patiënten, zeker boven de zeventig jaar, wel meer moeite ervaren met het gebruiken ervan.

Ook het aantal bezoeken dat de respondenten brachten aan Meander lijkt invloed te hebben op de adoptiesnelheid, zoals beschreven in figuur 3.4. Respondenten die zeer frequent bij Meander kwamen, gebruikten Mijn Meander vaker dan respondenten die af en toe kwamen. Weingart et al. (2006) en Goel et al. (2011) schrijven dat ernstig zieke patiënten zich minder snel registreren bij een patiëntportaal dan minder zieke patiënten. Het is moeilijk om te bepalen wanneer een patiënt ernstig ziek is, maar respondenten die het patiëntportaal gebruikten leken soms ergere klachten te hebben dan respondenten die het portaal niet gebruikten. Dit onderzoek laat dus iets anders zien dan de stellingen van Weingart et al. (2006) en Goel et al. (2011).

Verder hadden de respondenten verschillende motivaties voor het wel of niet digitaal willen regelen van zorg. De meeste respondenten vonden het tijdbesparende karakter van digitale zorg handig. Sommige respondenten voorzagen ook moeilijkheden, zoals problemen met wachtwoorden, fouten die kunnen worden gemaakt door standaardisering en het hacken van zorggegevens.

Zowel uit de vragenlijst als uit de interviews bleek dat de meeste respondenten het belangrijk vinden om regie te hebben over hun eigen zorgproces. Respondenten die zelf regie willen hebben willen de controle houden en geïnformeerd blijven. Sommigen dachten dat Mijn Meander hen hierbij kon helpen, door meer inzicht in hun gegevens en afspraken.

Hoewel Gaul en Ziefle (2009) schrijven dat mensen een nieuwe technologie minder snel zullen gebruiken als zij twijfels hebben over de veiligheid ervan, lijkt dat niet zo te zijn. Zeven respondenten die Mijn Meander gebruikten gaven aan twijfels te hebben over de veiligheid van hun zorggegevens, maar zij gebruikten Mijn Meander wel. Volgens de meeste respondenten waren hackers tot alles in staat en moet je je daar niet door laten leiden. Bovendien vonden de meesten het niet erg als hun zorggegevens zouden uitlekken.

Een motivatie waarom verschillende respondenten twijfels hadden over het gebruiken van het patiëntportaal was de behoefte die zij hadden aan persoonlijk contact. Elf van de twintig respondenten zeiden dat zij persoonlijk contact met de arts belangrijk en fijner vonden dan digitaal contact. Ook in de vragenlijst werd dit vaak genoemd. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat

patiënten bang zijn om het contact met de arts te verliezen (Chapman et al., 2010; Mair & Whitten, 2000; Weingart et al., 2006; Zickmund et al., 2007), iets wat dit onderzoek bevestigt. Daarnaast waren sommige respondenten bang om verkeerd begrepen te worden. De behoefte aan persoonlijk contact kan van grote invloed zijn op het wel of niet gebruiken van een patiëntportaal.

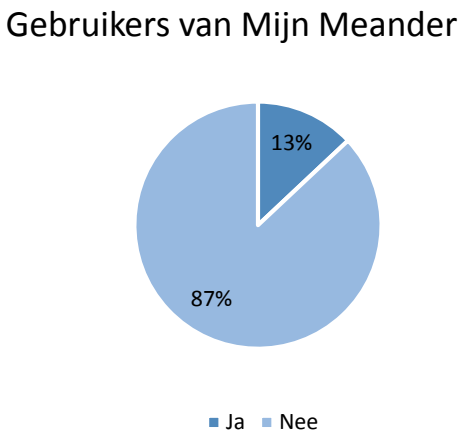
4.3 | Communicatiekanalen

In deze paragraaf zal ik ingaan op communicatiekanalen die zijn ingezet om Mijn Meander te promoten. Het is van belang om dit te onderzoeken omdat communicatiekanalen de adoptiesnelheid kunnen versnellen als zij op de juiste manier worden ingezet (Rogers, 1995). De component 'communicatiekanalen' is ook gebruikt in het conceptueel model.

Door te bespreken of de respondenten op de hoogte zijn van het bestaan van Mijn Meander, welke communicatiekanalen zijn ingezet en hoe het personeel van Meander reageert op Mijn Meander, zal ik de volgende deelvraag beantwoorden: 'Op welke manier zouden communicatie-uitingen kunnen bijdragen aan een toename in het gebruik van een digitaal patiëntportaal?'

Wel/niet op de hoogte van Mijn Meander

87% van de respondenten van het survey gaf aan geen gebruik te maken van Mijn Meander. 13% van de respondenten gaf aan dat zij wel gebruik maken van het patiëntportaal (N=111), zoals te zien in figuur 4.6. Een groot deel van de respondenten gaf aan niet op de hoogte te zijn van het bestaan van het patiëntportaal (N=39). Ook uit de interviews met respondenten die Mijn Meander niet gebruikten bleek dat zes respondenten nooit van het portaal hadden gehoord (R4, R5, R6, R7, R9, R10).



Figuur 4.6 | Aantal respondenten dat Mijn Meander gebruikt (N=111).

Aldenhoven (2010) stelt dat patiënten vaak onvoldoende op hoogte zijn van de mogelijkheden van patiëntportalen, wat dit onderzoek bevestigt. Na anderhalf jaar weten de meeste respondenten niet wat Mijn Meander is.

Flyers/brieven

Sommige respondenten kenden de flyers over het patiëntportaal die Meander in het ziekenhuis heeft verspreid (R7, R11). Zij zeiden daarbij dat het hen niet was opgevallen totdat ze waren uitgenodigd om deel te nemen aan dit onderzoek. De gebruikers van Mijn Meander die zijn geïnterviewd gaven aan het portaal zelf te hebben ontdekt. Ze bespraken niet met hun arts dat ze gebruik maakten van het portaal en zijn er ook niet door hun arts op geattendeerd.

De flyer over de Mijn Meander app, in de vorm van een telefoon, heb ik tijdens de vragenlijst aan de respondenten laten zien. Sommige respondenten kenden de flyer. Andere respondenten, voornamelijk oudere respondenten, snapten niet wat de bedoeling ervan was. Pas wanneer ik het hen uitlegde werd het hen volledig duidelijk. Het lijkt erop dat een flyer over Mijn Meander niet voldoende informatie biedt aan patiënten. Dit komt overeen met wat Rogers (1995) zegt. Volgens Rogers (1995) kunnen bij eenvoudige innovaties massamedia worden ingezet, maar werkt interpersoonlijke communicatie bij complexe innovaties beter. Zoals ik hierboven heb toegelicht, is een patiëntportaal voor ouderen meestal een complexe innovatie. Om het portaal te promoten, zou interpersoonlijke communicatie volgens Rogers (1995) daarom geschikter zijn dan massamedia.

Verder zijn sommige respondenten geattendeerd op Mijn Meander door brieven van het ziekenhuis (R14, R16). Op deze brieven stond echter foutieve informatie. De respondenten werden naar Mijn Meander verwezen om hun afspraak te wijzigen, maar eenmaal ingelogd lukte dit niet en moesten ze alsnog bellen. Hieruit blijkt dat het de respondenten dus wel is opgevallen, maar dat het goed moet werken voordat patiënten gemotiveerd raken om Mijn Meander te gebruiken.

Het valt op dat de gebruikte communicatiekanalen niet (goed) worden ontvangen. De respondenten die de flyers en posters van Meander hadden gezien, zeiden pas dat dit hen was opgevallen nadat ze waren uitgenodigd voor het onderzoek. Omdat er volgens Rogers (1995) bij complexe innovaties beter interpersoonlijke communicatie kan worden ingezet, zou het slim zijn om interpersoonlijke communicatie in te zetten wanneer het gaat om Mijn Meander.

Onwennigheid Meander

Meerdere respondenten benoemden dat zij dachten dat het personeel van Meander nog moet wennen aan het gebruiken van het portaal. Zo zeiden R12 en R20 dat assistentes verbaasd reageerden wanneer ze aangaven geen afsprakenbriefje nodig te hebben vanwege Mijn Meander. Daarnaast vertelde R14 naar het ziekenhuis te hebben gebeld omdat zij een probleem had met de app. Ze had het idee dat degene die haar probeerde te helpen het zelf ook niet begreep. Dat het personeel van Meander nog niet gewend is aan het patiëntportaal kan ermee te maken hebben dat zij zelf moeite hebben met de acceptatie ervan, zoals Berwick (2003) beschrijft.

Verder gaven zeven respondenten aan te denken dat Mijn Meander in een test of beginfase zit (R7, R13, R16, R17, R18, R19, R20). Volgens R18 staat het “nog een beetje in de kinderschoenen.” Opvallend is dat voornamelijk respondenten die Mijn Meander al wel gebruikten dit gevoel hebben.

Niet alleen door de beperkte mogelijkheden van het portaal, maar ook door de onwennigheid die het personeel van Meander uitstraalt wanneer het gaat om Mijn Meander, gaven de respondenten aan te denken dat Mijn Meander in een testfase zit. Dit zou invloed kunnen hebben op de adoptiesnelheid. Wanneer het lijkt alsof het ziekenhuis er zelf nog niet aan is gewend, voelt het voor patiënten misschien zo dat zij er nog niet aan hoeven te wennen.

<u>Beantwoording deelvraag 2.4</u>

Met behulp van bovenstaande resultaten geef ik nu antwoord op deelvraag 2.4: ‘Op welke manier zouden communicatie-uitingen kunnen bijdragen aan een toename in het gebruik van een digitaal patiëntportaal?’

Zowel uit het kwantitatieve als uit het kwalitatieve onderzoek blijkt dat weinig respondenten Mijn Meander kennen. Er was geen enkele respondent die zei dat zijn arts Mijn Meander had aangeraden.

Volgens Rogers (1995) werkt het bij complexe innovaties beter om interpersoonlijke communicatie in te zetten dan massamedia, zoals flyers. Uit dit onderzoek blijkt dat Mijn Meander voor veel respondenten een redelijk complexe innovatie is, ook al ziet het er gebruiksvriendelijk uit. Daarom zou de adoptiesnelheid kunnen toenemen wanneer Meander interpersoonlijke communicatie inzet. Tijdens het onderzoek bleek dat wanneer de respondenten meer uitleg kregen over Mijn Meander, zij enthousiaster werden om het te gaan gebruiken. Om patiënten meer persoonlijke uitleg te kunnen geven is het noodzakelijk dat het personeel van Meander, zowel de artsen als de assistentes, bekend is met het portaal. Juist zij kunnen een belangrijke functie vervullen in de promotie ervan, door het gebruiken aan te moedigen en er uitleg over te geven. Op sommige respondenten kwam het vreemd over wanneer het personeel van Meander minder afwist van het portaal dan zijzelf. Hetzelfde geldt voor de brieven die vanuit Meander worden verstuurd. Wanneer hierin foutieve informatie staat over Mijn Meander, geeft dat een slecht beeld van zowel het ziekenhuis als van het patiëntportaal, wat het gebruik ervan zeker niet zal bevorderen.

HOOFDSTUK 5 | DIAGNOSE

Het onderzoek was heftig geweest, maar nu was het eindelijk zover. Het was gebeurd en ik mocht bij de dokter langskomen voor de diagnose. Ik wilde alles weten. Mijn vragen had ik opgeschreven en zaten in een briefje in mijn broekzak. Nerveus liep ik het ziekenhuis binnen. Ik liep voorbij het restaurant, pakte de lift naar de tweede verdieping en liep naar rechts. De route was me inmiddels zo bekend dat het me angstig maakte. Hopelijk was het gauw voorbij.

Dit keer hoefde ik niet lang te wachten. De dokter riep me al. Hij keek verbaasd: 'Bent u alleen? Ik dacht dat ik had gezegd dat u beter met zijn tweeën kon komen.' Ik was het vergeten. Ik haalde verontschuldigend mijn schouders op. De diagnose zou toch vast niet zó erg zijn? Samen liepen we het kamertje van de dokter binnen. De dokter wees me een stoel aan en ging zelf zitten. 'Nou,' begon hij. 'U heeft het vast al een beetje gemerkt tijdens het onderzoek, maar we hebben veel kunnen vinden.' Ik onderbrak de dokter. 'Vindt u het misschien goed als ik dit gesprek opneem met mijn telefoon?' De dokter knikte. 'Geen probleem, gaat uw gang.' Ik pakte mijn telefoon, zette de dictafoon aan en legde mijn telefoon op tafel.

Het doel van mijn onderzoek is om inzicht te geven in waarom patiënten wel of geen gebruik maken van een patiëntportaal en wanneer zij een patiëntportaal sneller zouden gebruiken. De hoofd- en deelvragen die ik daarbij heb onderzocht zijn:

<u>Hoofdvraag 1</u>
Welke attitude hebben patiënten van Meander Medisch Centrum ten opzichte van het gebruiken van patiëntportaal Mijn Meander?

