

Leren van het gebruik van programma's voor leefstijladvies op maat

Een casestudy naar AdemDeBaas, een programma voor leefstijladvies op maat gericht op mensen met COPD en mensen met een verhoogd risico op COPD



Bachelorscriptie Beleid & Management Gezondheidszorg
Erasmus Universiteit Rotterdam

M.Y. Amoureux
Concertweg 39
2992 NM, Barendrecht
344250ma@eur.nl

Begeleider: M.J.C. Aspria Msc
Meelezer: Dr. S.A. Adams

Voorwoord

Voor u ligt mijn bachelorscriptie waarmee ik de Bacheloropleiding Beleid & Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit afrond. Het bedenken van een onderwerp, het opstellen van een projectvoorstel, het doen van het daadwerkelijke onderzoek en het schrijven van deze scriptie heb ik ervaren als een zeer leerzaam, boeiend en bij vlagen stressvol proces. Doordat het onderwerp van deze scriptie mij erg aanspreekt, heb ik met veel plezier aan dit onderzoek gewerkt. Ik had dit proces echter niet kunnen voltooien zonder de hulp van een aantal personen en ik wil graag van de gelegenheid gebruik maken om mijn dank aan een aantal personen over te brengen. Zonder deze personen had ik mijn adem niet de baas kunnen zijn.

Ten eerste wil ik Viola Voncken, de projectleider van AdemDeBaas, bedanken. Ik ben heel blij dat je me opgenomen hebt in je onderzoek en ik wil je bedanken voor de nuttige tips die je me gegeven hebt. Daarnaast ben ik veel dank verschuldigd aan Marcello Aspria. Bedankt voor het vrij maken van je tijd, de goede begeleiding en de zeer snelle en nuttige feedback. Sam Adams, bedankt voor de kritische blik op het projectvoorstel en het uiteindelijke eindproduct. Dit is tevens de plaats om de respondenten die hebben meegewerkt aan dit onderzoek nog even in de schijnwerpers te zetten. Bedankt voor de gastvrije ontvangst bij jullie thuis en jullie openheid over deelname aan AdemDeBaas.

Ook wil ik mijn ouders en zusje bedanken voor het geduld en het luisterende oor gedurende de afgelopen periode. Jullie support heeft mij zeker gemotiveerd om steeds weer aan de slag te gaan. Ten slotte wil ik Martijn bedanken voor alle hulp. Je hebt me geweldig geholpen als ik even vast zat en je bemoedigende woorden waren voor mij een hele grote steun. Bedankt, jullie hebben me de afgelopen tijd weer wat lucht gegeven.

Mylène Amoureux
Barendrecht, juni 2013

Samenvatting

Leefstijlveranderingen bij mensen met een chronische ziekte zijn een belangrijk onderdeel van de therapietrouw. In de praktijk blijkt echter dat veel mensen moeite hebben met het volgen van een leefstijl die past bij de aandoening. Programma's voor leefstijladvies op maat kunnen mogelijk een bijdrage leveren aan het vergroten van het zelfmanagement van mensen met een chronische ziekte.

Het is van belang te onderzoeken wat er geleerd kan worden van het gebruik van programma's voor leefstijladvies op maat. In dit onderzoek is de casus AdemDeBaas onderzocht, een programma voor leefstijladvies op maat gericht op mensen met COPD en mensen met een verhoogd risico op COPD. Het programma richt zich op twee gedragingen; stoppen met roken en meer bewegen. Door te stoppen met roken en meer te bewegen kunnen mensen met COPD de gezondheidstoestand mogelijk verbeteren en mensen met een verhoogd risico op COPD kunnen het uiteindelijke risico op COPD verkleinen. Door vanuit het paradigma *technology in practice* te kijken, kon de wisselwerking tussen de gebruikers en de technologie bestudeerd worden. Door middel van interviews en observaties is getracht de verwachtingen en bevindingen van gebruikers van AdemDeBaas te achterhalen.

Dit onderzoek heeft interessante bevindingen opgeleverd. Het blijkt dat respondenten uiteenlopende verwachtingen van het programma hebben. De website van AdemDeBaas werd over het algemeen positief beoordeeld. Respondenten gaven aan dat de website overzichtelijk, eenvoudig in het gebruik en duidelijk was. Het grootste probleem werd genoemd door respondenten met COPD; revalidatie is niet opgenomen in het programma, terwijl veel mensen met COPD longrevalidatie volgen. Ten aanzien van het advies op maat waren de respondenten verdeeld. Niet iedereen vond het advies op maat en sommige respondenten konden zich daardoor niet identificeren in het advies. Een belangrijke bevinding is dat ondanks dat sommige respondenten het advies niet op maat vonden, dit niet wil betekenen dat deelname automatisch als niet nuttig ervaren werd. Volgens de respondenten creëert AdemDeBaas bewustzijn en is het programma een steuntje in de rug.

De bevindingen uit dit onderzoek zijn van belang voor toekomstige ontwikkelaars voor programma's voor leefstijladvies op maat. Het betrekken van zowel gebruikers als niet-gebruikers levert nuttige inzichten op. Het is aan te raden om vervolgonderzoek te doen naar het effect van de programma's op de gezondheidstoestand. Daarnaast is het van belang om de effecten op lange termijn te onderzoeken; houden gebruikers de gewenste leefstijlveranderingen daadwerkelijk vol?

Summary

Lifestyle changes for people with a chronic disease are an important part of the compliance. It seems, that in practice, people have a lot of trouble following the right lifestyle fitting with their disease. Computer-tailored feedback programs can possibly contributed to increase selfmanagement for people with a chronic disease.

It is important to research what can be learned from using computer-tailored feedback programs. In this research, the case MasterYourBreath has been examined. This is a computer-tailored feedback program for people with COPD and people with an increased risk for COPD. The program is focused on two behaviours: to quit smoking and increase the amount of movement. By quitting smoking and increasing the amount of movements, people with COPD can improve their health status and people with an increased risk for COPD can decrease this risk. The interaction between users and the technology can be studied by using the paradigm of technology in practice. By taking interviews and doing observations, the researcher tried to discover the expectations and findings of the users of MasterYourBreath.

This research has emerged some interesting findings. It seems respondents had a wide variety of expectations of the program. In common, the website of MasterYourBreath got positive appreciations. The respondents stated the website was clear and easy to use. The biggest problem was encountered by respondents with COPD; revalidation was not part of the program, while a lot of people with COPD undergo lungrevalidation. The respondents were divided with regard to the tailored-feedback. Not all of the respondents thought the feedback was tailored, and therefore some could not identify themselves with the feedback. An important finding is the respondents did not find the participation useless, despite the fact the feedback was not tailored. According to the respondents MasterYourBreath creates awareness and the program is a useful tool when trying to accomplish a better lifestyle.

The findings of this research are important to future developers of computer-tailored feedback programs. By involving users as well as non-users, useful insights can be acquired. It is recommended to further research the effect of computer-tailored feedback programs on health status. Besides, it is important to research the long term-effects; do users maintain the desired lifestyle changes?

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Samenvatting	3
Summary.....	4
H1. Inleiding.....	8
1.1. Context van het probleem.....	8
1.2. Probleemanalyse	9
1.3. AdemDeBaas en COPD	10
1.4. Probleemstelling en deelvragen	12
1.5. Relevantie	12
H2. Literatuuronderzoek	13
2.1. Zoekstrategie	13
2.2. Leefstijladvies op maat.....	14
2.3. Belang van leefstijladvies op maat.....	16
2.4. Gebruik van programma's voor leefstijladvies op maat	18
2.5. Factoren voor gebruik: inzichten uit een casestudy en een review van factoren	19
H3. Theoretisch kader.....	23
3.1. Visies op technologie	23
3.2. Technology in practice en programma's voor leefstijladvies op maat	24
3.3. Belang van gebruikers en niet-gebruikers	25
H4. Onderzoeksopzet	28
4.1. Methodes	28
4.2. Werving van het project en de respondenten.....	28
4.3. Beschrijving van de respondenten	29
4.4. Dataverzameling	30
4.5. Data-analyse.....	31
4.6. Validiteit	32
4.6.1. Interne validiteit	32
4.6.2. Externe validiteit	32
4.7. Betrouwbaarheid	33
4.7.1. Interne betrouwbaarheid	33
4.7.2. Externe betrouwbaarheid.....	33
4.8. Privacy	34
H5. AdemDeBaas: motivatie en verwachtingen van gebruikers	35

5.1. Inleiding	35
5.2. Motivatie om deel te nemen aan het project.....	35
5.2.1. Verwachting er iets aan te hebben.....	36
5.2.2. Herkenning.....	36
5.2.3. Maatschappelijk belang.....	37
5.3. Verwachtingen van gebruikers.....	38
5.3.1. Geen verwachtingen.....	39
5.3.2. Er baat bij hebben.....	39
5.3.3. Adviezen over medicatie.....	41
5.4. Conclusie.....	41
H6. AdemDeBaas: Ervaringen en bevindingen van gebruikers	43
6.1. Inleiding	43
6.2. Opbouw van het programma.....	43
6.2.1. De uitnodigingsbrief	43
6.2.2. Inloggen.....	44
6.2.3. De website.....	46
6.2.4. De vragenlijst	48
6.2.5. Filmpjes met oefeningen.....	51
6.3. Advies op maat van AdemDeBaas; een utopie?	52
6.4. Advies op maat via internet; een utopie?	54
6.4.1. Advies op maat is mogelijk.....	55
6.4.2. Advies op maat is niet mogelijk.....	55
6.4.3. Advies op maat is mogelijk, maar moeilijk	56
6.5. Conclusie.....	56
H7. AdemDeBaas: Toegevoegde waarde	58
7.1. Inleiding	58
7.2. Onderscheid tussen COPD en een verhoogd risico op COPD	58
7.3. Aanbevelen aan anderen.....	59
7.4. Toekomst.....	60
7.5. Evaluatie van de deelname	61
7.6. Aansluiting bij de gebruikers	64
7.7. Vergroten van zelfmanagement.....	65
7.7. Conclusie.....	65
H8. Discussie.....	67

8.1. Motivatie	68
8.2. Opzet van het programma.....	69
8.3. Gebruik van AdemDeBaas	72
8.4. Beperkingen van het onderzoek.....	75
H9. Conclusie	78
9.1. Beantwoording van de hoofdvraag	78
9.2. Aanbevelingen.....	79
Literatuurlijst	81
Bijlage A	86

H1. Inleiding

In dit hoofdstuk zal in de eerste paragraaf een concrete en relevante probleemanalyse weergegeven worden. Aan de hand van bestaande literatuur zal informatie gegeven worden over het onderwerp. Daarnaast zal de aanleiding tot het onderzoek besproken worden. In paragraaf drie een beschrijving gegeven worden van het project AdemDeBaas en zal wat algemene informatie over COPD gepresenteerd worden. Aan het eind van de probleemanalyse zal de probleemstelling met de bijbehorende deelvragen gepresenteerd worden. Daarnaast zullen de doelstellingen van dit onderzoek gepresenteerd worden.

1.1. Context van het probleem

Nederland is koploper in Europa wat betreft toegang tot internet. In 2011 had 94% van de huishoudens in Nederland een internetaansluiting. Daarmee komt Nederland ruim boven het Europees gemiddelde van 75% (CBS 2012). Naast het feit dat een zeer groot percentage Nederlanders thuis toegang heeft tot internet, blijkt ook dat de bevolking internet frequenter is gaan gebruiken. In 2011 was 86% van de internetgebruikers bijna iedere dag of zelfs iedere dag online (CBS 2012). Op basis van deze bevindingen is de verwachting dat Nederlanders veel waarde hechten aan het gebruik van internet.

De vraag is uiteraard in hoeverre dit relevant is voor de gezondheidszorg. Na literatuuronderzoek blijkt dat verschillende auteurs internet een goede aanvulling vinden op de traditionele gezondheidszorg (Skinner et al. 1993, Bental et al. 1999, Smith et al. 2002, Nguyen et al. 2004, Brouwer et al. 2010). Internet is op dit moment breed vertegenwoordigd in de gezondheidszorg. Zo zijn er legio websites met algemene gezondheidsinformatie, websites met specifieke gezondheidsinformatie en zorginstellingen met een eigen website.

Het gebruik van internet in de zorg wordt aangeduid met de term eHealth. Een duidelijke definitie voor dit begrip wordt gegeven door de RVZ: 'eHealth is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren' (RVZ 2002). eHealth omvat verschillende aspecten, zoals een e-consult tussen professional en patiënt, het gebruik van een elektronisch patiënten dossier en telemonitoring (IGZ 2008). Sinds de komst van de computer en de invoering van het internet neemt het aantal eHealth toepassingen en eHealth projecten in grote mate toe (RVZ 2002). Verwacht wordt dat in de toekomst eHealth een nog grotere rol zal gaan spelen in de gezondheidszorg (RVZ 2002, IGZ 2008). Door de invoering van verschillende eHealth technologieën, vindt er een verschuiving plaats in de klassieke dokter-patiënt relatie. Patiënten zijn niet langer passieve gebruikers, maar worden verantwoordelijk gemaakt voor de eigen gezondheid. Dit wordt omschreven met de term zelfmanagement (Notenboom et al. 2012). Door te leren zo goed mogelijk met een ziekte om te gaan, kan verergering van de symptomen mogelijk vertraagd of zelfs voorkomen worden

(Jansen et al. 2009). Het volgen van een leefstijl die aansluit bij de aandoening die iemand heeft, kan gezien worden als het nemen van de verantwoordelijkheid om bij te dragen aan de eigen gezondheid (Houtum et al. 2010).

1.2. Probleemanalyse

In deze scriptie zal gekeken worden naar programma's die leefstijladvies op maat bieden. Uit onderzoek blijkt dat internet zeer goed te gebruiken is voor het bieden van adviezen aan de patiënt (Bental et al. 1999, Smith et al. 2002, Nguyen et al. 2004). Leefstijladvies wordt vooral in verband gebracht met gedragsveranderende interventies, zoals stoppen-met-roken-programma's of programma's over een goed voedingspatroon. Internet biedt de mogelijkheid om op grote schaal mensen te bereiken, maar tevens advies op maat te geven, toegespitst op de specifieke behoefte van de patiënt (Skinner et al. 1993, Gustafson et al. 1998, Bental et al. 1999, Verheijden et al. 2007, Oenema et al. 2001, Hesse en Schneiderman 2007, Brouwer et al. 2010).

In de praktijk blijkt echter dat leefstijladvies gegeven door zorgverleners of versterkt via brochures of folders weinig opgevolgd wordt. Uit onderzoek blijkt dat slechts 20% van de mensen met een chronische ziekte aangeeft zich te houden aan het opgestelde leefstijladvies (Weenink 2007). Dit geeft aan dat goede interventies om de leefstijl te veranderen heel hard nodig zijn, het lijkt er op dat patiënten een steuntje in de rug nodig hebben (Noar et al. 2010). Eén van de verklaringen voor dit lage percentage, is dat het leefstijladvies niet goed aansluit op de situatie van de patiënt. Over het algemeen wordt leefstijladvies aangeboden in de vorm van een algemene folder, gericht op de gehele groep patiënten met een bepaalde chronische ziekte. Patiënten kunnen zich niet identificeren met deze groep en besluiten daardoor het leefstijladvies niet op te volgen. Op dit gebied zouden onlineprogramma's voor leefstijladvies op maat een goede ondersteuning kunnen bieden, door de informatie specifiek te richten op de patiënt.

Onderzoek naar programma voor leefstijladvies op maat schetsen geen eenduidig beeld. Uit onderzoek blijkt dat het gebruik van programma's voor leefstijladvies op maat veelbelovende resultaten biedt. In verschillende onderzoeken komt naar voren dat programma's voor leefstijladvies op maat effectiever zijn in het bereiken van de gewenste leefstijlverandering, dan leefstijladvies dat niet op maat gemaakt is (Brug et al. 1999, Oenema et al. 2001, Smeets et al. 2006, Lustria et al. 2008, Albada et al. 2009, Voncken-Brewster et al. 2013). Daarnaast blijkt echter ook dat veel patiënten niet mee doen met de programma's, of dat ze vroegtijdig afhaken (Verheijden et al. 2007, Brouwer et al. 2010). Aan de ene kant boeken programma's voor leefstijladvies op maat successen, aan de andere kant haken veel

gebruikers vroegtijdig af. Het is van belang te onderzoeken waarom patiënten wel of niet besluiten mee te doen aan een programma voor leefstijladvies op maat.

1.3. AdemDeBaas en COPD

Dit onderzoek zal zich focussen op een programma voor leefstijladvies op maat gericht op mensen met COPD en mensen met een verhoogd risico op COPD, met de naam AdemDeBaas. Voordat er ingegaan zal worden op het programma van AdemDeBaas, zal eerst wat algemene informatie met betrekking tot COPD gepresenteerd worden.

COPD staat voor Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Door de aandoening COPD zijn de luchtwegen chronisch vernauwd waardoor de ademhaling wordt beperkt. De vernauwing resulteert in verschillende klachten, zoals hoesten, kortademigheid en het opgeven van slijm. COPD is een progressieve aandoening, de longen raken steeds verder onherstelbaar beschadigd (Boezen et al. 2006). COPD openbaart zich over het algemeen rond middelbare leeftijd (Boezen et al. 2008). In 2007 zijn 323.600 mensen gediagnosticeerd met COPD, dit komt neer op 2% van de totale bevolking in Nederland. De verwachting is echter dat het werkelijke aantal hoger ligt (Houtum et al. 2010). COPD behoort internationaal gezien tot de ziekten met de hoogste sterftcijfers (Boezen et al. 2008, Voncken-Brewster et al. 2013). Demografische ontwikkelingen laten zien dat in de periode tussen 2005 en 2025 het absolute aantal gediagnosticeerde personen met COPD stijgt met 38% (Boezen et al. 2008). Eén van de belangrijkste risicofactoren voor het ontwikkelen van COPD, is roken. De kans op COPD wordt groter, naarmate er veel en voor een langere periode gerookt is (Boezen et al. 2008). Uit onderzoek is gebleken dat gezondheidsschade mogelijk kan worden voorkomen door de leefstijl ingrijpend te veranderen. Voor COPD betekent dit dat er gestopt moet worden met roken en dat er meer bewogen moet worden (Wieren & Feenstra 2008). Leefstijlveranderingen zijn echter niet eenvoudig te bewerkstelligen. COPD-patiënten zijn over het algemeen niet erg therapietrouw. De juiste leefstijl voor COPD-patiënten is op te delen in vier componenten; medicatie, beweging, voeding en roken (Houtum et al. 2010). Uit onderzoek blijkt dat 37% van de mensen met COPD zich niet altijd aan het medicatievoorschrift houdt. Daarnaast beweegt 39% niet genoeg en zijn 22% van de mensen in deze groep inactief. Dat wil zeggen dat er geen enkele dag in de week voldaan wordt aan de norm van 30 minuten bewegen per dag. Slechts 28% van de COPD-patiënten houdt rekening met de voeding in verband met de aandoening. Tot slot rookt 25% van de COPD-patiënten. Binnen deze groep heeft 75% echter wel de intentie om te stoppen met roken (Houtum et al. 2010). De hiervoor genoemde cijfers hebben betrekking op mensen die gediagnosticeerd zijn met COPD. Er is echter ook een grote groep mensen met een verhoogd risico op COPD, als gevolg van jarenlang roken. Binnen de groep COPD-patiënten heeft 80 tot 90% vroeger gerookt. Roken is daarmee een zeer grote risicofactor voor het

ontwikkelen van COPD. Voor mensen met een verhoogd risico is het eveneens van belang om de leefstijl te veranderen, zodat de kans op COPD verkleind wordt (Houtum et al. 2010).

Zoals eerder al genoemd is, is het veranderen van de leefstijl niet eenvoudig. Zeker voor mensen met een verhoogd risico is de noodzaak niet altijd duidelijk (Brug et al. 1999). Hulp bij het aanpassen van de leefstijl is dan ook in veel gevallen gewenst. Vanuit de Universiteit van Maastricht is in 2012 op deze wens ingespeeld in de vorm van het programma AdemDeBaas. Dit programma is gericht op het geven van leefstijladvies op maat aan mensen met COPD of mensen met een verhoogd risico op COPD in de leeftijdscategorie van 40 tot 70 jaar. Of iemand een verhoogd risico op COPD heeft, wordt bepaald met een risicotest van het Longfonds. Er wordt advies gegeven gericht op twee leefstijlgedragingen; stoppen met roken en meer bewegen. Mensen met COPD of mensen met een verhoogd risico op COPD zijn door de huisarts of door het onderzoeksbureau Flycatcher, uitgenodigd om deel te nemen aan het programma. In totaal hebben 1327 mensen deelgenomen aan het onderzoek van AdemDeBaas. De werving via de huisartsen heeft 44 gebruikers opgeleverd, via Flycatcher zijn 1.283 mensen bereid gevonden om deel te nemen aan het programma (Voncken-Brewster et al. 2013). Het doel van het programma is het vergroten van het zelfmanagement van mensen met COPD en mensen met een verhoogd risico op COPD. Adequaat zelfmanagement kan zorgen voor een betere gezondheidstoestand (Voncken-Brewster et al. 2013). De kern van AdemDeBaas is het I-change model voor gedragsverandering. Dit model gaat er vanuit dat gedragsverandering in drie fasen plaatsvindt; allereerst bewustzijn, vervolgens motivatie en tot slot actie (Vries 2003). Het programma van AdemDeBaas is volgens deze fasen opgebouwd.