1.1. Hoe worden eHealth en patiëntportalen vanuit de literatuur geduid?
1.2. Op welke wijze beïnvloeden het waargenomen nut en het waargenomen gebruiksgemak de attitude ten opzichte van het gebruik van Mijn Meander?

Hoofdvraag 2

Hoe zouden variabelen die de adoptiesnelheid van patiëntportalen bepalen, kunnen bijdragen aan een toename in het gebruik van patiëntportaal Mijn Meander door patiënten van Meander Medisch Centrum?

2.1. Welke factoren kunnen volgens de literatuur van invloed zijn op het adoptieproces van patiëntportalen?
2.2. Welke kenmerken van Mijn Meander hebben een positieve of negatieve invloed op de adoptiesnelheid?
2.3. Welke invloed hebben kenmerken van de patiënt op de adoptiesnelheid?
2.4. Op welke manier zouden communicatie-uitingen kunnen bijdragen aan een toename in het gebruik van een digitaal patiëntportaal?

Door middel van een literatuuronderzoek heb ik de eerste deelvraag beantwoord. Vervolgens heb ik via een korte vragenlijst onder 111 respondenten en twintig diepte-interviews de data verzameld. In dit hoofdstuk geef ik een korte beschrijving van antwoorden op de eerste twee deelvragen, waarna ik de eerste hoofdvraag zal beantwoorden. Vervolgens beantwoord ik de volgende theoretische deelvraag, drie empirische deelvragen en aansluitend de tweede hoofdvraag.

Allereerst heb ik onderzoek gedaan naar wat eHealth en patiëntportalen precies zijn. Het antwoord hierop zal ik nu toelichten.

Deelvraag 1.1: 'Hoe worden eHealth en patiëntportalen vanuit de literatuur geduid?'

Op basis van een literatuuronderzoek heb ik eHealth als volgt gedefinieerd: "eHealth is een ontwikkeling binnen de gezondheidszorg, waarbij zorgverleners continu kijken hoe zij ICT kunnen inzetten bij het verlenen van zorg, om hiermee gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen en te verbeteren."

In mijn literatuuronderzoek kwamen drie relevante maatschappelijke ontwikkelingen naar voren, die samen het gebruik van eHealth versterken. Allereerst is er een stijgende zorgvraag en een vermindering van arbeidskrachten in de zorg, waardoor de zorg op een andere manier moet worden georganiseerd (Gaul & Ziefle, 2009). Daarnaast zijn er veel technologische ontwikkelingen en krijgt de patiënt steeds meer regie over zijn eigen zorgproces. Het gebruik van eHealth lijkt daarom een logisch gevolg te zijn. Echter, er zijn ook critici. Volgens Visser (2017) is het gebruik van eHealth niet voor alle patiëntgroepen bestemd en volgens Richards et al. (2005) hebben zowel patiënten als artsen vragen bij de privacy van hun zorggegevens.

Patiëntportalen heb ik op basis van het literatuuronderzoek als volgt gedefinieerd: "Patiëntportalen zijn online toepassingen, aangeboden en onderhouden door zorginstellingen, die persoonlijk zijn afgestemd op de patiënt, waardoor de patiënt meer regie krijgt over zijn medische behandeling door inzicht in eigen medische data en speciale functies met als doel om de zorg te verbeteren."

Uit literatuuronderzoek komt naar voren dat acceptatiebarrières een belangrijke rol spelen bij het wel of niet gebruiken van een patiëntportaal (Gaul & Ziefle, 2009). Het TAM (Davis, 1993) brengt deze acceptatiebarrières in kaart. In dit model hebben het waargenomen gebruiksgemak en het waargenomen nut van de technologie direct invloed op de attitude die mensen hebben ten opzichte

van een innovatie (Davis, 1993). Om deze reden heb ik het waargenomen nut en het waargenomen gebruiksgemak onderzocht.

Deelvraag 1.2: 'Op welke wijze beïnvloeden het waargenomen nut en het waargenomen gebruiksgemak de attitude ten opzichte van het gebruik van het online patiëntportaal?'

Uit de onderzoeksresultaten bleek dat de meeste respondenten Mijn Meander nuttig vinden. Zij vonden dit voornamelijk omdat het gebruik van Mijn Meander tijdbesparend kan zijn. Ook gaven sommige respondenten aan alles wat digitaal geregeld kan worden, digitaal te willen regelen. De respondenten die dit aangaven waren over het algemeen jonger dan de respondenten die minder digitaal wilden regelen.

Daarnaast bleek dat de respondenten Mijn Meander waarnemen als gemakkelijk te gebruiken, mits de respondent internet gebruikt. Dit sluit aan op het kenmerk 'compatibiliteit' zoals beschreven door Rogers (1995) en opgenomen in het conceptueel model, voor de respondenten die internet gebruiken sluit Mijn Meander aan bij hun eerdere ervaringen. De respondenten die gebruik maakten van internet zeiden er zeker van te zijn dat zij het portaal zouden kunnen gebruiken. De uitstraling van Mijn Meander is dus goed, zo bleek ook uit de vragenlijst. Dit resultaat is echter opvallend. Hoewel het waargenomen gebruiksgemak volgens Davis (1993) een direct effect heeft op de attitude, is dat nu niet zo. Eén respondent gaf zelfs expliciet aan geen interesse te hebben in het gebruiken van Mijn Meander, ondanks de mooie uitstraling van de app. Het effect dat Davis (1993) beschrijft, lijkt dus niet van toepassing op Mijn Meander: het waargenomen gebruiksgemak beïnvloedt de attitude ten opzichte van het gebruik van Mijn Meander minimaal.

Het waargenomen nut had echter wel invloed op de attitude van de respondenten. Sommige respondenten die Mijn Meander niet gebruikten waren aan het begin van het interview negatief over Mijn Meander, maar naarmate zij meer wisten over het portaal, werden zij enthousiaster over het gebruik ervan. Daarnaast gaven de respondenten die Mijn Meander gebruikten aan dat het waargenomen nut de reden was waarom zij zich hadden geregistreerd. Het waargenomen nut lijkt daarom een grote invloed te hebben op de attitude die de respondenten hebben ten opzichte van het gebruiken van Mijn Meander, net als Davis (1993) laat zien in het TAM.

Met behulp van de antwoorden op de eerste twee deelvragen, kan ik nu de eerste hoofdvraag beantwoorden:

Hoofdvraag 1: 'Welke attitude hebben patiënten van Meander Medisch Centrum ten opzichte van het gebruiken van Mijn Meander?'

Uit de vragenlijst en uit de interviews blijkt dat de attitudes die respondenten hebben ten opzichte van Mijn Meander over het algemeen positief zijn. Sommige respondenten waren aan het begin van de interviews kritisch: ze hadden Mijn Meander niet nodig of ze vonden het prettiger om direct met de arts te praten. Echter, naarmate de niet-gebruikers meer op de hoogte raakten van de mogelijkheden van het portaal, veranderde hun attitudes positief. De respondenten die Mijn Meander gebruikten vonden Mijn Meander overzichtelijk, begrijpelijk en handig om te gebruiken. In tegenstelling tot de niet-gebruikers van het patiëntportaal waren de gebruikers van Mijn Meander zelf enthousiast

geworden: zij waren niet op de hoogte gebracht door hun arts en hadden het portaal op eigen initiatief ontdekt.

Het in het TAM (Davis, 1993) beschreven waargenomen nut en waargenomen gebruiksgemak werden beiden positief beoordeeld. De respondenten denken Mijn Meander makkelijk te kunnen gebruiken en ook denken ze dat het gebruik nuttig is, voornamelijk door de tijd die het hen kan besparen. Het is opvallend dat de attitude van niet-gebruikers van Mijn Meander vaak positief is. Volgens Davis (1993) bepaalt de attitude of een technologie daadwerkelijk zal worden gebruikt of niet. Dit is bij Mijn Meander niet het geval: het TAM (1993) schiet hier tekort en lijkt niet te kunnen verklaren waarom Mijn Meander wel of niet wordt gebruikt. Hoewel de attitude van de respondenten ten aanzien van het gebruiken van Mijn Meander over het algemeen positief is, zet dit respondenten niet aan om het ook daadwerkelijk te gebruiken. Er spelen dus andere factoren mee, zoals beschreven in het conceptuele model in figuur 3.4. Deze factoren zal ik in het antwoord op de volgende deelvraag toelichten.

Deelvraag 2.1: 'Welke factoren kunnen volgens de literatuur van invloed zijn op het adoptieproces van patiëntportalen?'

In het literatuuronderzoek zijn enkele factoren geïdentificeerd die van invloed kunnen zijn op het adoptieproces van patiëntportalen. Allereerst hebben innovaties in de zorg vaak een langzaam adoptietempo (Berwick, 2003). Daarnaast zijn patiënten niet altijd op de hoogte van de mogelijkheden van eHealth (Aldenhoven, 2010) en kunnen er technische barrières spelen (Goel et al., 2011). Zoals hierboven staat beschreven, hebben acceptatiebarrières volgens Gaul en Ziefle (2009) meer invloed dan technische barrières en kan het TAM (Davis, 1993) worden gebruikt om acceptatiebarrières in kaart te brengen.

Naast het TAM kunnen het UTAUT-model (Venkatesh et al., 2003) en variabelen die de adoptiesnelheid bepalen volgens Rogers (1995) het adoptieproces verklaren. Het UTAUT-model is gebaseerd op het TAM en in dit model staat de intentie tot gedrag centraal. Verschillende kenmerken, zoals geslacht en leeftijd hebben hier invloed op (Venkatesh et al., 2003). Belangrijke kenmerken uit het model van Rogers (1995) zijn compatibiliteit, de mate waarin een innovatie aansluit bij bestaande ervaringen en belangen, en gebruikte communicatiekanalen.

Verschillende kenmerken uit de gebruikte modellen die ik heb geïdentificeerd als belangrijk zijn samengevoegd in een conceptueel model, te vinden in figuur 3.4. Het model bestaat uit de kenmerken van het portaal, voornamelijk geïnspireerd op het TAM, kenmerken van de patiënt, zoals leeftijd en de frequentie waarmee de patiënt het ziekenhuis bezoekt en de gebruikte communicatiekanalen om het patiëntportaal te promoten.

Om te ontdekken welke kenmerken van Mijn Meander, de eerste component van het conceptuele model, invloed hebben op de adoptiesnelheid, heb ik de respondenten hiernaar gevraagd.

Deelvraag 2.2: 'Welke kenmerken van Mijn Meander hebben een positieve of negatieve invloed op de adoptiesnelheid?'

Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat de kenmerken van Mijn Meander positief worden gewaardeerd. Sommige kenmerken hebben naar verwachting een positieve invloed op de adoptiesnelheid, andere kenmerken hebben naar verwachting geen invloed. Kenmerken die naar verwachting een positieve invloed hebben op de adoptiesnelheid van Mijn Meander zijn het digitaal kunnen maken, wijzigen of

inzien van afspraken, het digitaal kunnen invullen van vragenlijsten, het inzien van extra informatie door middel van het behandelpad en het kunnen chatten met de arts. Deze functies maakten de respondenten enthousiast en leken te zorgen voor een toename van het waargenomen nut (Davis, 1993).

De mogelijkheid om het medisch dossier online aan te vragen heeft naar verwachting geen invloed op de adoptiesnelheid, tenzij patiënten het medisch dossier direct online kunnen inzien. Enkele respondenten hadden hier behoefte aan vanwege een specifieke reden om het dossier aan te vragen. Andere respondenten gaven aan hun medisch dossier niet nodig te hebben.

Meerdere respondenten noemden dat de bestaande functies op dit moment nog niet uitgebreid zijn. Zo is er pas één behandelpad beschikbaar en is het nog niet bij iedere poli mogelijk om online afspraken te maken en te wijzigen. De verwachting is dat wanneer de bestaande functies verder worden ontwikkeld, de adoptiesnelheid zal toenemen. Wanneer dit niet gebeurt, zal de adoptiesnelheid naar verwachting afnemen. De bestaande functies zijn dan voor te weinig patiënten interessant genoeg om te gebruiken.

Naast de benoemde kenmerken van het portaal, kunnen kenmerken van de patiënt de adoptiesnelheid ook beïnvloeden, dat zal ik nu toelichten.

Deelvraag 2.3: 'Welke invloed hebben kenmerken van de patiënt op de adoptiesnelheid?'

Er zijn verschillende persoonlijke kenmerken geïdentificeerd die naar verwachting invloed hebben op het wel of niet gebruiken van Mijn Meander. Kenmerken van de patiënt die een positieve invloed zouden kunnen hebben op de adoptiesnelheid zijn de informatiebehoefte en het willen hebben van eigen regie over de zorg.

Daarnaast lijkt het zo te zijn dat des te vaker de respondent het ziekenhuis bezoekt, des te interessanter het gebruiken van het patiëntportaal voor hem is. Dit geldt voor zowel oudere als jongere respondenten, want uit het onderzoek bleek dat zowel oudere als jongere respondenten een positieve attitude hadden ten opzichte van het gebruiken van het portaal. Wel moet daarbij genoemd worden dat het voor ouderen vaak lastiger is om een patiëntportaal te gebruiken dan voor jongeren.