Het programma is opgebouwd als een website. Gebruikers krijgen een unieke gebruikersnaam en wachtwoord en kunnen inloggen op de website. Zonder inloggegevens is het niet mogelijk de website te bezoeken. De website bestaat uit verschillende onderdelen. Er wordt onder meer informatie over COPD, stoppen met roken en meer bewegen gegeven. Het belangrijkste onderdeel van AdemDeBaas is het verstrekken van een advies op maat. Door middel van twee afzonderlijke vragenlijsten wordt een advies geformuleerd. De vragenlijsten zijn gebaseerd op eerdere projecten. Voor roken wordt de vragenlijst Fägerström Test for Nicotine Dependence gebruikt, beweging wordt gemeten aan de hand van de Short Questionnaire to Assess Health-Enhancing Physical Activity (SQUASH) vragenlijst (Vocken-Brewster et al. 2013). De gebruikers vullen de vragenlijst in en hieruit volgt een advies op maat. Vervolgens kan er doorgedaan worden met het maken van plannen, het benoemen van moeilijke situaties, het krijgen van steun uit de omgeving en het benoemen van de voor- en nadelen van stoppen met roken en meer bewegen. De gebruikers van het programma krijgen herinneringsmiltjes, zodat het bestaan van

AdemDeBaas niet vergeten wordt. In bijlage A zijn een aantal screenshots van de website van AdemDeBaas opgenomen ter illustratie.

1.4. Probleemstelling en deelvragen

Uit de bovenstaande probleemanalyse kunnen de probleemstelling en de daarbij behorende deelvragen geformuleerd worden. De probleemstelling in dit onderzoek luidt als volgt: 'Wat kan er geleerd worden van het gebruik van het leefstijladviesprogramma AdemDeBaas door mensen met COPD en mensen met een verhoogd risico op COPD?'. Om de probleemstelling te beantwoorden, zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- Wat is er al bekend over programma's voor leefstijladvies op maat?
- Wat kan er geleerd worden van onderzoek over reeds uitgevoerde programma's voor leefstijladvies op maat?
- Welke factoren zorgen ervoor dat een programma voor leefstijladvies op maat gebruikt, dan wel niet gebruikt wordt?
- Wat vinden mensen met COPD en mensen met een verhoogd risico op COPD belangrijke aspecten bij gebruikmaking van programma's voor leefstijladvies op maat?
- Wat zijn de verwachtingen en bevindingen van mensen met COPD en mensen met een verhoogd risico op COPD die gebruikmaken van het programma AdemDeBaas?

1.5. Relevantie

Dit onderzoek heeft zowel een maatschappelijke, als een wetenschappelijke relevantie. Er is weinig bekend over wat gebruikers precies verwachten van een programma voor leefstijladvies op maat en wat zij belangrijk vinden binnen een programma (Verheijden et al. 2007). Dit onderzoek zal hopelijk inzicht kunnen geven in de verwachtingen en bevindingen, zodat dit gebruikt kan worden voor vervolgonderzoek. Het aantal personen met COPD zal de komende jaren alleen maar toenemen. De getoonde percentages van therapietrouw met betrekking tot COPD laten zien dat passende interventies hard nodig zijn om de groeiende groep met COPD-patiënten te ondersteunen bij het aanpassen van de leefstijl. Inzicht in wat gebruikers verwachten van een programma kunnen zeer waardevol zijn bij het opstellen van dit soort programma's.

Daarnaast heeft dit onderzoek een maatschappelijke relevantie. Dit onderzoek tracht te onderzoeken waarom patiënten wel of niet gebruikmaken van een programma voor leefstijladvies op maat. Mogelijk kunnen bevindingen uit dit onderzoek gebruikt worden om een gerichtere aanpak te ontwikkelen om zoveel mogelijk chronische patiënten binnen deze programma's te betrekken.

H2. Literatuuronderzoek

In dit hoofdstuk zal het literatuuronderzoek dat verricht is aan bod komen. Het hoofdstuk zal zich focussen op het begrip 'leefstijladvies op maat' en bestaande onderzoeken die zich richten op dat gebied. Het begrip 'leefstijladvies op maat' is een centraal begrip in deze scriptie en er zijn verschillende onderzoeken naar gedaan. De resultaten van de onderzoeken die al uitgevoerd zijn, kunnen belangrijke inzichten en aanknopingspunten bieden voor dit onderzoek. Het begrip 'leefstijladvies op maat' is een complex begrip. Het uitvoeren van een literatuuronderzoek heeft ervoor gezorgd dat het begrip verduidelijkt is en heeft duidelijk gemaakt waar de knelpunten rond het begrip zitten. Dit is belangrijk voor het vervolg van dit onderzoek, zonder duidelijke terminologie is het formuleren van conclusies een onbegonnen bezigheid.

De leeswijzer van dit hoofdstuk is als volgt: in paragraaf één zal besproken worden hoe er gezocht is naar relevante literatuur en wat de resultaten van deze zoektocht zijn. Paragraaf twee zal vervolgens een beschrijving bevatten van het concept leefstijladvies op maat. In paragraaf drie zal het belang van leefstijladvies op maat aan bod komen en daarnaast zal er in gegaan worden op de voor- en nadelen van het gebruik van programma's voor leefstijladvies op maat. In de vierde paragraaf zal gekeken worden naar verschillende onderzoeken waarin het gebruik van programma's voor leefstijladvies op maat centraal staan en wat er van deze onderzoeken geleerd kan worden. Tot slot zal er in paragraaf vijf gekeken worden naar factoren voor gebruik. Hierbij zal gebruikt worden gemaakt van de inzichten uit een casestudy en een review study.

2.1. Zoekstrategie

In deze paragraaf zal besproken worden hoe er gezocht is naar relevante literatuur. Er is gebruik gemaakt van de zoekmachine Google Scholar. Allereerst is er gezocht naar algemene informatie, door het begrip 'eHealth' in te voeren. Op deze manier is een globaal beeld verkregen van wat eventueel de toegevoegde waarde van eHealth op het gebied van leefstijlinterventies zou kunnen zijn. De onderzoeker heeft zich op deze manier ingelezen in het onderwerp eHealth en zo wat achtergrondinformatie verzameld voor de eigen beeldvorming. Na het verkrijgen van een algemene indruk is er gebruikt gemaakt van een aantal specifiekere zoektermen. Deze zoektermen zijn allereerst bedacht door logisch na te denken. Hieruit kwam de zoekterm 'leefstijladvies op maat'. Dit is een belangrijke zoekterm, omdat het een belangrijk concept in dit onderzoek is. De zoekterm leverde echter weinig resultaten op. Vervolgens is geprobeerd de Engelse benaming voor 'leefstijladvies op maat' te vinden. Met behulp van het trialregister van het programma AdemDeBaas leverde dit de zoekterm 'computer-tailored feedback program' op. Het trialregister geeft een overzicht van alle lopende onderzoeken in Nederland weer. Deze zoekterm heeft, in tegenstelling tot de

Nederlandse vertaling, wel relevante artikelen opgeleverd. Door te kijken naar de voetnoten en literatuurlijsten van de relevante artikelen is vervolgens verder gezocht. Daarna is gekeken naar 'patient satisfaction', 'ease of use' en 'usability' in relatie tot 'computer-tailored feedback program'. De hiervoor genoemde zoektermen zijn gebruikt om te kunnen kijken naar gebruikerservaringen van een programma voor leefstijladvies op maat. De verwijzingen in de relevante artikelen zijn wederom bekeken, zodat er een grote verscheidenheid aan literatuur gevonden is.

De zoekstrategie heeft een grote verscheidenheid aan bronnen opgeleverd. Het merendeel van de informatie is afkomstig uit wetenschappelijke tijdschriften. Er zijn acht review-artikelen gebruikt, waarin een overzicht gegeven wordt van de literatuur binnen een bepaalde periode. De meerderheid van de overige artikelen zijn gepubliceerde onderzoeken, zowel kwantitatief als kwalitatief, waarin een programma voor leefstijladvies op maat onderzocht is. Tot slot is er een kleine hoeveelheid algemene artikelen, vooral bedoeld om de context van leefstijladvies op maat te begrijpen en ter verduidelijking van een aantal begrippen en concepten.

2.2. Leefstijladvies op maat

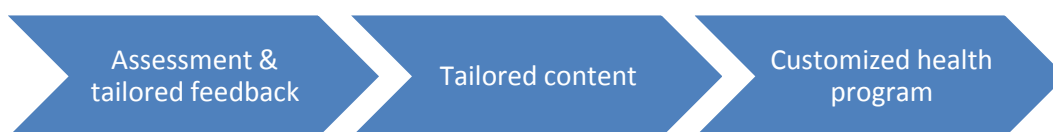
Leefstijladvies op maat is sinds 1990 in opkomst, met name door de ontwikkeling van het internet (Oenema et al. 2001). Er werd al langer gebruik gemaakt van leefstijladvies, dit was echter op één bepaalde groep gericht en niet op de individuele patiënt. Hierbij moet gedacht worden aan brochures, folders en websites met algemene informatie. De komst van het internet was echter een grote vooruitgang in de mogelijkheid om leefstijladvies op maat te bieden.

Programma's voor leefstijladvies op maat hebben de mogelijkheid om het advies aan te passen aan de specifieke behoefte van een persoon (Skinner et al. 1993). De definitie van leefstijladvies is eenvoudig; advies over de manier van leven. De definitie van 'op maat' is minder eenvoudig. Gezegd kan worden dat 'op maat' betekend dat de inhoud van de informatie of de manier van aanbieden van de informatie, aangepast is aan de behoefte van het individu (Skinner et al. 1993, Bental et al. 1999, Oenema et al. 2001, Hesse en Schneiderman 2007). Dat wil zeggen dat personen informatie ontvangen over de leefstijl die persoonlijk geadresseerd is en niet gericht is aan een gehele groep. Een breed geaccepteerde definitie van 'op maat' is gegeven door Kreuter & Skinner (2000) en luidt als volgt: "Any combination of information or change strategies intended to reach one specific person, based on characteristics that are unique to that person, related to the outcome of interest, and have been derived from an individual assessment". Belangrijke aspecten uit de definitie die hierboven gegeven is, zijn dat het advies op maat alleen gericht is op één

individueel en niet op een groep mensen en dat het advies gebaseerd is op karakteristieken die specifiek zijn voor een individu (Kreuter & Skinner 2000).

Binnen de literatuur heerst vaak verwarring over de terminologie (Kreuter et al. 1999). Er kan gesproken worden van een continuüm, met aan de ene uiterste 'mass communication', boodschappen die voor iedereen bedoeld zijn en aan het andere uiterste 'tailored information' gericht op een individu (Hawkins et al. 2008). Massa communicatie is een goede manier om algemene informatie onder de aandacht te brengen bij de gehele bevolking, maar lijkt niet geschikt om een leefstijlverandering te bewerkstelligen (Smeets et al. 2006). Advies op maat, gericht op een individu, is hier echter wel geschikt voor en veel programma's voor leefstijladvies op maat claimen dan ook dat er advies op maat aangeboden wordt. In het continuüm van 'mass communication' en 'tailored communication' ligt 'targeted communication' (Hawkins et al. 2008). Bij 'targeted communication' wordt er een boodschap gepresenteerd die gericht is op een bepaalde subpopulatie van de bevolking. Deze groep deelt gemeenschappelijke kenmerken en op basis van deze kenmerken wordt een advies geformuleerd (Kreuter et al. 1999, Kreuter & Skinner 2000, Halder et al. 2008, Hawkins et al. 2008). Een 'targeted' advies is minder persoonlijk dan een 'tailored' advies en in sommige onderzoeken is er eerder sprake van een 'targeted' advies (Kreuter & Skinner 2000).

Er zijn gradaties mogelijk in het leefstijladvies op maat wat geboden wordt (Lustria et al. 2008). Het ene programma is wat betreft advies op maat verder ontwikkeld dan het andere programma. In het artikel van Lustria et al. (2008) wordt een continuüm beschreven in de mate van verfijning van het advies op maat. In het onderstaande schema wordt dit continuüm weergegeven:



Figuur 1: Continuüm depicting level of sophistication of computer-tailored online behavioral interventions (overgenomen van: Lustria et al. 2008)

Het 'customized health program' is de meest ontwikkelde vorm van advies op maat. Een vragenlijst ligt aan de basis van alle programma's voor advies op maat. De mate van personalisatie kan vervolgens uitgebreid worden (Lustria et al. 2008). Zo kan in het advies onderscheid gemaakt worden naar de persoonlijke omstandigheden van gebruikers. Aan een roker die graag sport kan bijvoorbeeld meegegeven worden dat roken de sportprestaties beïnvloed, terwijl bij niet-sportende rokers weergegeven kan worden dat roken kan zorgen voor ademhalingsproblemen (Lustria et al. 2008). Het advies heeft door de personalisatie meerwaarde voor de gebruiker. Door het persoonlijk maken van het advies wordt de

impressie gecreëerd dat het advies speciaal voor het individu gemaakt is (Lustria et al. 2008).

Er zijn verschillende aspecten die op maat gemaakt kunnen worden bij leefstijladvies programma's via het internet. Ten eerste is het mogelijk om de inhoud van het advies aan te passen aan de behoefte van het individu. Daarnaast kan de vorm van het advies dat gegeven wordt op maat gemaakt worden (Bental et al. 1999). Voorbeelden hierbij zijn het aanpassen van het taalgebruik op het niveau van de patiënt of het vergroten van het lettertype bij oudere gebruikers en gebruikers die slechtziend zijn (Nahm et al. 2004, Hesse & Schneiderman 2007). Dit voorbeeld laat zien dat er een wisselwerking nodig is tussen de techniek en de gebruikers. Bij oudere gebruikers zal een ander soort techniek gebruikt moeten worden om het advies uit te brengen dan bij jonge gebruikers die gewend zijn aan de omgang met internet.

2.3. Belang van leefstijladvies op maat

De vraag is waarom leefstijladvies op maat gemaakt zou moeten worden. Er zijn verschillende redenen te noemen waarom het van belang kan zijn om programma's op te stellen waarin leefstijladvies op maat aangeboden wordt. Ten eerste wordt overbodige informatie verwijderd door een advies op maat te maken. De informatie die vervolgens overblijft, is van persoonlijke relevantie voor de gebruiker. Uit onderzoek blijkt dat mensen meer aandacht schenken aan adviezen die zij van persoonlijk belang achten. Doordat het advies goed aansluit bij de persoonlijke karakteristieken is de gebruiker meer gemotiveerd en beter in staat tot het veranderen van de leefstijl (Kreuter et al. 1999).

Het belang van programma's voor leefstijladvies op maat is in verschillende onderzoeken belicht. De meeste programma's hebben zich tot nu toe gericht op stoppen met roken, het volgen van een gezond voedingspatroon en meer bewegen. Uit verschillende studies blijkt dat leefstijladvies op maat effectiever werkt dan algemeen leefstijladvies (Brug et al. 1999, Oenema et al. 2001, Smeets et al. 2006, Lustria et al. 2008, Albada et al. 2009, Voncken-Brewster et al. 2013). Een verklaring hiervoor is dat de persoonlijke relevantie van advies op maat beter zichtbaar is en dit zorgt voor meer motivatie (Brug et al. 1999, Albada et al. 2009). Leefstijladviezen op maat worden over het algemeen beter gelezen, onthouden en gewaardeerd dan standaard leefstijladvies (Brug et al. 1999, Lustria et al. 2008, Hawkins et al. 2008). Doordat er advies op maat geboden wordt, bevat het advies alleen informatie die relevant is voor het individu in kwestie. Er wordt meer aandacht besteedt aan het advies, omdat het advies veel minder overbodige informatie bevat dan bij een algemeen leefstijladvies (Brug et al. 1999).

Er zitten voor- en nadelen aan programma's voor leefstijladvies op maat. Het grootste voordeel is hierboven al beschreven, advies op maat zou kunnen zorgen voor meer gedragsveranderingen. Advies op maat is te vergelijken met individuele counseling, hierdoor wordt het effect van de interventie versterkt (Skinner et al. 1993, Bental et al. 1999, Oenema et al. 2001). Daarnaast blijkt dat advies op maat beter gelezen en onthouden wordt dan informatie uit een brochure of folder (Bental et al. 1999, Brug et al. 1999, Brug et al. 2003, Smeets et al. 2006, Lustria et al. 2008, Hawkins et al. 2008, Noar et al. 2010). Programma's voor leefstijladvies op maat bieden de mogelijkheid veel mensen te bereiken, tegen lage kosten. Dit in tegenstelling tot individuele counseling. Grote groepen mensen kunnen profiteren van adviezen op maat (Oenema et al. 2001, Smeets et al. 2006, Noar et al. 2010, Smit et al. 2012). De website biedt de mogelijkheid om 24 uur per dag de benodigde informatie op te vragen. De resultaten van een aantal onderzoeken laten zien dat gebruikers hier behoefte aan hebben (Griffiths et al. 2006, Strecher 2007, Atack et al. 2008). Tot slot is een website flexibel. Er kan voortdurend geüpdatet worden naar de nieuwste maatstaven, dit in tegenstelling tot folders die opnieuw gemaakt en gedrukt moeten worden. Programma's voor advies op maat kunnen op deze manier altijd actueel zijn (Oenema et al. 2001, Griffiths et al. 2006).

Nadelen blijken er echter ook te zijn. De programma's kunnen alleen mensen bereiken met toegang tot internet (Oenema et al. 2001). In Nederland is dit echter geen groot nadeel, gezien het feit dat 94% van de Nederlandse huishoudens beschikt over een internetaansluiting. Bij het bereiken van mensen via het internet draait het niet alleen om het hebben van een internetaansluiting, maar tevens over de internetvaardigheden die mensen bezitten. Niet iedereen met een internetaansluiting is daadwerkelijk in staat tot het gebruik maken van het internet. Er zijn bijvoorbeeld situaties denkbaar waarbij iemand niet in staat is om zelf het internet op te starten, dat wil zeggen het icoontje van de internetbrowser aanklikken, of dat iemand niet goed met een toetsenbord overweg kan en daardoor geen websites kan bereiken. Daarnaast kost het lezen vanaf een scherm meer energie en kan de informatie daardoor minder goed overkomen (Oenema et al. 2001). Een ander belangrijk nadeel van websites die programma's voor leefstijladvies op maat aanbieden, is dat er over het algemeen geen contact is met een professional. Gebruikers zijn op zichzelf aangewezen en krijgen geen feedback van een deskundige op het desbetreffende leefstijlgebied (Brug et al. 2003). Een belangrijk nadeel van het bieden van leefstijladvies op maat, is dat er veel gegevens van de gebruikers beschikbaar moeten zijn om een advies op maat te kunnen maken (Kreuter et al. 1999). Uit een onderzoek van Kreuter et al. (2000) naar een programma voor leefstijladvies op maat gericht op overgewicht, komt naar voren dat ongeveer vijftig procent van de gebruikers het advies daadwerkelijk op maat vindt (Kreuter et al. 2000). De 'goodness-of-fit' geeft aan dat voor de ene gebruiker het programma wel op

maat kan zijn, maar voor de andere gebruiker niet (Kreuter et al. 2000). Een verklaring hiervoor ligt in het feit dat iedereen verschillend is en dat mensen daardoor altijd verschillende behoeften en verwachtingen hebben ten aanzien van een programma voor leefstijladvies op maat (Kreuter et al. 2000, Hawkins et al. 2008). Perfect aansluitend advies op maat voor iedere individu lijkt een illusie te zijn. Niet alleen technisch is het vrijwel onmogelijk, aangezien er over het algemeen gewerkt wordt met gestandaardiseerde vragenlijsten, maar daarnaast zouden er enorm veel individuele adviezen geschreven moeten worden (Hawkins et al. 2008). Dit zou de kosten, van leefstijladvies op maat aangeboden door websites, flink doen stijgen. De vraag of de kosten of het perfecte advies op maat zwaarder weegt, is een belangrijke afweging. In de meest ideale situatie zou het advies op maat niet alleen gebaseerd moeten zijn op leefstijlkenmerken, maar tevens op factoren die niets met de leefstijl te maken hebben en die variëren van individu tot individu, zoals waarden en normen (Kreuter et al. 2000). De vraag is in hoeverre dit tot de mogelijkheden behoort.

2.4. Gebruik van programma's voor leefstijladvies op maat

Er is weinig onderzoek gedaan naar wat gebruikers precies verwachten en wat ze willen van een programma voor leefstijladvies op maat (Verheijden et al. 2007). Uit evaluaties van programma's die al afgesloten zijn kan echter veel informatie gehaald worden.