Het gevoel van veiligheid dat de respondenten hebben over hun zorggegevens, heeft naar verwachting weinig invloed op de adoptiesnelheid van het patiëntportaal, dit in tegenstelling tot wat Gaul en Ziefle (2009) beweren. De meeste respondenten vinden het niet erg als hun zorggegevens zouden uitlekken en zien dit dan ook niet als een reden om een patiëntportaal wel of niet te gebruiken.

Enkele kenmerken die naar verwachting wel zullen bijdragen aan een vertraging in de adoptiesnelheid zijn de behoefte aan persoonlijk contact met de arts en het ervaren van risico's in het digitaal regelen van zorg.

De laatste component van het conceptuele model zijn de gekozen communicatie-uitingen, deze zal ik nu toelichten.

Deelvraag 2.4: 'Op welke manier zouden communicatie-uitingen kunnen bijdragen aan een toename in het gebruik van een digitaal patiëntportaal?'

Uit het onderzoek blijkt dat weinig respondenten op de hoogte waren van het bestaan van Mijn Meander. Het is aannemelijk dat het portaal meer zou worden gebruikt als er meer patiënten van op de hoogte zouden zijn. Echter, op dit moment past Meander een strategie toe waarbij voornamelijk massamedia worden gebruikt, door middel van flyers en posters. Volgens Rogers (1995) is het bij complexe innovaties beter om interpersoonlijke communicatie in te zetten. Uit dit onderzoek bleek dat Mijn Meander voor sommige respondenten complex was: zowel oudere als jongere respondenten moesten aandacht besteden aan het portaal voor zij doorhadden wat alle functies waren. Daarom zou interpersoonlijke communicatie, het in gesprek gaan met de patiënt over Mijn Meander, kunnen bijdragen aan een toename van de adoptiesnelheid.

Met behulp van de bovenstaande deelvragen kan ik nu hoofdvraag 2 beantwoorden:

Hoofdvraag 2: 'Hoe zouden variabelen die de adoptiesnelheid van patiëntportalen bepalen kunnen bijdragen aan een toename in het gebruik van een digitaal patiëntportaal door patiënten van Meander Medisch Centrum?'

In dit onderzoek zijn verschillende kenmerken geïdentificeerd die kunnen bijdragen aan een toename in het gebruik van Mijn Meander. Zo toont dit onderzoek aan dat de respondenten behoefte hebben aan de mogelijkheden om digitaal afspraken te kunnen maken, wijzigen en inzien, vragenlijsten digitaal in te vullen, persoonlijke medische informatie te lezen en te chatten met een arts. Naar verwachting zullen deze functies van een portaal bijdragen aan een toename van de adoptiesnelheid. Wat opvalt aan de functies is dat respondenten hiermee continu lijken te zoeken naar manieren waarop zij controle kunnen houden over hun zorgproces. De beweging van *compliance* naar *empowerment,* waarbij de patiënt zich niet meer afwachtend opstelt ten opzichte van de arts maar een actieve rol aanneemt (Aujoulat et al., 2007; Van der Klauw & Flim, 2011) is hierin herkenbaar. Respondenten willen inzicht in hun zorggegevens en praten met een arts wanneer het hen uitkomt. Opvallend is dat hoewel de respondenten zelf willen meedenken, meerdere respondenten noemden dat zij wel vertrouwen hebben in de arts en dat zij nooit in staat zijn zelf alles te kunnen beslissen, omdat zij te weinig medische kennis hebben. De beweging van *compliance* naar *empowerment* lijkt hiermee te worden genuanceerd: respondenten willen eigen regie, maar alleen als het mogelijk is.

Verder zijn in dit onderzoek kenmerken van de patiënt ontdekt die invloed hebben op de adoptiesnelheid. Samenhangend met de ontwikkeling dat patiënten willen meedenken over hun behandeling, zoeken veel respondenten op internet naar medische informatie. Volgens Heldoorn et al. (2011) heeft een patiëntportaal als doel om de patiënt te helpen bij het vinden van informatie. Uit dit onderzoek bleek dat respondenten hier ook zo over dachten: zij vonden Mijn Meander nuttig wanneer ze het gevoel hadden veel informatie in het portaal te kunnen vinden. De verwachting is dan ook dat des te meer informatie een patiëntportaal omvat, des te nuttiger patiënten het portaal zullen ervaren, waardoor de adoptiesnelheid zal toenemen.

Een opvallend resultaat van dit onderzoek was dat de leeftijd van patiënten invloed lijkt te hebben op het wel of niet gebruiken van een patiëntportaal. Volgens Weingart et al. (2006) en Goel et al. (2011) registreren oudere respondenten zich minder snel bij een patiëntportaal dan jongere respondenten. Uit dit onderzoek blijkt echter dat oudere respondenten niet anders denken over een patiëntportaal dan jongere respondenten, zij zijn even positief. Er is wel een groot verschil in digitale vaardigheden:

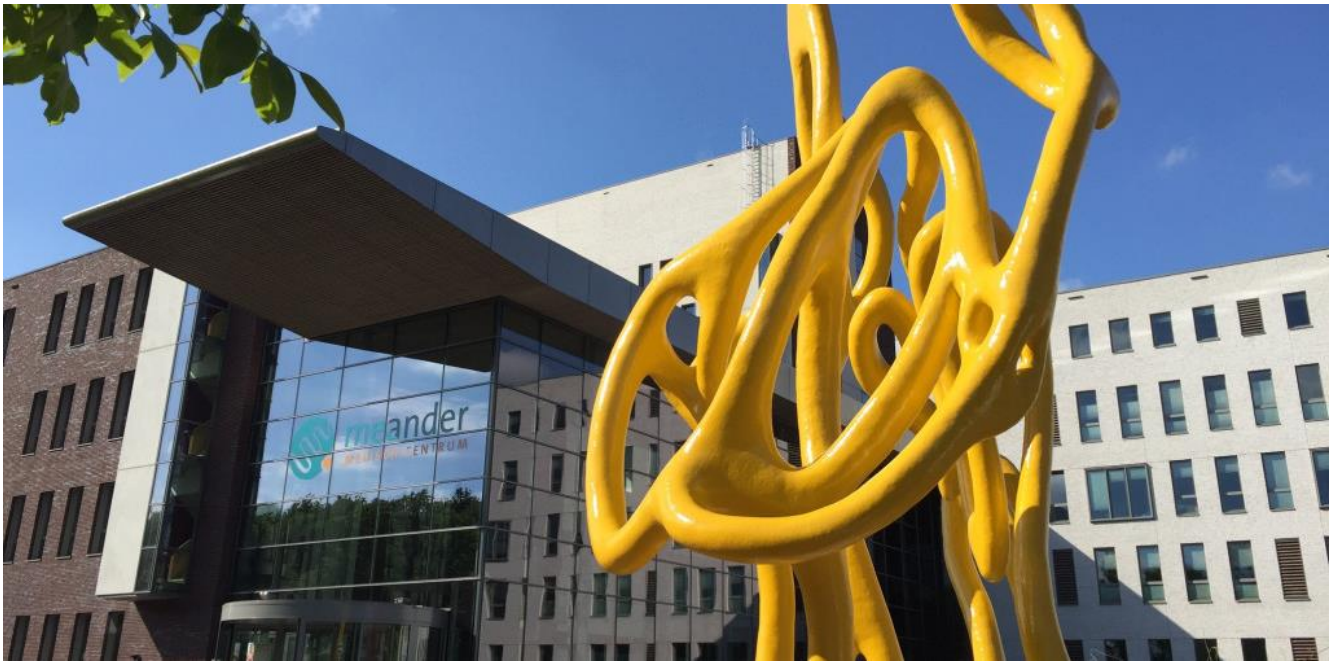
voor oudere respondenten was het lastiger om een patiëntportaal te kunnen gebruiken dan voor jongere respondenten.

Verder stellen Weingart et al. (2006) en Goel et al. (2011) dat ernstig zieke patiënten zich minder snel registreren bij een patiëntportaal. Uit dit onderzoek blijkt echter dat des te vaker een respondent bij Meander komt, des te interessanter het patiëntportaal voor hem of haar is. Hierbij lijkt de ernst van de ziekte geen rol te spelen.

Een ander opvallend resultaat van dit onderzoek was dat het veiligheidsgevoel van de respondenten geen invloed lijkt te hebben op de adoptiesnelheid van het patiëntportaal. Dit is in tegenstelling tot Gaul en Ziefle (2009), die beweren dat mensen een technologie minder snel zullen gebruiken als zij twijfels hebben over de veiligheid ervan.

Een reden waarom respondenten geen gebruik willen maken van een patiëntportaal, is dat zij persoonlijk contact met de arts prettiger vinden dan digitaal contact. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat patiënten bang zijn om het persoonlijk contact met de arts te verliezen (Chapman et al., 2010; Mair & Whitten, 2000; Weingart et al., 2006; Zickmund et al., 2007). Dit onderzoek bevestigde dit. De behoefte die respondenten hebben aan persoonlijk contact kan ervoor zorgen dat de adoptiesnelheid van een patiëntportaal vertraagt.

Tot slot blijken communicatie-uitingen over Mijn Meander op dit moment verkeerd te worden ingezet. Hoewel volgens Rogers (1995) interpersoonlijke communicatie bij complexe innovaties beter werkt dan massacommunicatie, heeft Meander massacommunicatie ingezet rondom Mijn Meander. Weinig respondenten kenden Mijn Meander. Door interpersoonlijke communicatie in te zetten in plaats van massamedia, kunnen patiënten op een andere manier worden benaderd. Ouderen zouden bijvoorbeeld persoonlijk uitleg kunnen krijgen over Mijn Meander. De verwachting is dan ook dat het inzetten van interpersoonlijke communicatie zal bijdragen aan een toename van de adoptiesnelheid van Mijn Meander.



HOOFDSTUK 6 | NAZORG

De diagnose was helder. De dokter had me verschillende redenen gegeven waarom patiënten mijn portaal wel of niet gebruikten. Ook hadden we het gehad over welke functies van mijn portaal en welke communicatiekanalen het adoptieproces zouden kunnen versnellen. Ik vond het fijn dat de dokter me zo goed had geholpen; we hadden samen een goede band opgebouwd.

Met een tevreden blik kijk ik terug op mijn ervaring in het ziekenhuis. Ik was prettig geholpen en het werd me steeds duidelijker wat ik kon doen om mijn patiëntportaal te verbeteren. Nu was het tijd om te werken aan mijn herstel. De dokter had me veel informatie meegegeven om mee aan de slag te gaan. Ik kon verschillende kanten op: zo kon ik het patiëntportaal uitbreiden met nieuwe functies, de huidige functies verbeteren of mijn communicatiekanalen op een andere manier inzetten. Het voelde fijn dat ik zelf de regie had over de keuzes die ik zou maken. De dokter had gezegd dat ik hem altijd kon benaderen als ik vragen had. Met een opgelucht gevoel liep ik naar buiten. Ik keek naar LUCE, het nieuwe kunstwerk van mijn ziekenhuis. Wauw. De zon straalde. Hoewel ik voorlopig niet meer bij de dokter hoefde te komen, was dit pas het begin.

In dit hoofdstuk blik ik terug op het onderzoeksproces. Wat ging er goed? Wat had er anders gekund? In de eerste paragraaf zal ik kritisch reflecteren op het onderzoek. Ten slotte zal ik in de tweede paragraaf enkele suggesties doen voor vervolgonderzoek.

6.1 | Reflectie op het onderzoeksproces en de resultaten

In dit onderzoek heb ik verschillende onderzoeksmethoden gebruikt. Om mijn hoofd- en deelvragen te kunnen beantwoorden, heb ik gekozen voor *mixed methods*, waarbij de nadruk lag op het kwalitatieve gedeelte door middel van diepte-interviews. Het bleek een juiste methode te zijn voor mijn onderzoek. Tijdens het afnemen van de vragenlijst was het nuttig dat de respondenten opmerkingen konden plaatsen. Deze opmerkingen gaven mij veel inzicht. Omdat de respondenten tijdens de

interviews vrijuit konden spreken en ik aan de hand van mijn topiclijst heb kunnen doorvragen op veel verschillende onderwerpen, heb ik veel relevante data kunnen verzamelen.

De topiclijst heb ik opgesteld aan de hand van een literatuuronderzoek. Drie modellen waren hierbij leidend: het TAM (Davis, 1993), het UTAUT-model (Venkatesh et al., 2003) en het adoptiemodel van Rogers (1995). Deze modellen zijn minstens veertien jaar oud en daarom behoorlijk gedateerd. Helaas heb ik geen recenter model kunnen vinden dat adoptieprocessen zo duidelijk beschrijft als deze drie modellen. Daarnaast kon ik geen model vinden dat specifiek is gericht op eHealth. Om deze reden heb ik er toch voor gekozen om de genoemde modellen te gebruiken.