Uit verschillende onderzoeken komen aspecten naar voren waar gebruikers van programma's voor leefstijladvies op maat waarde aan hechten. De meeste aspecten zijn gericht op het design en de lay-out van de website. Een punt dat vaak genoemd wordt is de grootte van het lettertype (Smith et al. 2002, Nahm et al. 2004, Hesse & Schneiderman 2007, Atack et al. 2008). Voor ouderen en mensen met een verminderd gezichtsvermogen is het belangrijk dat de tekst op de website vergroot kan worden. Daarnaast wordt het punt begrijpelijke informatie vaak genoemd (Smith et al. 2002, Atack et al. 2008). Respondenten geven aan dat duidelijke navigatie op de website van belang is (Gustafson et al. 1998, Smith et al. 2002, Nahm et al. 2004, Atack et al. 2008, Brouwer et al. 2010). De website moet toegankelijk zijn voor iedereen, ongeacht ervaring met het gebruik van internet (Hesse & Schneiderman 2007). Problemen met de website zouden er voor kunnen zorgen dat deelname aan het programma vroegtijdig beëindigd wordt. Hoogstaand gebruikersdesign is om deze reden vereist (Voncken-Brewster et al. 2013). Er wordt veel belang gehecht aan de startpagina van het de website (Nahm et al. 2004, Atack et al. 2008). Volgens respondenten is de startpagina het visitekaartje van het programma en moet op deze pagina duidelijk worden uitgelegd hoe het programma voor leefstijladvies op maat werkt. Daarnaast is het van belang dat bij iedere afbeelding, filmpje of andere animatie een begeleidende tekst staat met instructies (Smith et al. 2002, Nahm et al. 2004). Respondenten vinden dat advies een

persoonlijke aanhef moet hebben, door gebruik te maken van de naam van de gebruiker (Brug et al. 1999, Brug et al. 2003, Verheijden et al. 2007). Tot slot is het bij de vormgeving van belang dat er niet te veel informatie op één pagina staat (Atack et al. 2008). Lezen vanaf een scherm is vermoeiender dan vanaf papier, de hoeveelheid informatie moet hierop worden aangepast (Smith et al. 2002).

Naast de hiervoor genoemde aspecten met betrekking tot het design en de lay-out, zijn nog een aantal andere aspecten van belang. Respondenten hechten veel waarde aan de veiligheid van de website (Atack et al. 2008). Sommige programma's voor leefstijladvies op maat beveiligen de websites door middel van een authenticatieplicht. Respondenten geven aan dat uitleg over het doel van de registratie gewenst is (Brouwer et al. 2009, Brouwer et al. 2010). Door duidelijke informatie te verschaffen wordt voorkomen dat mensen de website vroegtijdig verlaten. Authenticatie kent voor- en nadelen. Nadelen zijn dat de gebruiker fouten kan maken bij het invoeren van de gebruikersnaam en het wachtwoord. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat de gebruikersnaam of het wachtwoord vergeten wordt (Smith et al. 2002). Voordelen zijn dat de privacy van gebruikers meer gewaarborgd wordt en dat dit een gevoel van veiligheid geeft (Smith et al. 2002). Uit onderzoek van Verheijden et al. (2007) komt naar voren dat respondenten niet langer dan 17 minuten kwijt willen zijn aan het invullen van de vragenlijst en het lezen van het advies op maat. Daarnaast wil geen enkele respondent uit het onderzoek betalen om mee te mogen doen aan het programma (Verheijden et al. 2007). Respondenten hechten waarde aan een positief advies op maat, bevelende en negatieve adviezen zullen minder snel worden opgevolgd (Gilbert et al. 2009). Tot slot is er een onderscheid te maken tussen programma's die zich richten op één gedraging en programma's die zich richten op meerdere gedragingen (Smeets et al. 2006, Smeets et al. 2007). Op dit moment richt het merendeel van de programma's voor leefstijladvies op maat zich op één gedraging, bijvoorbeeld stoppen met roken. De tendens is echter dat programma's zich gaan richten op meerdere gedragingen die de leefstijl beïnvloeden (Smeets et al. 2006). AdemDeBaas is hier een goed voorbeeld van, omdat er gefocust wordt op zowel stoppen met roken als meer bewegen. Het is minder eenvoudig om meerdere gedragingen in één programma te vatten, omdat het voor gebruikers overweldigend kan zijn om meerdere slechte gewoonten te moeten verbeteren (Smeets et al. 2007).

2.5. Factoren voor gebruik: inzichten uit een casestudy en een review van factoren

In deze paragraaf zal gekeken worden naar factoren voor gebruik. Er zal onder meer gebruik gemaakt worden van een casestudy van Brouwer en een review studie van Schubart om te kunnen kijken naar verschillende factoren die het gebruik van een programma voor leefstijladvies op maat beïnvloeden.

Zoals hiervoor al beschreven is, bieden programma's voor leefstijladvies op maat de mogelijkheid om grote aantallen mensen te bereiken met één programma. In de realiteit blijkt echter dat de daadwerkelijke bezoekersaantallen achterblijven bij de verwachtingen die de makers van het programma op voorhand hebben (Brouwer et al. 2009, Schubart et al. 2011). Brouwer et al. (2009) hebben onderzocht welke factoren van invloed zijn op de beslissing om wel of niet mee te doen aan een programma voor leefstijladvies op maat.

Motivatie, nieuwsgierigheid en een gevoel van urgentie lijken belangrijke factoren te zijn om een website met leefstijladvies op maat voor de eerste keer te bezoeken (Brouwer et al. 2009). Verschillende onderzoeken tonen aan dat programma's voor leefstijladvies op maat over het algemeen beter werken voor mensen die al gemotiveerd zijn om de leefstijl te veranderen of te verbeteren (Brug et al. 2003, Smeets et al. 2006). Uit onderzoek van Smeets et al. (2006) blijkt dat het programma voor leefstijladvies op maat effectiever is voor gebruikers die gemotiveerd zijn om de leefstijl te veranderen. Een verklaring hiervoor is dat websites die leefstijladvies op maat aanbieden een grote mate aan vrijblijvendheid bieden. Het is aan de gebruiker zelf om het opgestelde programma te volgen en af te maken, er zit geen dwang achter. De meeste programma's voor advies op maat maken gebruik van vragenlijsten die door de gebruiker ingevuld worden, waarna er een persoonlijk advies op basis van de vragenlijst gemaakt wordt. Niet-gemotiveerde gebruikers zullen de vragenlijst niet af willen maken of zijn niet gemotiveerd om het advies op maat te lezen of er mee aan de slag te gaan, omdat ze geen urgentie tot veranderen ervaren (Brug et al. 2003, Smeets et al. 2006). Doordat de gebruiker gedwongen wordt actief aan de slag te gaan, zullen mensen die niet gemotiveerd zijn om de leefstijl te veranderen eerder stoppen met het volgen van het programma voor leefstijladvies op maat (Brug et al. 2003, Smeets et al. 2006). Daarnaast blijkt dat gemotiveerde gebruikers het programma over het algemeen positiever beoordelen dan gebruikers die niet gemotiveerd zijn (Smeets et al. 2006). Dit is een belangrijke verklaring waarom de bezoekersaantallen van programma's gericht op leefstijladvies op maat in de praktijk soms achterblijven bij de verwachtingen van de makers. Er zijn echter verschillende mogelijkheden om gebruikers te motiveren (Rimer & Kreuter 2006). Het is van belang om de inhoud van het programma af te stemmen op de behoefte en de interesse van het individu. Daarnaast moet de gezondheidsinformatie in een context geformuleerd worden die van betekenis is voor de gebruiker. De lay-out van de website moet zo ontworpen zijn dat de aandacht van gebruikers getrokken en vastgehouden wordt. Tot slot is het van belang om informatie te leveren in de hoeveelheid en door middel van kanalen die voor het individu de voorkeur hebben (Rimer & Kreuter 2006). Gebruikers zijn gemotiveerder wanneer het advies persoonlijk is en de manier waarop de informatie aangeboden wordt, aansluit bij de wensen van de gebruiker (Rimer & Kreuter 2006).

Daarnaast kan het van belang zijn dat de potentiële gebruiker nieuwsgierig gemaakt is naar de mogelijkheden van het programma (Brouwer et al. 2009). De keuze om een website met leefstijladvies op maat niet te bezoeken kan zijn dat iemand niet geïnteresseerd is in de interventie of dat iemand niet het bewustzijn heeft dat het gezondheidsgedrag moet veranderen (Brouwer et al. 2009). Over het algemeen werken programma's voor leefstijladvies op maat met zelfevaluaties. Het is aan de gebruikers om zelf een inschatting te maken van de leefstijl en het blijkt dat mensen zich over het algemeen beter beoordelen dan eigenlijk het geval is. Dit geeft een vertekend beeld en de noodzaak om de leefstijl te verbeteren wordt op deze manier mogelijk niet gezien door gebruikers (Brug et al. 2003). Zolang de urgentie tot verandering niet ervaren wordt, is de gebruiker niet gemotiveerd om aan de slag te gaan met het leefstijladvies op maat (Brug et al. 2003, Smeets et al. 2006). Tot slot is mond-op-mond reclame een belangrijke reden om een website met leefstijladvies op maat te bezoeken. Positieve ervaringen en verhalen van andere gebruikers wekken de nieuwsgierigheid van een potentiële nieuwe gebruiker (Brouwer et al. 2009).

Motivatie, nieuwsgierigheid en gevoel van urgentie zorgen ervoor dat het programma voor leefstijladvies op maat bezocht wordt. Dit wil echter niet zeggen dat iemand lang op de website blijft. Het blijkt moeilijk te zijn om bezoekers regelmatig de website te laten bezoeken. Het regelmatig bezoeken van het programma op internet kan bijdragen aan de gewenste gedragsverandering. Het is dan ook van belang dat bezoekers het programma blijven gebruiken (Brouwer et al. 2009). Volgens Schubart et al. (2011) is het bieden van leefstijladvies op maat een effectieve manier om bezoekers aan het programma te binden. Respondenten geven aan dat de eerste twee minuten op de website cruciaal zijn (Brouwer et al. 2009). In dit tijdsbestek moet de interesse van de bezoeker gewekt zijn. Na de twee minuten draait het om factoren die gerelateerd zijn aan de interventie, zoals het design van het programma, het taalgebruik en de lengte van de in te vullen vragenlijst (Brouwer et al. 2009). Respondenten uit het onderzoek van Brouwer et al. (2009) geven aan dat het invullen van de vragenlijst en het geven van een persoonlijk advies maximaal vijftien minuten mag duren. Uit onderzoek van Verheijden et al. (2007) kwam naar voren dat het invullen niet langer dan 15 minuten mag duren, de onderzoeken komen hierin behoorlijk overeen. Een aantrekkelijk vormgegeven website zorgt ervoor dat een bezoeker langer op de website blijft (Brouwer et al. 2009).

Voor de gewenste gedragsverandering is het van belang dat bezoekers de website regelmatig gebruiken. Of een bezoeker nogmaals de website wil bezoeken, hangt af van het vorige bezoek en de haalbaarheid van het gegeven advies bij het vorige bezoek (Brouwer et al. 2009). Daarnaast is het van belang dat de website regelmatig ververs wordt en dat er nieuwe informatie opgenomen wordt. Respondenten uit het onderzoek van Brouwer et al. (2009) geven aan dat een herinnering, bijvoorbeeld door middel van een nieuwsbrief via de

e-mail, een goede motivatie zou zijn om de website opnieuw te bezoeken. Tot slot noemen respondenten verschillende andere redenen om de website met het leefstijladvies op maat wederom te bezoeken, zoals de aanwezigheid van een forum om lotgenoten te spreken, de mogelijkheid om een expert om hulp te vragen en de aanwezigheid van recepten om een gezonde leefstijl te bevorderen (Brouwer et al. 2009).