Volgens Bryman (2012) kunnen bij het gebruiken van meerdere onderzoeksmethoden de nadelen van de ene methode worden gecompenseerd door de voordelen van de andere methode. Dit heb ik ook zo ervaren. Hoewel ik helaas te weinig tijd had om statistische berekeningen te doen, heb ik wel het idee dat de verkregen data elkaar aanvullen. Zo was het op basis van de interviews bijvoorbeeld lastig te zeggen of veel patiënten op de hoogte waren van Mijn Meander, maar verschaften de resultaten van het survey hierover duidelijkheid. Toch hadden statistische berekeningen de resultaten van dit onderzoek wel kunnen versterken.

Het brede karakter van dit onderzoek heeft veel invloed gehad op de onderzoeksaanpak en resultaten. Omdat er weinig bekend is over patiëntportalen en ik een zo betrouwbaar mogelijk beeld van de gemiddelde patiënt wilde geven, heb ik gekozen voor *mixed methods*, waarbij ik een vragenlijst heb afgenomen onder en diepte-interviews heb gehouden met een diverse groep respondenten. Ik heb respondenten gesproken uit verschillende leeftijdscategorieën waarbij ik heb geprobeerd om een gelijke verhouding tussen mannen en vrouwen te creëren. Ook heb ik geen onderscheid gemaakt tussen verschillende patiëntgroepen, zoals diabetespatiënten of kankerpatiënten. Dit zorgt ervoor dat ik weinig kan zeggen over verschillende patiëntgroepen en ik minder kan generaliseren. De resultaten zijn daarom wellicht niet direct over te nemen, maar kunnen toch van nut zijn voor andere ziekenhuizen.

Een ander punt dat moet worden genoemd is de periode waarin de interviews zijn afgenomen, namelijk tussen 15 en 22 mei 2017. Op 12 mei, dus slechts enkele dagen daarvoor, is er een wereldwijde cyberaanval geweest waarover veelvuldig is geschreven en gesproken in het nieuws. Veel respondenten waren hiervan op de hoogte en praatten hierover tijdens de interviews. Het kan zo zijn dat de vragen over privacy en veiligheid van de zorggegevens onbewust zijn beïnvloed door de cyberaanval; uit de interviews bleek dat het grootste deel van de respondenten dacht dat hun zorggegevens niet veilig waren.

Verder wil ik nog benadrukken dat de resultaten zijn beïnvloed door mijn eigen interpretaties als onderzoeker. Ik heb zelf ook een mening over het gebruiken van een patiëntportaal en ben ook patiënt geweest bij Meander. Het kan zijn dat de resultaten een vertekend beeld geven van de waarheid. Zoals ik heb beschreven in mijn methode heb ik geprobeerd geen suggestieve vragen te stellen en een open houding aan te nemen, maar toch kan ik de nadruk hebben gelegd op bepaalde voor- en nadelen waar ik het zelf mee eens ben. In een volgend onderzoek zou dit voorkomen kunnen worden door de interviews met meerdere onderzoekers te laten plaatsvinden.

Tot slot wil ik nog een tip meegeven aan onderzoekers die onderzoek willen doen onder patiënten. Voordat ik aan het onderzoek begon had ik mij niet gerealiseerd dat het af en toe heel heftig zou kunnen zijn. Tijdens het afnemen van de vragenlijsten was ik bijvoorbeeld bij een dagbehandeling

waar patiënten chemo's kregen. Het deed veel met me om betrokken te zijn bij ernstig zieke patiënten. Ik zou dan ook graag willen meegeven dat je hier rekening mee moet houden bij een onderzoek binnen een ziekenhuis.

6.2 | Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Naar aanleiding van bovenstaande reflectie geef ik nu een aantal aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

Allereerst heeft het een grote invloed gehad op mijn onderzoek dat ik één patiëntportaal heb bestudeerd. Zoals meerdere respondenten aangaven en onderzoek uitwijst (Schreuder & Watson, 2016) zijn er patiëntportalen die verder zijn ontwikkeld dan Mijn Meander. Het zou interessant zijn om een vergelijkbare case study te doen naar het patiëntportaal van een ander ziekenhuis, zodat verschillende cases met elkaar kunnen worden vergeleken en er meer duidelijk wordt over de redenen waarom patiënten een patiëntportaal wel of niet willen gebruiken.

Daarnaast zou het ook interessant zijn om dit onderzoek over een aantal jaar te herhalen. Het portaal Mijn Meander bevindt zich in een 'beginfase' en over een aantal jaar zal het portaal zeer waarschijnlijk uitgebreid zijn met nieuwe en beter ontwikkelde functies. Daarnaast verwacht ik dat er over een aantal jaar meer patiënten op de hoogte zijn van het portaal en dat het personeel van Meander beter is ingespeeld op het gebruiken van Mijn Meander. Het zou interessant zijn om te onderzoeken welke kenmerken van het portaal, van de patiënt en welke communicatiekanalen op dat moment invloed hebben op de adoptiesnelheid van het patiëntportaal. Ook zou het interessant zijn om te onderzoeken of een groter aantal uitgebreide functies bijdraagt aan een toename van het waargenomen nut.

Tot slot was dit een zeer breed opgezet verkennend onderzoek, waarin ik veel verschillende patiënten heb gesproken. Er zou meer onderzoek kunnen worden gedaan naar verschillen tussen deze patiëntgroepen. Opvallend was dat hoewel de jongere respondenten aangaven digitaal actief te zijn en Mijn Meander nuttig te vinden, zij het toch niet gebruiken. Ik zou daarom aanbevelen om meer onderzoek te doen naar jongeren en patiëntportalen. Allereerst is het interessant omdat er bij jongeren geen technische- maar alleen acceptatiebarrières lijken te spelen. Daarnaast zijn de jongeren van nu de ouderen – en daarmee de patiënten - van de toekomst. Er zou bijvoorbeeld kunnen worden onderzocht waarom jongeren, ondanks hun digitale achtergrond, nog niet veel gebruik maken van patiëntportalen en/of eHealth. Ook is het wellicht interessant om te onderzoeken waarin de acceptatiebarrières ten opzichte van het gebruiken van een patiëntportaal van jongere en oudere patiënten verschillen.

LITERATUUR

Aldenhoven, S. (2010). Dokter, bent u al online? Inzicht in de toepassing van eHealth. *Compact, 4*, 39-44.

Ammenwerth, E., Schnell-Inderst, P. & Hoerbst, A. (2012). The impact of electronic patient portals on patient care: a systematic review of controlled trials. *Journal of medical Internet research, 14*, e162. 10.2196/jmir.2238

Aujoulat, I., Hoore, W., d' & Deccache, A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling, 66*, 13-20. 10.1016/j.pec.2006.09.008

Berg, M. van den. (2017, 5 april). De dokter blijft, maar hij krijgt voortaan wel digitale hulp. *De Stentor.* p.7.

Bergh Jeths, A. van den, Timmermans J.M., Hoeymans, N. & Woittiez, I.B. (2004). *Ouderen nu en in de toekomst: gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020* (RIVM Rapport 270502001) Verkregen via RIVM: http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270502001.pdf

Berwick, D.M. (2003). Disseminating Innovations in Health Care. *Jama, 289*, 1969-1975. 0.1001/jama.289.15.1969

Boeije, H. (2009). Kwalitatief onderzoek. In: Boeije, H., Hart, H. 't & Hox, J. (2009). *Onderzoeksmethoden* (pp. 246-281) . Amsterdam, Nederland: Boom onderwijs.

Bryman, A. (2012). *Social research methods* (4th ed.). Oxford: Oxford University Press.

CBS. (2017). *Begrippen.* Geraadpleegd op https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/begrippen?tab=g#id=grijze-druk

CBS. (2017). *Bevolking; Kerncijfers*. Geraadpleegd op http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37296NED&D1=821&D2=0,5,10,15,20,25,30,35,40,45,50-58&HD=081107-1434&HDR=T&STB=G1

CBS. (2014). *Kerncijfers van diverse bevolkingsprognoses en waarneming*. Geraadpleegd op http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=70737NED&D1=8-10&D2=l&D3=55,60,65,70,75,80,85,90,95

Chapman, L.S., Rowe, D. & Witte, K. (2010). eHealth Portals: who uses them and why? *American Journal of Health Promotion, 24*(6), 1-10. doi:10.4278/ajhp.24.5.tahp

Davis, F.D. (1993). User acceptance of information technology: system characteristics, user perceptions and behavioral impacts. *International Journal of Man-Machine Studies, 38*, 475-487. doi:10.1006/imms.1993.1022

Davis, F.D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS quarterly, 13,* 319-340. doi:10.2307/249008

Easterbrook, S., Yu, E., Aranda, J., Fan, Y., Horkoff, J., Leica, M. & Qadir, R.A. (2005). Do viewpoints lead to better conceptual models? An exploratory case study. *Proceedings of the 13th IEEE International Requirements Engineering Conference (RE'05),* 199-208. doi:10.1109/RE.2005.23

Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of medical Internet research, 3*, e20. doi:10.2196/jmir.3.2.e20

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research.* Verkregen via http://people.umass.edu/aizen/f&a1975.html

Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative inquiry, 12*, 219-245. doi:10.1177/1077800405284363

Gaul, S. & Ziefle, M. (2009). Smart Home Technologies: Insights into Generation-Specific Acceptance Motives. In A. Holzinger & K. Miesenberger, (Eds.). *HCI and Usability for e-Inclusion,* 5889, (pp. 312-332). doi:10.1007/978-3-642-10308-7_22

Goel, M.S., Brown, T.L., Williams, A., Hasnain-Wynia, R., Thompson, J.A. & Baker, D.W. (2011). Disparities in enrollment and use of an electronic patient portal. *Journal of general internal medicine, 26*, 1112-1116. doi:10.1007/s11606-011-1728-3

Goldzweig, C.L., Orshansky, G., Paige, N.M., Towfigh, A.A., Haggstrom, D.A., Miake-Lyse, I., … Shekelle, P.G. (2013). Electronic patient portals: evidence on health outcomes, satisfaction, efficiency, and attitudes: a systematic review. *Annals of internal medicine, 159*, 677-687. doi:10.7326/0003-4819-159-10-201311190-00006

Heldoorn, H., Herk, E. Van & Veereschild, S. (2011). *Online inzage in mijn medische gegevens: patiëntportalen in Nederland*. Den Haag: Nictiz.

Klauw, D. van der. & Flim, C. (2011). *De rol van eHealth en gezondheid 2.0 in het veranderend ziekenhuislandschap*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Ziekenhuislandschap 20/20.

Koch, S. (2012). Improving quality of life through eHealth – the patient perspective. In J. Mantas, S.K. Andersen, M.C. Mazzoleni, B. Blobel, S. Quaglini & A. Moen (Ed.*), Quality of life through quality of information* (pp. 25-29). doi:10.3233/978-1-61499-101-4-25

Krijgsman, J., Swinkels, I., Lettow, B. van, Jong, J. de, Out, K., Friele, R. & Gennip, L. van (2016). *Meer dan Techniek: eHealth-monitor 2016*. Den Haag en Utrecht: Nictiz & NIVEL. Verkregen via https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/ehealth-monitor_2016_meer_dan_techniek.pdf

Lee, B., Yoon, J. & Lee, I. (2009). Learners' acceptance of e-learning in South-Korea: Theories and results. *Computers & Education, 53*, 1320-1329. doi:10.1016/j.compedu.2009.06.014

Mair, F. & Whitten, P. (2000). Systematic review of studies of patient satisfaction with telemedicine. *British Medical Journal, 320*, 1517-1520. doi:10.1136/bmj.320.7248.1517

Meander Medisch Centrum. (2017). Dit is Meander. Geraadpleegd op https://www.meandermc.nl/wps/portal/patientenportaal/dit-is-meander/!ut/p/a1/vZJLV8IwEIX_iixccjKlNMRloFBSHlWrCN1wAoU2fddWpPx6Y-GwA8WF2c2ZOzffnTPIQXPkJHwnPF6KNOHRd-3gJYN2i1EbTEu3u0CB2Ex7YkpbU6VgIQVw4VGo500Fk2E9rw0x0N4Ad_r6qAUvGL0hBznrpMxKHy2y9L3k0V0hys09HC7bcqjbaeoSPwwh8OItB7ELIr5bCSAprttCUgteQJC6xUrOkEJouaip5Z_ZWrho4e2L6jP2moHvroNDWoVRVoS-X358RGHFK58H-

eaU8UqIH3ZUZ5QSy9LJcDQC05gMKLCZOaazLgNi4ZPgyhoXkqGzZA9wZAD9sQ_UUNhU6c0US1GRfWOoo-E5lNHtSGrCFIyfB8Totf5oeCY06ESCG6pqtMcywhhuNjR_cXsiyHOHygtKk3KzL9H8304oi19jolbNcDudNvmKgKpFHm00vgBZqLXn/dl5/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/

Moor, B. de & Gevaert, O. (2010). ICT en eHealth: nieuwe wegen voor de wetenschap. In B. Pattyn & B. Raymaekers (Eds.) *In gesprek met morgen: Lessen voor de eenentwintigste eeuw* (pp. 15-26). Verkregen via http://www.jstor.org/stable/j.ctt9qdzg8

Mul, M. de, Adams, S., Aspria, M., Otte-Trojel, T. & Bal, R. (2013). *Hart voor de regio. Patiëntportalen en regionale ontwikkelingen in Nederland*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam. Verkregen via http://hdl.handle.net/1765/50495

NVZ. (2016). *Zorg voor 2020: Inzicht in de dynamische ontwikkelingen in de zorgsector.* Utrecht: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Verkregen via https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/32390/Strategiedocument%20Zorg%20voor%202020.pdf

Oh, H., Rizo, C., Enkin, M., & Jadad, A. (2005). What is eHealth?: a systematic review of published definitions. *World Hospitals and Health Services*, *41*(1), 32-40.