H3. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk zal het theoretisch kader van dit onderzoek geschetst worden. Er zal gebruik gemaakt worden van het concept 'technology in practice'. Er zal beschreven worden wat dit concept is en waarom dit relevant is voor dit onderzoek.

3.1. Visies op technologie

In deze paragraaf zal beschreven worden op welke manieren er naar technologie gekeken wordt. Daarnaast zal beschreven worden welk concept in dit onderzoek centraal zal staan.

In dit onderzoek staan programma's voor leefstijladvies op maat centraal. Het programma dat in dit onderzoek beschreven wordt, is te vinden op het internet. Mensen krijgen via de huisarts een uitnodiging om mee te doen aan het programma. Om het programma te laten werken, is het gebruik van technologie, in dit geval het internet, noodzakelijk. Er bestaan verschillende zienswijzen op technologie. Gezegd kan worden dat er drie stromingen bestaan; het technologisch determinisme, het sociaal essentialisme en technology in practice (Timmermans & Berg 2003). Het technologisch determinisme is op dit moment de meest voorkomende manier om naar technologie te kijken. Binnen deze stroming wordt verondersteld dat de technologie bepalend is voor het wel of niet slagen van een programma voor leefstijladvies op maat (Timmermans & Berg 2003). Aan de technologie wordt in deze stroming grote waarde gehecht. Binnen het technologisch determinisme wordt op een rationale manier naar technologie gekeken. Hoe de omgeving reageert op de technologie wordt alleen bepaald door de technologie. Er wordt daardoor veel macht toegeschreven aan de technologie (Timmermans & Berg 2003). Het sociaal essentialisme is de tegenhanger van het technologisch determinisme. Bij het sociaal essentialisme wordt getracht de technologie te verklaren vanuit een sociaal wetenschappelijke visie (Timmermans & Berg 2003). De techniek zelf wordt ondergeschikt geacht. De sociale context waarin de technologie zich bevindt, staat volledig centraal (Timmermans & Berg 2003). Tot slot is er de stroming technology in practice. Gezegd kan worden dat deze stroming zowel kenmerken van het technologisch determinisme en het sociaal essentialisme bevat. Bij technology in practice draait het om de wisselwerking tussen technologie en de gebruikers van deze technologie (Timmermans & Berg 2003). In tegenstelling tot de hiervoor genoemde stromingen is niet de technologie of de context allesbepalend, maar draait het om de samenhang tussen deze twee aspecten. In veel onderzoeken worden gebruikers en technologie gezien als twee aparte objecten, maar bij technology in practice draait het juist om de wisselwerking tussen beide objecten. De aanhangers van de stroming technology in practice zijn geïnspireerd door de sociaal constructivistische benadering (Timmermans & Berg 2003). Het is van groot belang om onderzoek te doen naar de technologie in het veld, er moet gekeken worden hoe

de technologie in de werkelijkheid werkt (Timmersmans & Berg 2003). In dit onderzoek is gekozen om vanuit de technology in practice stroming naar het programma voor leefstijladvies op maat te kijken. Op deze manier kan mogelijk bekeken worden wat het programma voor gebruikers betekend en wat gebruikers voor het programma kunnen betekenen.

3.2. Technology in practice en programma's voor leefstijladvies op maat

In deze paragraaf zal besproken worden wat de relevantie is van het concept technology in practice voor programma's die leefstijladvies op maat bieden. Het concept technology in practice zal aan de hand van het programma voor leefstijladvies op maat verder uitgewerkt worden.

Zoals in de vorige paragraaf al kort beschreven is, draait het bij de stroming technology in practice om de wisselwerking tussen de techniek en de gebruikers. Dit concept gaat er vanuit dat er een samenhang is tussen technologie, professionals en patiënten. Technologie heeft voor ieder individu een andere betekenis (Timmermans & Berg 2003). Technologie is geen op zichzelf staand object, het moet gezien worden in een bepaalde context (Oudshoorn 2005). Bij de stroming technology in practice wordt er van uit gegaan dat techniek in staat is meerdere rollen op zich te nemen (Oudshoorn 2005). Er kan een dominante manier of voorgeschreven manier van gebruiken zijn, maar iedere gebruiker kan zelf de rol van de techniek kiezen. Daardoor bestaan er verschillen in de relatie tussen gebruikers en een bepaalde technologie en dit zorgt voor verschillen in het daadwerkelijke gebruik (Pols & Moser 2009). Aan de hand van een voorbeeld zal het concept technology in practice toegepast worden op programma's voor leefstijladvies op maat.

In hoofdstuk twee, in paragraaf vier is het gebruik van programma's voor leefstijladvies op maat aan bod gekomen. In deze paragraaf werd onder meer duidelijk dat verschillende groepen verschillende aspecten belangrijk vinden. Een voorbeeld is de grootte van het lettertype dat op de website gehanteerd wordt (Smith et al. 2002, Nahm et al. 2004, Hesse & Schneiderman 2007, Atack et al. 2008). Oudere gebruikers van een programma voor leefstijladvies op maat kunnen minder goed in staat zijn de gehanteerde lettergrootte te lezen. Het is daarom van belang dat op de website een functie aanwezig is waardoor het mogelijk is de tekst te vergroten. Dit voorbeeld laat zien dat een bepaalde technologie verschillende rollen kan hebben. Bij oudere gebruikers zal een ander soort techniek gebruikt moeten worden om het advies over te brengen dan bij jonge gebruikers die gewend zijn aan de omgang met internet. Om het gewenste doel te bereiken, in dit geval het veranderen van de leefstijl van mensen met COPD en mensen met een verhoogd risico op COPD, is er een wisselwerking nodig tussen techniek en mensen (Oudshoorn 2005). In de volgende

paragraaf zal verder ingegaan worden op de wisselwerking tussen technologie en gebruikers.

3.3. Belang van gebruikers en niet-gebruikers

In deze paragraaf zal het belang van zowel de gebruiker als de niet-gebruiker centraal staan. Besproken zal worden waarom het van belang is om onderzoek te doen naar gebruikers van programma's voor leefstijladvies op maat. Daarnaast zal gekeken worden naar de rol van niet-gebruikers voor de constructie van een technologie.

Lange tijd zagen onderzoekers en ontwikkelaars van technologieën gebruikers als passieve participanten (Oudshoorn 2005). Dit beeld is de afgelopen jaren veranderd. Gebruikers spelen een belangrijke rol in de constructie van een technologie en kunnen gezien worden als actieve participanten (Oudshoorn 2005, Wyatt 2005). Zoals in de voorgaande paragraaf al is aangegeven, bestaan er verschillende relaties tussen technologie en gebruikers (Pols & Moser 2009). Doordat er verschillende relaties bestaan, betekent dit dat er verschillende visies zijn op één technologie. Er kan veel geleerd worden van de verschillende percepties van gebruikers, daarom is het van belang om onderzoek te doen naar de ervaringen en bevindingen van gebruikers van programma's voor leefstijladvies op maat (Oudshoorn 2005). Door te focussen op de gebruiker van een bepaalde technologie, kan er een beter begrip ontstaan over waarom sommige technologieën succesvol zijn en andere daarentegen onsuccesvol blijken te zijn (Oudshoorn 2005).

Een belangrijke, misschien zelfs wel de belangrijkste, vraag bij het ontwerpen van een programma voor leefstijladvies op maat, is wie de gebruiker is (Oudshoorn 2005). Iedere gebruiker heeft andere eigenschappen en identiteiten waarmee bij het ontwerp van het programma mogelijk rekening gehouden moet worden. Op dit moment gebruiken veel ontwikkelaars van technologie de I-Methodology (Oudshoorn 2005). Bij deze methode gebruiken producenten en designers zichzelf als paradigma voor de gebruiker. Op deze manier creëren de ontwikkelaars een denkbeeldig beeld van de potentiële toekomstige gebruikers (Oudshoorn 2005). De valkuil van ontwikkelaars is dat dit beeld nooit meer wordt aangepast. De wisselwerking tussen gebruikers, gebruikersverwachtingen en technologie is niet statisch, maar is een voortdurend veranderend dynamisch proces (Oudshoorn 2005). De kenmerken van gebruikers kunnen veranderen na de invoering van de technologie en het is voor de ontwikkelaars van belang om hier rekening mee te houden. Om te controleren of de verwachte ideeën kloppen, is het van belang om het daadwerkelijke gebruik van de echte gebruikers te onderzoeken. Op deze manier is het mogelijk om de programma's bij te stellen aan de wensen en behoeften van de gebruikers (Oudshoorn 2005). Hoe een programma daadwerkelijk in de praktijk uitpakt, is onvoorspelbaar (Mol et al. 2010). De belangrijkste

oorzaak voor deze onverklaarbaarheid is dat het vaak gaat om programma's die gericht zijn op één groep gebruikers, in dit geval mensen met COPD en mensen met een verhoogd risico op COPD. COPD is echter slechts één kenmerk dat de gebruikers delen, onderling zitten juist grote verschillen. Het is onduidelijk hoe een programma aansluit bij de verschillen tussen gebruikers en of de verschillende gebruikers zich herkennen in het programma (Mol et al. 2010). Dit levert nog een belangrijke reden op om onderzoek te doen naar de daadwerkelijke gebruikers van een programma voor leefstijladvies op maat.

Gebruikers kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het verbeteren van programma's voor leefstijladvies op maat. De gebruikers zijn de ervaringsdeskundigen en daarom is het van belang dat zij betrokken worden bij de innovatie- en verbeterfase (Bate & Robbert 2007). De gebruikers van de programma's moeten gezien worden als co-designers en niet langer als passieve gebruikers (Bate & Robbert 2007). Over het algemeen zijn de gebruikers van programma's voor leefstijladvies op maat de experts en daarom is het van belang om te weten te komen wat de ervaringen en bevindingen zijn van gebruikers. De technologie roept een bepaald gevoel op bij mensen en het is van belang om dit gevoel te gebruiken bij het verbeteren van programma's of het ontwerpen van programma's (Bate & Robbert 2007).

In het voorgaande deel van de paragraaf lag de nadruk op het belang van gebruikers van programma's voor leefstijladvies op maat. In het resterende deel van de paragraaf zal de focus liggen op het belang van de niet-gebruikers. Uit het bovenstaande stuk blijkt dat gebruikers zeer belangrijk zijn voor het begrijpen van het design proces van een technologie (Wyatt 2005). Niet-gebruikers blijken daarnaast echter tevens een belangrijke bijdrage te leveren aan de vorming van een technologie (Wyatt 2005). Doordat niet-gebruikers op een andere manier naar een technologie kijken, kan dit nuttige inzichten voor de ontwikkelaars opleveren. Het voorbeeld met de grootte van het lettertype zal wederom gehanteerd worden. Een oudere potentiële gebruiker wil van het programma voor leefstijladvies op maat gebruik gaan maken. Op de website blijkt echter geen optie te zijn om de grootte van de letters aan te passen, waardoor de potentiële gebruiker niet in staat is de instructies te lezen. De potentiële gebruiker verandert in een niet-gebruiker. Zijn inzichten zijn echter wel waardevol voor de ontwikkelaars van het programma voor leefstijladvies op maat. Op deze manier kunnen niet-gebruikers van groot belang zijn voor de ontwikkeling van een technologie. Maar er zijn meer vormen van niet-gebruik te onderscheiden, die hieronder zullen worden besproken.

Er zijn verschillende categorieën niet-gebruikers. Allereerst is er de tegenstelling tussen passief vermijdende niet-gebruikers en niet-gebruikers met actieve weerstand. Daarnaast is er de tegenstelling tussen het niet gebruiken van een volledig systeem of het

niet gebruiken van bepaalde delen hiervan (Wyatt 2005). Naast de verschillende categorieën zijn er vier typen niet-gebruikers. De 'resisters' hebben nooit gebruik gemaakt van een technologie omdat ze dit niet willen. De 'rejecters' zijn vrijwillig gestopt, om verschillende redenen. De 'excluded' hebben de technologie nooit gebruikt omdat ze nooit toegang hebben kunnen krijgen. De 'expelled' zijn onvrijwillig gestopt, bijvoorbeeld doordat de technologie niet meer via de werkgever aangeboden werd (Wyatt 2005). Ieder persoon binnen de categorieën en typen niet-gebruikers kan van belang zijn voor de ontwikkelaars van programma's voor leefstijladvies op maat. Bovenstaande maakt duidelijk dat de kans op slagen van een technologie vergroot wordt door onderzoek te doen naar zowel de gebruikers als de niet-gebruikers van een bepaalde technologie. Dit kan waardevolle inzichten opleveren die van belang kunnen zijn voor de ontwikkelaars van programma's voor leefstijladvies op maat.

H4. Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk zal besproken worden hoe het onderzoek uitgevoerd is. In paragraaf één zullen de methoden besproken worden. De tweede paragraaf zal vervolgens ingaan op de totstandkoming van de samenwerking met het project AdemDeBaas en de werving van de respondenten. In paragraaf drie zullen de respondenten die meegewerkt hebben aan dit onderzoek kort omschreven worden. De dataverzameling en de data-analyse zullen achtereenvolgens in paragraaf vier en vijf behandeld worden. De validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek zullen uiteengezet worden in paragraaf zes en zeven. Het hoofdstuk zal afgesloten worden met paragraaf acht, waarin privacy aan bod zal komen.

4.1. Methoden

In dit onderzoek hebben de verwachtingen en bevindingen van gebruikers van een programma voor leefstijladvies op maat centraal gestaan. De gebruikers van het programma AdemDeBaas, voor mensen met COPD en mensen met een verhoogd risico op COPD, vormden het middelpunt van dit onderzoek. Binnen dit onderzoek is onderzoek gedaan naar een afgebakende groep binnen een bepaalde setting en daarom kan dit onderzoek geclassificeerd worden als een casestudy (Yin, 2009). Doordat er vanuit het paradigma *technology in practice* onderzoek is gedaan, was kwalitatief onderzoek de enige optie. Het perspectief heeft in dit geval de methodologie bepaald. Door kwalitatief onderzoek was het voor de onderzoeker mogelijk diep in te gaan op de individuele verwachtingen en bevindingen van de gebruikers van AdemDeBaas. Kwalitatief onderzoek is bij uitstek geschikt voor het doen van onderzoek naar wensen, ervaringen, meningen of behoeften van een bepaalde doelgroep. Het geeft inzicht in hoe mensen denken over een onderwerp. Daarnaast is kwalitatief onderzoek een goede manier om achter motieven en beweegredenen van respondenten te komen (Mortelmans 2011). De data die verzameld is met als doel de probleemstelling te beantwoorden, kon niet verkregen worden door het doen van kwantitatief onderzoek. De opgestelde probleemstelling was in dit onderzoek bepalend voor de gekozen methode. Door middel van interviews en observaties is geprobeerd antwoord te geven op de probleemstelling. Het uiteindelijke doel van dit onderzoek was begrijpen wat de verwachtingen en bevindingen van respondenten zijn. Het is niet de bedoeling de resultaten te generaliseren voor iedere COPD-patiënt. Generalisatie is bij kwantitatief onderzoek over het algemeen wel een doelstelling (Mortelmans 2011).

4.2. Werving van het project en de respondenten

Voor het uitvoeren van het onderzoek was een project voor leefstijladvies op maat en respondenten gewenst. Zonder passend project met gebruikers was het niet mogelijk dit onderzoek uit te voeren. Via internet is de onderzoeker op de website van AdemDeBaas

terecht gekomen. De onderzoeker was erg enthousiast over het project en heeft de projectleider via de e-mail benaderd met de vraag of er in het kader van een bachelorscriptie onderzoek gedaan mocht worden naar AdemDeBaas. De projectleider is van begin af aan erg enthousiast geweest. Na beoordeling van het onderzoeksvoorstel is besloten dat de onderzoeker gebruikers van AdemDeBaas kon benaderen voor interviews en observaties. De projectleider van AdemDeBaas schrijft een procesevaluatie en daarvoor was het tevens nodig om interviews met gebruikers van het programma af te nemen. De interviews die de onderzoeker afgenomen heeft, zijn dus tweeledig van aard: zowel voor de procesevaluatie als voor het onderzoek.

Nadat er toestemming van AdemDeBaas verkregen was, is in overleg met de projectleider begonnen met de uitnodigingen van de respondenten. De onderzoeker stelde een uitnodigingse-mail op, die vervolgens verstuurd werd naar de gebruikers van het programma. In paragraaf [blabla] is aangegeven hoe de werving van de gebruikers aan het programma verlopen is. De werving zoals bedoeld in deze paragraaf is alleen gericht op dit onderzoek. De onderzoeker heeft aangegeven een zo groot mogelijke diversiteit in respondenten te willen bereiken en de projectleider heeft daar rekening mee gehouden. Er is onder meer geselecteerd op leeftijd, geslacht, diagnose, roken en werken. Er is steeds aan een beperkte groep gebruikers per keer een uitnodigingse-mail verzonden, dit om een zo groot mogelijke diversiteit te waarborgen. De e-mail werd verstuurd uit hoofde van de projectleider van AdemDeBaas. In de e-mail stond uitgelegd wat de bedoeling van de interviews en observaties is en dat gebruikers bij belangstelling een e-mail konden sturen naar de onderzoeker. De onderzoeker maakte vervolgens een afspraak met de respondent om een interview en een observatie af te nemen. De respondenten konden kiezen waar de afspraak plaats zou vinden; in hun eigen huis, op de Universiteit van Maastricht of op de Universiteit van Rotterdam. Na afloop van het interview kregen alle respondenten een bedankje in de vorm van een cadeaubon. Aan gebruikers die niet reageerden op de uitnodigingse-mail, werd een herinneringsmail gestuurd. Dit werd eenmalig gedaan. Als een gebruiker niet reageerde na de herinnering, werd er een nieuwe gebruiker benaderd voor deelname.

4.3. Beschrijving van de respondenten

Er zijn uiteindelijk tien interviews afgenomen met verschillende gebruikers van AdemDeBaas. De interviews hebben plaatsgevonden in de periode van februari tot april. Twee van de tien respondenten hebben er voor gekozen om het interview op de Universiteit van Maastricht plaats te laten vinden. De andere acht respondenten zijn in het eigen huis geïnterviewd door de onderzoeker. Wat betreft geslacht was de onderzoekspopulatie gelijkwaardig verdeeld; vijf respondenten waren van het vrouwelijke geslacht en vijf

respondenten van het mannelijke geslacht. Er was een grote variatie in de leeftijd van de respondenten, de jongste respondent was 42 jaar en de oudste respondent 69 jaar. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 56.6 jaar. Vier van de respondenten waren gediagnosticeerd met COPD, de zes overige respondenten zijn niet door een arts gediagnosticeerd met COPD maar sommige daarvan hadden wel longproblemen, zoals astma of benauwdheid zonder oorzaak. Drie van de tien respondenten gaven aan te roken, de overige zeven rookte niet, maar sommige daarvan hadden vroeger wel gerookt. Twee van de tien respondenten zijn werkzaam, de overige acht respondenten werkten niet door verschillende omstandigheden. Tot slot loopt het opleidingsniveau van de respondenten uiteen, het opleidingsniveau varieert van geen of basisonderwijs tot wetenschappelijk onderwijs aan de Universiteit. Bovenstaande geeft aan dat er een grote diversiteit tussen de geïnterviewde respondenten bestaat.

4.4. Dataverzameling

Dit onderzoek is begonnen met een uitgebreide literatuurstudie. De literatuurstudie had vooral tot doel inzicht te krijgen in wat er al geschreven is over leefstijladvies op maat. Door de bestaande literatuur uitgebreid te bestuderen heeft de onderzoeker veel kennis over leefstijladvies op maat opgedaan. Deze kennis is gebruikt bij het opstellen van de interviewvragen voor de respondenten. De interviewvragen zijn door de projectleider van AdemDeBaas gecontroleerd en aangevuld met de vragen die van belang waren voor de procesevaluatie van het onderzoek. In het onderzoek stonden semi-gestructureerde interviews met de gebruikers van het programma centraal. De onderzoeker stond zichzelf toe om van de opgestelde vragenlijst af te wijken als dit nuttig bleek te zijn in het kader van het onderzoek (Mortelmans 2007). De vragen werden gedurende de interviews aangepast aan de verschillende soorten respondenten. Dit wordt de multi actor approach genoemd (Yin, 2009). Zo werd er bijvoorbeeld bij respondenten die gediagnosticeerd waren met COPD andere soorten vragen gesteld dan bij respondenten die geen COPD-diagnose hadden. Bepaalde vragen waren voor COPD-patiënten niet relevant terwijl de vraag voor mensen met een verhoogd risico op COPD wel interessant was. Er is bijvoorbeeld aan respondenten met COPD niet gevraagd wat zij van de risicotest vonden, aangezien de ziekte al bij hen geconstateerd was en het daardoor niet nuttig zou zijn om een risicotest af te nemen. De vragen over de risicotest zijn echter wel gesteld aan respondenten met een verhoogd risico op COPD. Gedurende de interviews werden vragen gesteld als: "Waarom heeft u precies deelgenomen aan het onderzoek van AdemDeBaas?" en "Wat waren uw verwachtingen van het programma AdemDeBaas?". Naast het afnemen van de interviews heeft de onderzoeker de respondenten tevens geobserveerd. Bij de observaties bekeek de onderzoeker hoe de respondent gebruik maakte van de website van AdemDeBaas. De observaties zijn gebruikt

ter verduidelijking van de interviews en om het geheugen van de respondent wat betreft het programma wat op te frissen. Bij de observaties is gebruik gemaakt van de think-aloud methode. Er werd aan de respondent gevraagd hardop te denken met betrekking tot de website van AdemDeBaas. De onderzoeker had een actieve rol bij de observaties, veel respondenten hadden een steuntje in de rug nodig met betrekking tot het hardop denken. De onderzoeker heeft zo nu en dan vragen gesteld gedurende de observatie, om bepaalde dingen duidelijk te krijgen die niet in de interviews aan bod kwamen. De observaties waren een ondersteuning voor de interviews. De interviews begonnen met de vragen van de procesevaluatie. In deze vragen zat een grote mate aan overlap met de vragen die voor de onderzoeker relevant waren. Halverwege het interview werd de observatie gedaan. Na afloop van de observatie werden nog een aantal vragen gesteld. Over het algemeen waren dit vragen naar aanleiding van zaken die de onderzoeker opvielen tijdens de observatie. De interviews zijn opgenomen met een bandrecorder zodat de interviews letterlijk getranscribeerd konden worden. Tijdens de observaties zijn er korte aantekeningen gemaakt. De aantekeningen waren vooral ter verduidelijking, zodat de onderzoeker later terug kon vinden welke opmerking bij welke vraag van het advies op maat hoorde. De aantekeningen zijn vervolgens verwerkt in de interviewtranscripten.