O'Leary, Z. (2014). *Doing your social research project* (2nd ed.). London: Sage.

Out, K., Swinkels, I., Veer, A. de & Lettow, B. van. (2017). Het management is aan zet. *TvZ, Tijdschrift voor verpleegkundigen, 127*(1), 37-39. Verkregen via https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Ehealth_in_de_VVT.pdf

Ouwens, M., Burg, S. van der, Faber, M., Weijden, T. van der (2012). *Shared decision making & Zelfmanagement: Literatuuronderzoek naar begripsbepaling.* Nijmegen: Scientific Institute for Quality of Healthcare. Verkregen via https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Achtergrondstudie_Shared_DecisionMaking_en_Zelfmanagement.pdf

Raad van Bestuur Meander Medisch Centrum. (2016). *Koers Meander 2020, Steeds beter.* Amersfoort: Meander Medisch Centrum.

RVZ (2002). *E-health in zicht*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Verkregen via https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Advies_-_Ehealth_in_zicht.pdf

Richards, H., King, G., Reid, M., Selvaraj, S., McNicol, I., Brebner, E. & Godden, D. (2005). Remote working: survey of attitudes to eHealth of doctors and nurses in rural general practices in the United Kingdom. *Family Practice*, *22*, 2-7. doi:10.1093/fampra/cmh716

Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of Innovations*. New York, NY: The Free Press.

Sarkar, U., Karter, A.J., Liu, J.Y., Adler, N.E., Nguyen, R., López, A. & Schillinger, D. (2011). Social disparities in internet patient portal use in diabetes: evidence that the digital divide extends beyond access. *Journal of the American Medical Informatics Association, 18*, 318-321. doi:10.1136/jamia.2010.006015

Schippers, E.I. & Rijn, M.J. van (2015). *Kamerbrief: Voortgangsrapportage eHealth en zorgverbetering*. Den Haag: Ministerie VWS. Verkregen via

https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/10/08/kamerbrief-voortgangsrapportage-ehealth-en-zorgverbetering

Scholten, F. (2015). Dr. Watson? Of hoe een supercomputer artsen en patiënten kan helpen. Verkregen via http://www.fmtgezondheidszorg.nl/dr-watson-of-hoe-een-supercomputer-artsen-en-patienten-kan-helpen/

Schreuder, C. & Watson, U. (2016). *Patiëntportalen op ziekenhuiswebsites*. Den Haag: Nictiz. Geraadpleegd via https://www.nictiz.nl/SiteCollectionDocuments/Infographics/Factsheet%20pati%C3%ABntportalen%20ziekenhuiswebsites_update.pdf

Sheppard, J.P., Schwartz, C.L., Tucker, K.L., McManus, R.J. (2016). Modern management and diagnosis of hypertension in the United Kingdom: homecare and self-care. *Annals of Global Health, 82*, 274-287. doi:10.1016/j.aogh.2016.02.005

Tang, P.C., Ash, J.S., Bates, D.W., Overhage, J.M. & Sands, D.Z. (2006). Personal health records: definitions, benefits, and strategies for overcoming barriers to adoption. *Journal of the American Medical Informatics Association, 13*, 121-126. doi:10.1197/jamia.M2025

Venkatesh, V., Morris, M.G., Davis, G.B. & Davis, F.D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS quarterly, 27* (3), 425-478.

Visser, L. (2017). *Power to the patient? Analyzing online communities and their potential for changing power processes in Parkinson's care*. PhD thesis, Radboud Universiteit, Nijmegen.

VNO-NCW en MKB-Nederland. (2017). Vooruit met de zorg: beter, slimmer, menselijker. *NL Next level.* Verkregen via https://www.vno-ncw.nl/sites/default/files/nlnl170201_brochure_gezondheidszorg.pdf

Weingart, S.N., Rind, D., Tofias, Z. & Sands, D.Z. (2006). Who uses the patient internet portal? The PatientSite Experience. *Journal of the American Medical Informatics Association, 13*, 91-95. doi:10.1197/jamia.M1833

Zickmund, S.L., Hess, R., Bryce, C.L., McTigue, K., Olshansky, E., Fitzgerald, K. & Fischer, G.S. (2008). Interest in the use of computerized patient portals: role of the provider-patient relationship. *Journal of general internal medicine, 23*, 20-26. doi:10.1007/s11606-007-0273-6

BIJLAGE I | VRAGENLIJST

Ik ben:	Man/Vrouw
Mijn leeftijd is:	16-30/31-55/56-74/75+
Bent u onder behandeling bij meerdere zorginstellingen?	Ja/Nee
Hoe vaak heeft u het ziekenhuis het afgelopen half jaar bezocht?	1-3 keer/Vaker dan 3 keer
Kent u Mijn Meander?	Ja/Nee
Gebruikt u Mijn Meander?	Ja/Nee

Bij alle volgende vragen kunnen er opmerkingen worden toegevoegd.

Maakt u gebruik van Mijn Meander?

- Ja, omdat…
- Nee, omdat…

Hoe tevreden bent u over de Mijn Meander App?

- Heel tevreden
- Tevreden, precies zoals ik wilde
- Voldoende
- Niet tevreden, minder dan verwacht
- Zeer ontevreden
- Niet van toepassing

Hoe gebruiksvriendelijk ziet Mijn Meander eruit?

- Zeer gebruiksvriendelijk
- Neutraal
- Niet gebruiksvriendelijk

Wat is uw mening over nieuwe ontwikkelingen in de zorg, zoals chatten of persoonlijk mailen met uw zorgverlener?

- Positief
- Geen mening
- Negatief

Vindt u het belangrijk om zelf mee te praten/eigen regie te hebben over uw ziek zijn?

- Ja, heel belangrijk
- Ja, een beetje
- Neutraal
- Nee, niet echt
- Nee, ik hoef geen eigen regie

Denkt u dat Mijn Meander een aanvulling is om meer regie te houden op uw ziek zijn?

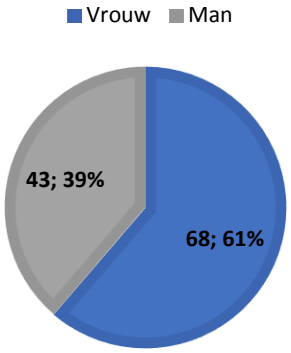
- Ja
- Weet ik niet
- Nee, omdat…

Heeft u nog specifieke wensen ten aanzien van Mijn Meander?

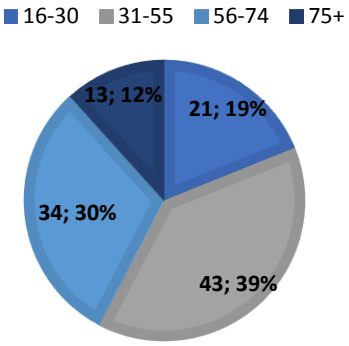
- Ja, namelijk…
- Nee, omdat…

De volgende stap in mijn onderzoek is het houden van interviews. Indien ik u hiervoor mag benaderen, kunt u hier uw e-mailadres en/of telefoonnummer achterlaten.

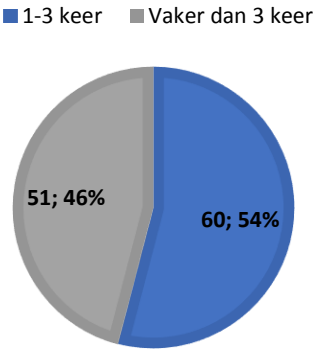
BIJLAGE II | RESPONDENTEN SURVEY



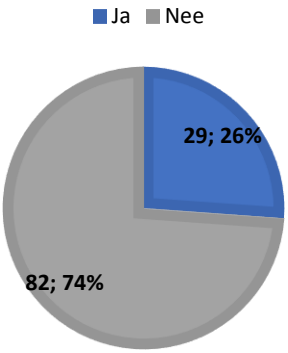
Geslacht van de respondenten



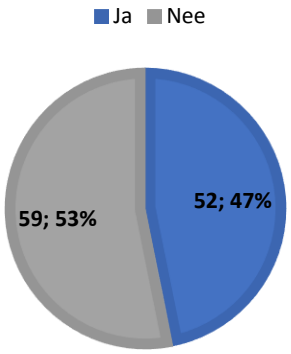
Leeftijd van de respondenten



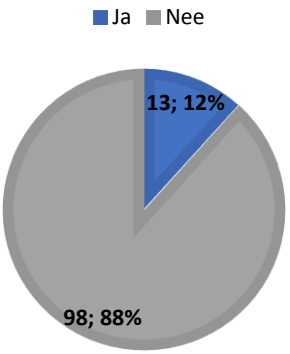
Aantal bezoeken van respondenten aan Meander in het afgelopen half jaar



Aantal respondenten dat onder behandeling is bij andere zorginstellingen



Aantal respondenten dat Mijn Meander kent



Aantal respondenten dat Mijn Meander gebruikt

BIJLAGE III | TOPICLIJSTEN

Topiclijst Niet-gebruikers

Vooraf weten: leeftijd + gebruikt de Mijn Meander app en/of de web versie van Mijn Meander wel of niet

Introductie

- Voorstellen
- Doel van het interview
- Tijdsduur: ongeveer een half uur tot een uur
- Het interview zal worden opgenomen met een geluidsrecorder
- Anonimiteit: voor het verwerken van de interviews gebruik ik de namen, deze hoeven niet te worden opgenomen in de scriptie zelf
- Uitleg + Instructie Mijn Meander app & web versie Mijn Meander. Tijdens deze instructie laat ik beide toepassingen van Mijn Meander even zien en vertel ik kort over de mogelijkheden van Mijn Meander (app & web).

Ervaringen met Meander

- Sinds wanneer komt u al bij Meander Medisch Centrum?
- Hoe vaak heeft u het ziekenhuis in het afgelopen half jaar bezocht? Wilt u misschien kort delen waarvoor u het ziekenhuis heeft bezocht?
- Zijn er nog andere zorginstellingen (zoals privéklinieken of andere ziekenhuizen) waar u weleens komt? Zo ja, welke?
- Bent u tevreden over Meander?

Compatibiliteit

- Maakt u gebruik van het internet? Zo nee, waarom niet? Zo ja, waarvoor?
- Heeft u weleens soortgelijke toepassingen als 'Mijn Meander' gebruikt? Zo ja, wat voor toepassingen?
- Maakt u weleens gebruik van uw DigiD? Zo nee, waarom niet?
- Zoekt u weleens informatie op over uw gezondheid? Zo ja, kunt u aangeven hoe vaak u dat doet? Dagelijks, wekelijks, maandelijks?
- (Indien ja op de vorige vraag) Op welke manier zoekt u informatie over uw gezondheid? Via uw laptop, computer, mobiele telefoon, of anders?
- Vindt u het belangrijk om regie te hebben over uw eigen zorgproces? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?
- Wie regelt uw zorgproces? Bent u dat zelf, familieleden, of iemand anders?
- Op welke manier neemt u (of degene die uw zorgproces regelt) contact op met uw zorgverlener? Via telefoon, e-mail, chat?
- Wat vindt u van nieuwe ontwikkelingen in de zorg in het algemeen, zoals contact hebben met uw zorgverlener via chat of mail?

Privacy

- Zijn uw zorggegevens veilig? Zo ja, waarom denkt u dat? Zo nee, waarom niet?

- Denkt u dat uw zorggegevens veilig zijn in de Mijn Meander app en in de web versie van Mijn Meander? Kunt u dat toelichten?

Attitude

- U heeft aangegeven dat u zowel de app als de web versie van 'Mijn Meander' niet gebruikt, maar kunt u mij vertellen of u deze twee Mijn Meander toepassingen voor dit onderzoek al kende? Zo ja, hoe?
- *Mocht de respondent Mijn Meander kennen:* Kunt u mij vertellen waarom u Mijn Meander dan niet gebruikt? Kunt u nog meer redenen bedenken? Is er iets dat u mist? Iets dat u tegenstaat? Zijn er functies in de app die u op dit moment wel aanspreken?

We gaan nu dieper in op de functionaliteiten van de Mijn Meander app en de web versie van Mijn Meander. Ik zal de Mijn Meander app nu op mijn telefoon aanzetten zodat ik er samen met de respondent naar kan kijken. Ook laat ik het online portaal van Mijn Meander zien via screenshots. Tijdens dit gedeelte van het interview mag de respondent de screenshots erbij houden.

Waargenomen gebruiksgemak + Ingewikkeldheid van de app en de web versie

- Wat is het eerste wat in u opkomt als u kijkt naar de Mijn Meander app? Wat valt u nog meer op?
- Wat vindt u van de gebruiksvriendelijkheid van de Mijn Meander app?
- Vindt u de tekst en vormgeving van de Mijn Meander app overzichtelijk? Kunt u dit toelichten?
- Vindt u de tekst en vormgeving van de Mijn Meander app begrijpelijk? Kunt u dit toelichten, een voorbeeld noemen?
- Wat is het eerste wat in u opkomt als u kijkt naar de web versie van Mijn Meander? Wat valt u nog meer op?
- Wat vindt u van de gebruiksvriendelijkheid van de web versie van Mijn Meander?
- Vindt u de tekst en vormgeving van de web versie van Mijn Meander overzichtelijk? Kunt u dit toelichten?
- Vindt u de tekst en vormgeving van de web versie van Mijn Meander begrijpelijk? Kunt u dit toelichten, een voorbeeld noemen?
- *Mocht de respondent hebben aangegeven dat hij/zei Mijn Meander voor dit onderzoek wel kende:* Heeft u Mijn Meander geïnstalleerd op uw computer of smartphone? Zo ja, had u moeite met de installatie? Zo nee, Zou u hulp willen ontvangen bij het installeren en/of gebruiken van Mijn Meander? Zo ja, van wie?

Kenmerken van Mijn Meander

- Wat vindt u van de verschillende mogelijkheden die de Mijn Meander app en de web versie van Mijn Meander bieden? (Afspraken maken/Agendafunctie/Vragenlijsten invullen/Chatten met de arts/Foto's van de artsen/Behandelpad/EPD aanvragen)

Waargenomen nut

- Vindt u dat een digitaal patiëntportaal zoals de Mijn Meander app en/of de web versie van Mijn Meander nuttig is om te gebruiken? Waarom wel of niet?

- Wat zijn volgens u voor- en nadelen van het gebruiken van een patiëntportaal, zoals Mijn Meander? Zou u deze tegen elkaar kunnen afwegen?
- Kunt u dingen bedenken die u via de Mijn Meander app en/of de web versie van Mijn Meander zou willen regelen?

Afsluiting

- Heeft u onderwerpen die in dit interview niet aan bod gekomen zijn en waarover u graag nog iets zou willen zeggen?
- Bedankt!
- Heeft u interesse in een samenvatting van het onderzoek?
- Mag ik eventueel nog een keer contact opnemen voor aanvullende informatie?

Topiclijst Gebruikers

Vooraf weten: leeftijd + gebruikt de Mijn Meander app en/of de web versie van Mijn Meander **wel** of niet

Introductie

- Voorstellen
- Doel van het interview
- Tijdsduur: ongeveer een uur
- Het interview zal worden opgenomen met een geluidsrecorder
- Anonimiteit: voor het verwerken van de interviews gebruik ik de namen, deze hoeven niet te worden opgenomen in de scriptie zelf
- Uitleg van het interview en eventueel één van de toepassingen van Mijn Meander Medisch Centrum

Ervaringen met Meander

- Sinds wanneer komt u al bij Meander Medisch Centrum?
- Hoe vaak heeft u het ziekenhuis in het afgelopen half jaar bezocht? Wilt u misschien kort delen waarvoor u het ziekenhuis heeft bezocht?
- Zijn er nog andere zorginstellingen (zoals privéklinieken of andere ziekenhuizen) waar u weleens komt? Zo ja, welke?
- Bent u tevreden over Meander?

Compatibiliteit

- Heeft u weleens soortgelijke toepassingen als 'Mijn Meander' gebruikt? Zo ja, wat voor toepassingen? Zo nee, waarom niet?
- Zoekt u weleens informatie op over uw gezondheid? Zo ja, kunt u aangeven hoe vaak u dat doet? Dagelijks, wekelijks, maandelijks?
- (Indien ja op de vorige vraag) Op welke manier zoekt u informatie over uw gezondheid? Via uw laptop, computer, mobiele telefoon, of anders?
- Vindt u het belangrijk om regie te hebben over uw eigen zorgproces? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?
- Wie regelt uw zorgproces? Bent u dat zelf, familieleden, of iemand anders?
- Op welke manier neemt u (of degene die uw zorg regelt) meestal contact op met uw zorgverlener? Via telefoon, e-mail, chat?
- Wat vindt u van nieuwe ontwikkelingen in de zorg in het algemeen, zoals contact hebben met uw zorgverlener via chat of mail?

Privacy

- Zijn uw zorggegevens veilig? Zo ja, waarom denkt u dat? Zo nee, waarom niet?
- Denkt u dat uw zorggegevens veilig zijn in de Mijn Meander app en in de web versie van Mijn Meander? Kunt u dat toelichten?

Attitude

- Hoe kent u Mijn Meander?

- Waarom gebruikt u de Mijn Meander app en/of de web versie van Mijn Meander? Kunt u nog meer redenen bedenken?
- Wat vindt u van de Mijn Meander app en/of de web versie van Mijn Meander? Kunt u dit toelichten?

We gaan nu dieper in op de functionaliteiten van de Mijn Meander app en de web versie van Mijn Meander. Ik zal de Mijn Meander app nu op mijn telefoon aanzetten zodat ik er samen met de respondent naar kan kijken. Ook laat ik het online portaal van Mijn Meander zien via screenshots. Tijdens dit gedeelte van het interview mag de respondent de screenshots erbij houden.

Waargenomen gebruiksgemak + Ingewikkeldheid van de app en de web versie (afhankelijk van welke toepassing door de patiënt wordt gebruikt). Mocht de patiënt met één van de toepassingen niet bekend zijn, dan extra goed laten zien en eerste indruk vragen.

- Hoe ervaart u de gebruiksvriendelijkheid van de Mijn Meander app?
- Vindt u de tekst en vormgeving van de Mijn Meander app overzichtelijk? Kunt u dit toelichten?
- Vindt u de tekst en vormgeving van de Mijn Meander app begrijpelijk? Kunt u dit toelichten, een voorbeeld noemen?
- Vindt u het makkelijk om de Mijn Meander app te gebruiken? Zo ja, wat is makkelijk? Zo nee, wat is niet makkelijk?
- Indien ja, ervaart u moeilijkheden in het gebruik van de Mijn Meander app? Zo ja, welke? Zo nee, hoe komt dat?
- Hoe ervaart u de gebruiksvriendelijkheid van de web versie van Mijn Meander?
- Vindt u de tekst en vormgeving van de web versie van Mijn Meander overzichtelijk? Kunt u dit toelichten?
- Vindt u de tekst en vormgeving van de web versie van Mijn Meander begrijpelijk? Kunt u dit toelichten, een voorbeeld noemen?
- Vindt u het makkelijk om de web versie van Mijn Meander te gebruiken? Zo ja, wat is makkelijk? Zo nee, wat is niet makkelijk?
- Indien ja, ervaart u moeilijkheden in het gebruik van de web versie van Mijn Meander? Zo ja, welke? Zo nee, hoe komt dat?

Kenmerken van Mijn Meander

- Wat vindt u van de verschillende mogelijkheden die de Mijn Meander app en de web versie van Mijn Meander bieden? (Afspraken maken/Agendafunctie/Vragenlijsten invullen/Chatten met de arts/Foto's van de artsen/Behandelpad/EPD aanvragen)
- Welke functies gebruikt u het meest?

Waargenomen nut

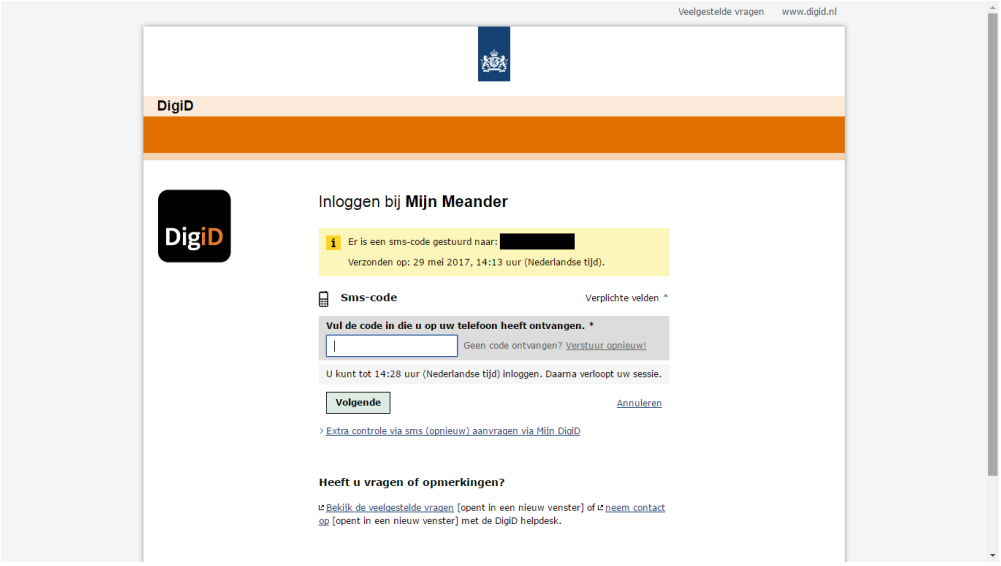
- Vindt u dat een digitaal patiëntportaal zoals de Mijn Meander app en/of de web versie van Mijn Meander nuttig is om te gebruiken? Waarom wel of niet?
- Wat zijn volgens u voor- en nadelen van het gebruiken van een patiëntportaal, zoals Mijn Meander? Zou u deze tegen elkaar kunnen afwegen?

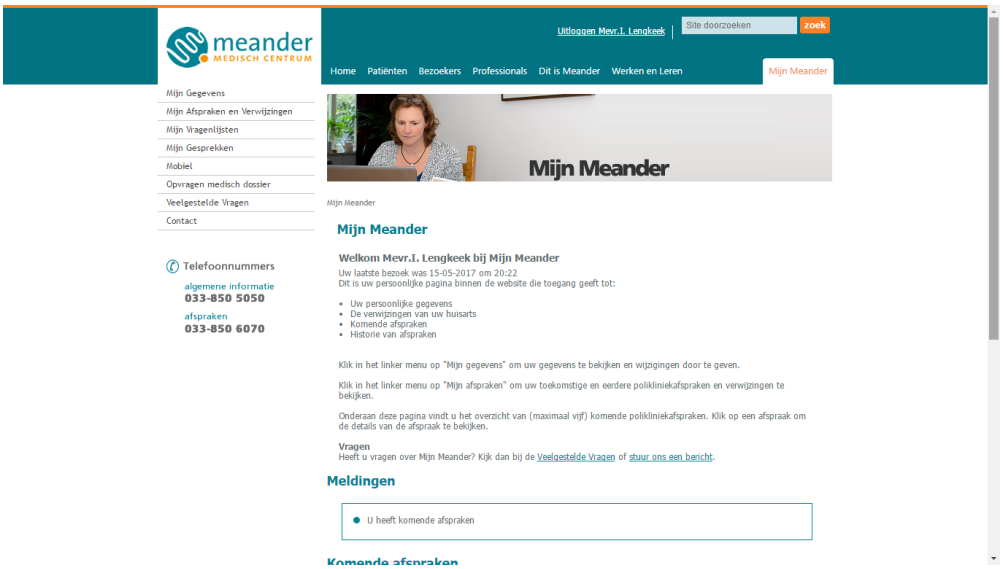
- Vindt u dat de Mijn Meander app en/of de web versie van Mijn Meander uw zorg verbetert? Waarom wel of niet?
- We hadden het eerder over het hebben van meer regie over uw zorgproces. Draagt Mijn Meander hier volgens u aan bij?
- Kunt u dingen bedenken die u via de Mijn Meander app en of de web versie van Mijn Meander zou willen regelen?

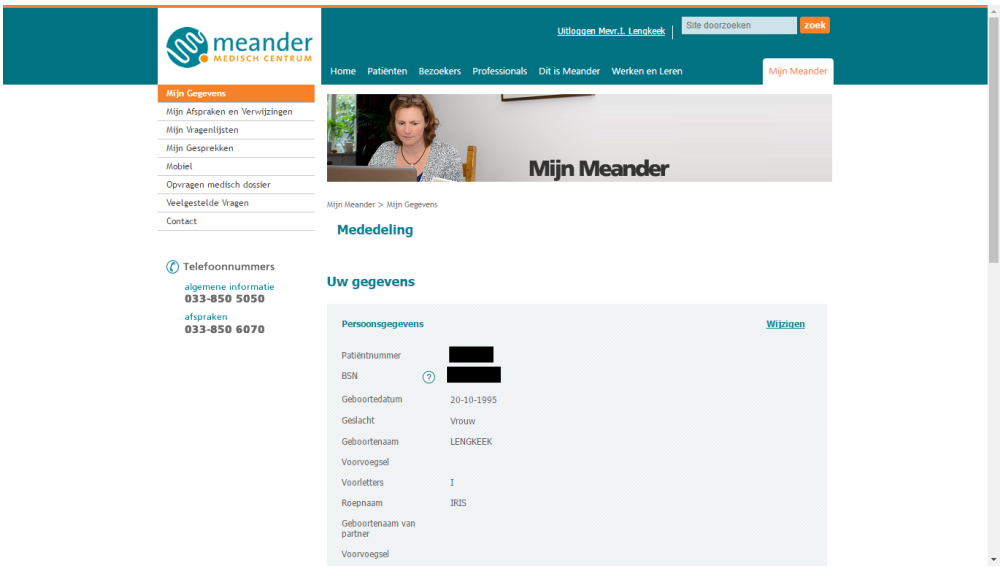
Afsluiting

- Heeft u onderwerpen die in dit interview niet aan bod gekomen zijn en waarover u graag nog iets zou willen zeggen?
- Bedankt!
- Heeft u interesse in een samenvatting van het onderzoek?
- Mag ik eventueel nog een keer contact opnemen voor aanvullende informatie?

BIJLAGE IV | MIJN MEANDER WEB VERSIE







Veelgestelde Vragen
Contact

Telefoonnummers
algemene informatie
033-850 5050
afspraken
033-850 6070

Mijn Meander > Mijn Afspraken en Verwijzingen

Afspraken en verwijzingen

U vindt op deze pagina een overzicht van uw verwijzingen en van uw uw komende afspraken. Voor het inzien van eerdere afspraken kiest u een jaartal uit de ijst.

Verwijzingen met de status "Klaar om in te plannen", kunt u aanklikken om een afspraak te maken.

U kunt afspraken aanklikken om de afspraakdetails te bekijken en te wijzigen (voor sommige afspraken).

Afspraken

Komende afspraken

Overzicht van: Komende afspraken

Toon 10 afspraken Zoeken

Datum	Tijd	Specialisme	Met/waar	Locatie	Informatie mbt de afspraak
28 aug 2017	08:00	testspecialisme portaal	testresource portaal	Amersfoort	
30 aug 2017	09:00	testspecialisme portaal	testresource portaal	Amersfoort	
8 sep 2017	11:15	testspecialisme portaal	testresource portaal	Niet van toepassing	Dit betreft een telefonisch consult

Afspraak 1 tot 3 van 3 getoond

< terug print

Veelgestelde Vragen
Contact

Telefoonnummers
algemene informatie
033-850 5050
afspraken
033-850 6070

Mijn Meander > Mijn Gesprekken

Mijn Gesprekken

Dit is een testchat

02-05-2017 15:22

Y.M. (Yvonne) Dijkman

Welkom Iris, Dit is een testchat ivm het laten zien van de chatfunctionaliteit. Groet

Plaats bericht...

< terug verstuur print top

meander MEDISCH CENTRUM

Uitloggen Mevr.I. Lengkeek | Site doorzoeken zoek

Home Patiënten Bezoekers Professionals Dit is Meander Werken en Leren Mijn Meander

Mijn Gegevens
Mijn Afspraken en Verwijzingen
Mijn Wagenlijsten
Mijn Gesprekken
Mobiel
Opvragen medisch dossier
Veelgestelde Vragen
Contact

Telefoonnummers
algemene informatie
033-850 5050
afspraken
033-850 6070

Mijn Meander

Mijn Meander > Mobiel

Mobiel

Meander heeft een mobiele app voor Mijn Meander. Met de Mijn Meander-app kunt u vanaf uw telefoon of tablet overal waar u internet heeft uw persoonlijke afspraken en gegevens inzien.

- Android: u vindt de app in de Google Play Store.
- iOS: u vindt de app in de iTunes Store
- Windows Phone: u vindt de app in de Windows Phone Store

In de installatiehandleiding kunt u meer lezen over installatie en activatie van de app.

Heeft u de app geïnstalleerd? Activeer de app dan via de knop. Al uw geactiveerde apparaten kunt u terugvinden op deze pagina.

Een apparaat activeren

Omschrijving	Status	Verloopt op	Acties
iPhone	Actief	20-02-2018	Verwijderen Deactiveren Activering vernieuwen

< terug print top

© Meander 2017 Disclaimer Sitemap Contact Keurmerken Werken en Leren

samen beter!

Contact

Telefoonnummers

algemene informatie
033-850 5050

afspraken
033-850 6070

Opvragen medisch dossier

Meander werkt op dit moment hard aan het online, in Mijn Meander, beschikbaar maken van uw dossier. Tot deze mogelijkheid beschikbaar is kunt u het formulier hieronder invullen om een kopie van uw dossier en/of van radiologische onderzoeken op te vragen.

VERZOEK OM KOPIE MEDISCH DOSSIER

Waarvan wilt u een kopie ontvangen?

Vink minimaal één optie aan!

- [ ] Elektronisch patienten dossier
- [ ] Radiologie/nucleaire geneeskunde (beelden)

Controle van uw gegevens

Om uw aanvraag te kunnen verwerken, **moeten** uw gegevens correct zijn. U kunt uw **adres, telefoonnummer, e-mailadres en huisarts** aanpassen bij Mijn Gegevens en daarna dit formulier opnieuw invullen.
Is er andere informatie incorrect? Geef dan hieronder zo duidelijk mogelijk aan wat er niet klopt.

* **Zijn uw gegevens zoals hieronder getoond, correct?**

- ( ) Ja
- ( ) Nee

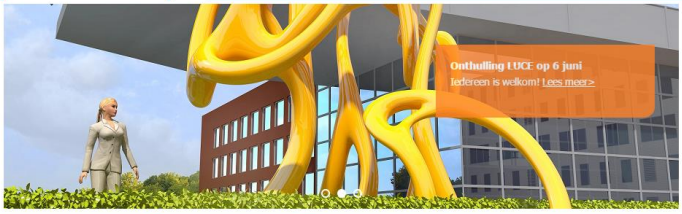
Onderstaande gegevens nemen wij automatisch over uit onze registratie.

Patiëntnummer [redacted]	**BSN** [redacted]
Voorvoegsel	**Achternaam** LENGKEEK
Samengestelde naam Lengkeek	**Geslacht** V

meander MEDISCH CENTRUM

Uitloggen Mevr.I. Lengkeek | Site doorzoeken zoek

Home | Patiënten | Bezoekers | Professionals | Dit is Meander | Werken en Leren | Mijn Meander



Patiënten
- Zoek een ziektebeeld >
- Afspraak maken/afzeggen >
- Patiëntenfolders >

Bezoekers
- Bezoektijden >
- Stuur een kaartje >
- Winkels en voorzieningen >

Professionals
- Diagnostisch Centrum >
- Verwijsinformatie >
- Wetenschap >

Meander Medisch Centrum
Maatweg 3, 3813 TZ Amersfoort
Routebeschrijving

Telefoonnummers
Algemeen: 033 - 850 5050 (24 uur)
Afspraken: 033 - 850 6070 (8.00-16.30)

Locaties & Routes
Amersfoort > Baarn >
Barneveld > Bunschoten >
Leusden > Nijkerk >

Tarieven & Kosten

volg ons

Dit is Meander
- Word vriend van Meander >
- Onze kwaliteit >
- Afdelingen/specialismen >

Werken & leren
- Vacatures >
- Opleidingen >
- Stage >

Snel naar
- Spoedzorg >
- Klachten >
- Bloedafname/afgifte materiaal >

Opvragen medisch dossier
Veelgestelde Vragen
Contact

Mijn Meander > Contact

Zoek contact over Mijn Meander

Telefoonnummers

algemene informatie
033-850 5050

afspraken
033-850 6070

Via dit formulier kunt u een vraag, suggestie of klacht over de werking van Mijn Meander of de Mijn Meander-app aan ons doorgeven.

U kunt via dit formulier geen wijzigingen doorgeven of vragen stellen over uw persoonlijke (afspraak)gegevens of uw behandeling. Neem voor vragen over deze onderwerpen telefonisch contact op met Meander Medisch Centrum:

Algemene vragen:
033 - 850 50 50

Afsprakenlijn:
033 - 850 60 70

* **Onderwerp**

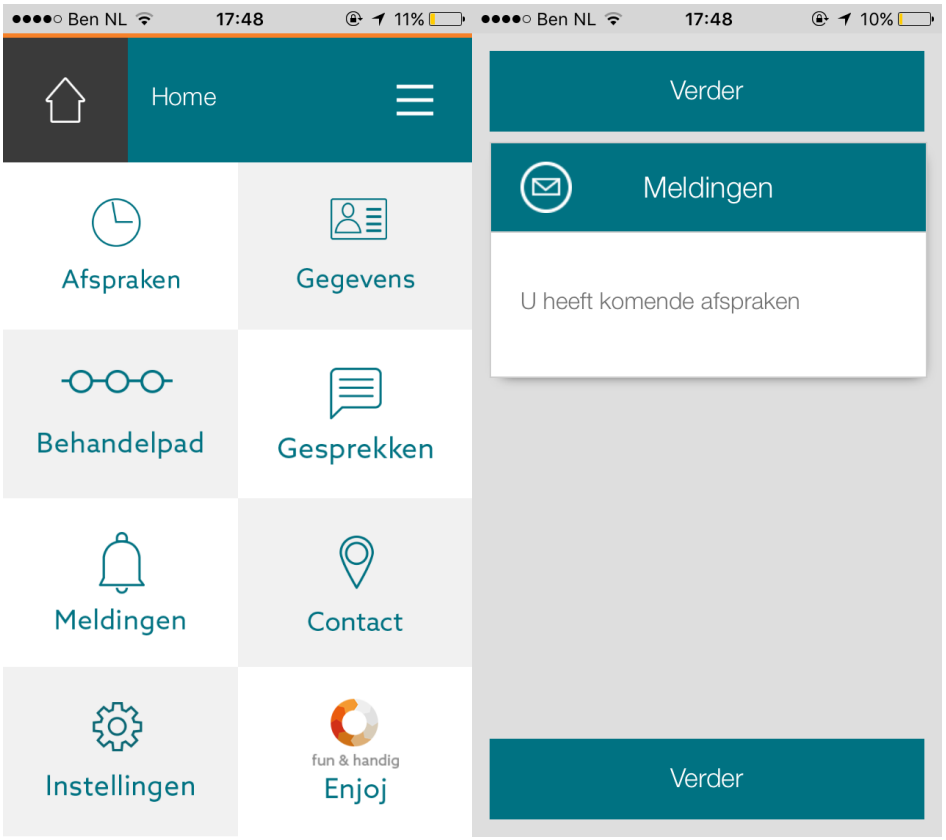
- ( ) Inloggen met DigiD
- ( ) Controleren, wijzigen of inzien van mijn gegevens
- ( ) Inzien of verzetten van afspraken
- ( ) Mijn Meander app
- ( ) Anders

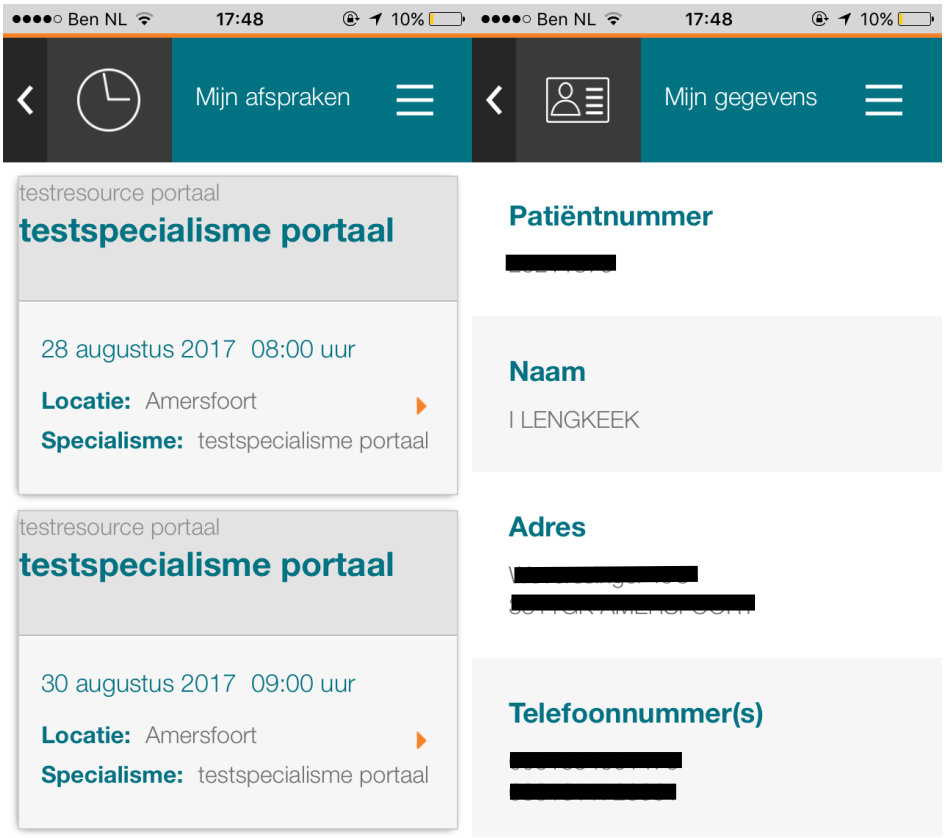
* **Heeft u een:**

- ( ) vraag
- ( ) suggestie
- ( ) klacht

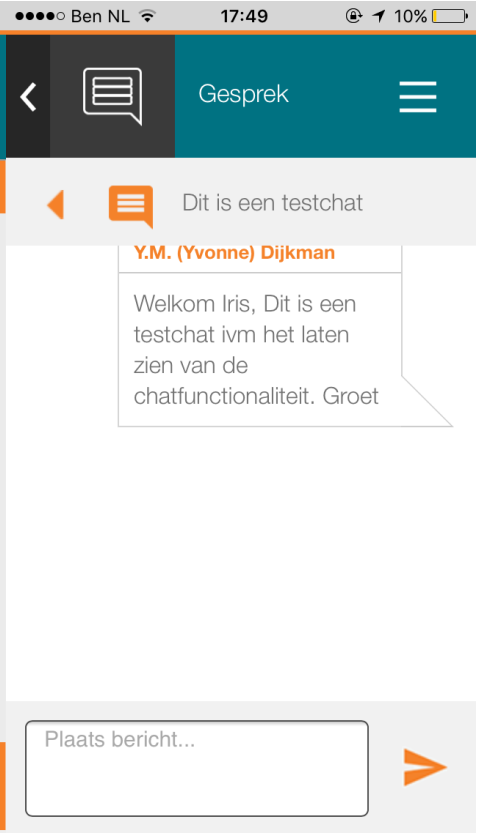
Uw vraag, suggestie of klacht

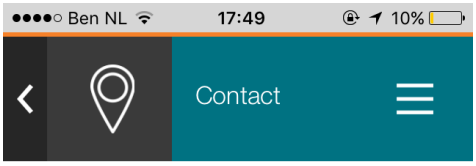
BIJLAGE V | MIJN MEANDER MOBIELE APPLICATIE





Ben NL 17:48 10%
Behandelpad
Carpaal Tunnel Syndroom
MEI
27
De operatiedag
Vandaag komt u naar Meander Medisch Centrum voor uw handoperatie. U gaat naar de polikliniek Plastische chirurgie.
Deze vindt u in de Brink 111, 1e etage (bovenaan de roltrap).
Vooraf kunt u gewoon eten en drinken.
Na de operatie zit uw hand in een drukverband. U kunt niet zelf autorijden.
Heeft u pijn na de operatie? Dan kunt u de eerste dagen paracetamol gebruiken: 4 maal daags 2 tabletten van 500 mg.
Info
FAQ
Team


Ben NL 17:49 10%
Gesprek
Dit is een testchat
Y.M. (Yvonne) Dijkman
Welkom Iris, Dit is een testchat ivm het laten zien van de chatfunctionaliteit. Groet
Plaats bericht...


Ben NL 17:49 10%
Contact

Spoed
Bij levensbedreigende situaties: bel 112
Medische hulp die niet tot de volgende werkdag kan wachten: Bel de huisartsenpost 0900-331 1 233
Huisartsenpost Amersfoort
Huisartsenpost Barneveld
Google Maps
Google Maps

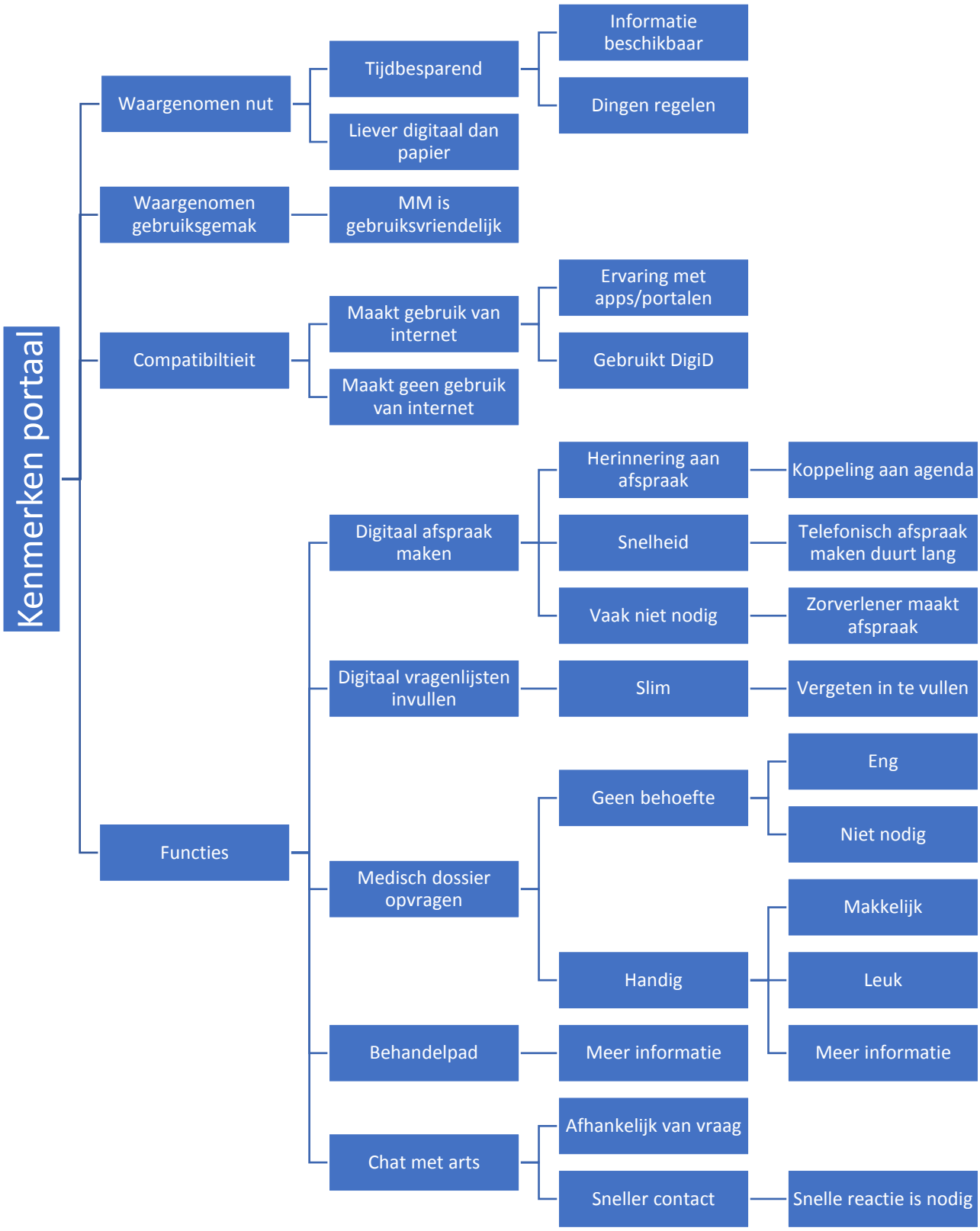
BIJLAGE VI | OVERZICHT RESPONDENTEN

RESPONDENTNUMMER	GESLACHT	LEEFTIJD	BEZOCHTE AFDELINGEN
1	Vrouw	27	Diabetes, Gynaecologie
2	Vrouw	70+	Cardiologie, Gynaecologie
3	Man	22	Oncologie, Urologie
4	Vrouw	72	Chirurgie, Dermatologie, Oncologie, Oogheelkunde
5	Vrouw	73	Maag, Darm en Lever, Urologie
6	Vrouw	78	Cardiologie, Maag, Darm en Lever, Orthopedie
7	Man	25	Kaakchirurgie, Orthopedie, Radiologie
8	Man	23	Dagbehandeling, Maag, Darm en Lever
9	Man	58	Cardiologie
10	Man	26	Orthopedie, Spoedeisende hulp
11	Vrouw	18	Chirurgie, Kinderafdeling, Maag, Darm en Lever, Orthopedie
12	Man	37	Dagbehandeling, Neurologie, Pijnpoli
13	Vrouw	49	Gynaecologie, Orthopedie, Reumatologie
14	Vrouw	22	Dermatologie, Kaakchirurgie, Spoedeisende hulp
15	Man	55	Chirurgie, Diabetes, Neurologie, Revalidatie
16	Vrouw	57	Dermatologie, Gynaecologie, Neurologie, Orthopedie
17	Vrouw	20	Hematologie, Oncologie, Revalidatie
18	Man	79	Cardiologie, Dermatologie
19	Man	61	Cardiologie, Kaakchirurgie, Radiologie, Urologie
20	Vrouw	54	Chirurgie, Keel, Neus en Oor

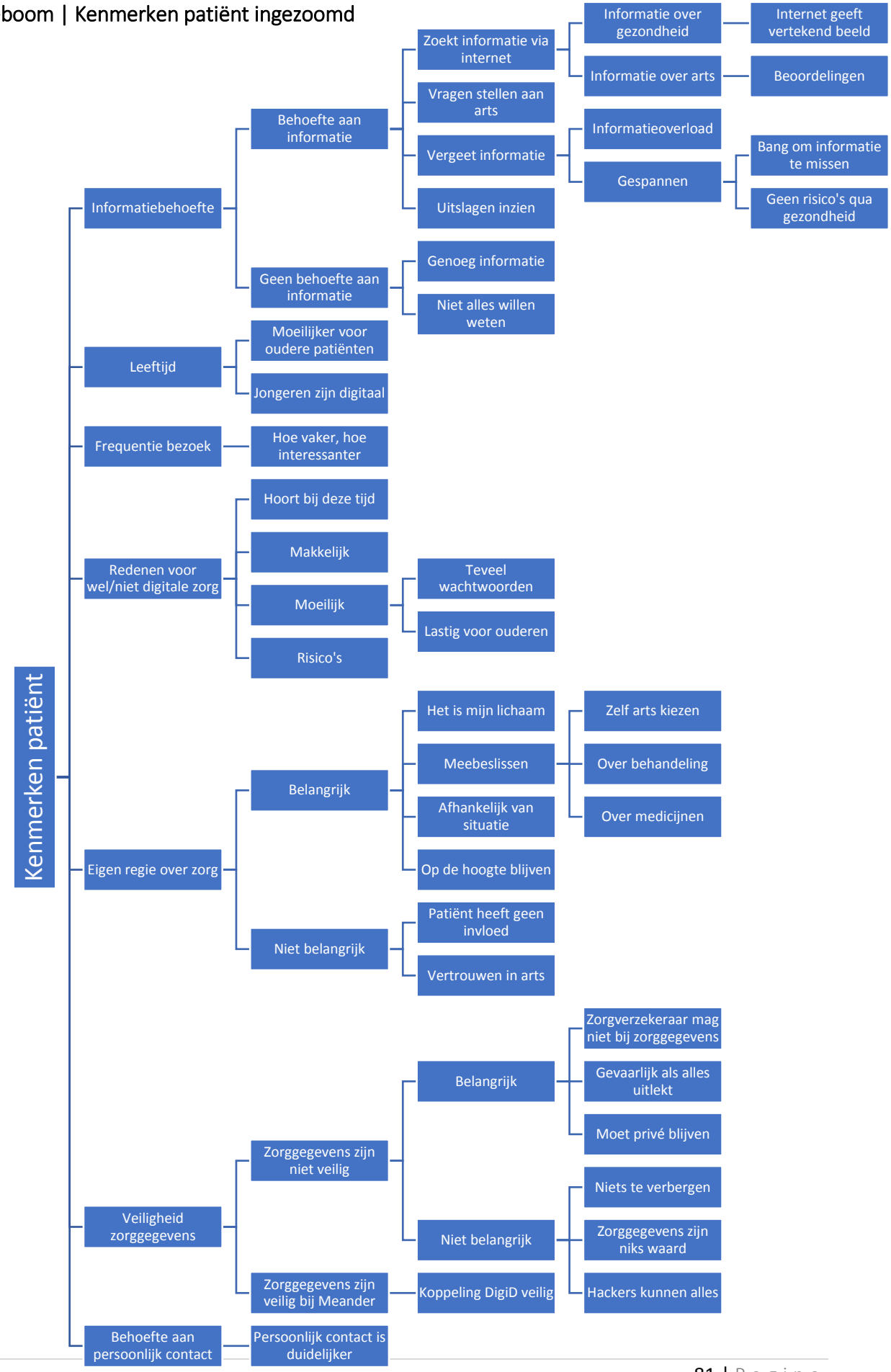
Respondenten 1 t/m 10 hebben aangegeven Mijn Meander niet te gebruiken, respondenten 11 t/m 20 gebruiken Mijn Meander wel.

BIJLAGE VII | CODEBOOM

Codeboom | Kenmerken portaal ingezoomd



Codeboom | Kenmerken patiënt ingezoomd



Codeboom | Communicatiekanalen ingezoomd