4.5. Data-analyse

De uitgewerkte interviews, met de observaties daarin opgenomen, zijn met behulp van thematische analyse geanalyseerd. Bij thematische analyse identificeert, analyseert en rapporteert de onderzoeker bepaalde patronen, ook wel thema's genoemd, in de getranscribeerde data (Braun en Clarke, 2006). Door gebruik te maken van thematische analyse is de verzamelde data geordend en is de rijkheid aan data goed behouden gebleven (Braun en Clarke 2006). Voorafgaand aan de analyse had de onderzoeker geen thema's bedacht, de thema's zijn in de loop van het codeerproces ontstaan. Dit heeft een actieve houding van de onderzoeker gevraagd. De interviews zijn meerdere keren doorgenomen op mogelijke codes. Nadat alle interviews voorzien waren van codes, is een lijst opgesteld met alle codes en daarbij de citaten uit de interviews en observaties. Vervolgens is gezocht naar overkoepelende thema's binnen de codes. Er is gebruik gemaakt van latente thema's. Bij het opstellen van de latente thema's is gekeken naar thema's die niet direct leesbaar waren uit de interviewtranscripten. De thema's geven de onderliggende assumpties en ideeën weer en om dit te bewerkstelligen moest de onderzoeker een interpretatieve slag slaan om de verborgen thema's te kunnen herkennen (Braun en Clarke 2006, Gray en Densten 1998).

4.6. Validiteit

Bij kwalitatief onderzoek zijn drie kwaliteitscriteria van belang; interne validiteit, betrouwbaarheid en externe validiteit. In deze paragraaf zal besproken worden in hoeverre dit onderzoek voldoet aan de eisen voor interne- en externe validiteit.

4.6.1. Interne validiteit

Bij interne validiteit komt het er op neer dat de onderzoeker meet wat zij wil meten (Mortelmans 2011, Swanborn 2010). Het draait bij interne validiteit om de geloofwaardigheid van het onderzoek. Er zijn verschillende mogelijkheden om de geloofwaardigheid van een onderzoek te vergroten (Mortelmans 2011). In dit onderzoek was voldoende tijd uitgetrokken voor het verzamelen van de benodigde data. Alle interviews en observaties zijn afgenomen in de periode van februari tot april. In dit onderzoek is data triangulatie ontstaan, doordat er zowel interviews als observaties afgenomen zijn. Na afloop van de observatie en het interview kreeg iedere respondent de uitgewerkte versie van het interview toegestuurd. De controle van de uitgewerkte interviews door de respondenten wordt membercheck genoemd (Mortelmans 2011). De keuze voor een membercheck was vooral een ethische overweging. Door de transcripten ter controle naar alle respondenten te versturen, kon de onderzoeker nagaan of de respondenten de uitgewerkte interviews betrouwbaar vonden en of zij zichzelf konden herkennen in de transcripten. Van de tien respondenten hebben zes respondenten gereageerd op de oproep om het uitgewerkte interview na te kijken. De overige vier respondenten hebben niet gereageerd op de e-mail, ook niet na een herinneringse-mail. De zes respondenten die wel gereageerd hebben, hebben positief gereageerd op de uitgewerkte interviews. Niemand van de respondenten heeft aangegeven dat de transcripten aangepast moesten worden.

4.6.2. Externe validiteit

Externe validiteit van een onderzoek houdt generaliseerbaarheid in. Onder generaliseerbaarheid wordt verstaan dat de resultaten van het onderzoek tevens van toepassing zijn op de populatie waaruit de steekproef afkomstig is en op andere situaties en plaatsen (Mortelmans 2011). In dit onderzoek is maar een beperkt aantal respondenten gesproken. De respondenten die meegewerkt hebben aan dit onderzoek vormen de casestudy. Doordat de populatie van de casestudy klein is, is generaliseerbaarheid maar beperkt mogelijk (Yin 2009). De tien respondenten die gedurende dit onderzoek geïnterviewd zijn, hebben de eigen ervaringen en bevindingen ten aanzien van dit programma gedeeld met de onderzoeker. Het ging puur om persoonlijke ervaringen, daarom is generaliseerbaarheid voor de gehele populatie niet mogelijk. Generalisatie was geen

doelstelling van dit onderzoek. Het doel was om ervaringen en bevindingen van gebruikers van AdemDeBaas te bestuderen en te analyseren.

Dat de resultaten van dit onderzoek niet gegeneraliseerd kunnen worden, wil niet zeggen dat het onderzoek niet nuttig is voor soortgelijke projecten. De resultaten van de interviews met de respondenten van AdemDeBaas kunnen tevens nuttig zijn voor soortgelijke programma's voor leefstijladvies op maat.

4.7. Betrouwbaarheid

Tot slot is betrouwbaarheid van belang. Een onderzoek is betrouwbaar zodra er dezelfde resultaten uitkomen wanneer er wederom onderzoek gedaan wordt door bijvoorbeeld andere onderzoekers in een andere setting (Mortelmans 2011, Swanborn 2010). Bij kwalitatief onderzoek zijn interne en externe betrouwbaarheid van belang.

4.7.1. Interne betrouwbaarheid

Bij interne betrouwbaarheid gaat het om de mogelijke vertekening van de resultaten van een onderzoek doordat de onderzoeker het onderzoek beïnvloedt (Zwieten en Willems 2004). Interne betrouwbaarheid kan bereikt worden doordat andere onderzoekers toegang hebben tot het basismateriaal van de dataverzameling, zodat het codeerwerk gecontroleerd kan worden (Mortelmans 2011). In dit onderzoek hebben twee andere onderzoekers toegang tot de verzamelde data gehad. Ten eerste stond de onderzoeker gedurende de looptijd van dit onderzoek onder controle van een begeleider. Daarnaast was er door de intensieve samenwerking met de Universiteit van Maastricht sprake van nog een begeleider. Alle verzamelde data werd gedeeld met de projectleider van AdemDeBaas en de resultaten van de interviews en observaties zijn na ieder interview met de projectleider besproken. Door deze intensieve begeleiding is de interne betrouwbaarheid van dit onderzoek gewaarborgd.

4.7.2. Externe betrouwbaarheid

Bij externe betrouwbaarheid gaat het om de herhaalbaarheid van een onderzoek. Het gaat hierbij om de vraag of een andere onderzoeker hetzelfde onderzoek kan doen en daarbij dezelfde resultaten verkrijgt (Zwieten en Willems 2004). De externe betrouwbaarheid is gewaarborgd doordat de onderzoeker gedurende de looptijd van het onderzoek duidelijk bijgehouden heeft welke handelingen er verricht zijn. Daarnaast is het voor de repliceerbaarheid van belang dat er duidelijk vastgelegd wordt hoe de respondenten benaderd zijn, welke onderzoeksmethoden gebruikt zijn en hoe de resultaten geanalyseerd zijn (Mortelmans 2011). Dit is gewaarborgd door in dit hoofdstuk duidelijk vast te leggen welke methoden de onderzoeker gedurende dit onderzoek gevolgd heeft.

4.8. Privacy

Voorafgaand aan het onderzoek is de onderzoeksopzet voorgelegd aan de Medisch Ethische Toetsingscommissie van de Universiteit van Maastricht. De METC heeft toestemming gegeven voor het uitvoeren van dit onderzoek, zoals omschreven staat in de onderzoeksopzet. Privacy is een belangrijk aspect bij het verwerken van de resultaten van de interviews. Voorafgaand aan alle interviews is aan de respondenten uitgelegd dat het bij de interviews gaat om wat er gezegd wordt, niet om wie dit gezegd heeft. Voor dit onderzoek had het geen functie om de namen van de respondenten te vermelden. Daarom is er voor gekozen om de interviews volledig anoniem weer te geven. Enkele karakteristieken van de respondenten zijn wel vermeld, maar het is onmogelijk om dit te herleiden naar de desbetreffende persoon. Alle respondenten is duidelijk uitgelegd wat het doel van de interviews was en iedere respondent heeft toestemming gegeven voor het gebruik van de resultaten binnen dit onderzoek.

H5. AdemDeBaas: motivatie en verwachtingen van gebruikers

5.1. Inleiding

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van de interviews besproken worden. De vragen die gesteld zijn in de interviews, kunnen verdeeld worden in drie thema's; motivatie en verwachtingen van gebruikers van AdemDeBaas, ervaringen en bevindingen van gebruikers van AdemDeBaas en tot slot de toegevoegde waarde van AdemDeBaas. In dit hoofdstuk zal het eerste thema aan bod komen.

Voor dat hier toe overgegaan kan worden, zal er eerst een korte beschrijving van de gebruikers van AdemDeBaas gegeven worden. Het programma is oorspronkelijk bedoeld voor mensen met COPD en mensen met een verhoogd risico op COPD in de leeftijdscategorie van veertig tot zeventig jaar. Om een goed beeld te krijgen van het programma zijn in dit onderzoek zowel mensen met COPD als mensen met een verhoogd risico op COPD geïnterviewd. Zoals in het methodenhoofdstuk al beschreven is, is getracht een grote diversiteit onder de respondenten te bewerkstelligen. Er zijn tien respondenten gesproken. De jongste respondent was ten tijde van het interview 42 jaar en de oudste respondent was 69 jaar. De gemiddelde leeftijd was 56,6 jaar. Dit laat zien dat er binnen dit onderzoek mensen van uiteenlopende leeftijden gesproken zijn. Vier van de tien respondenten zijn gediagnosticeerd met COPD. De diversiteit tussen de respondenten heeft gezorgd voor uiteenlopende resultaten.

De leeswijzer voor dit hoofdstuk is als volgt. In de tweede paragraaf zal de reden van deelname aan AdemDeBaas van de respondenten besproken worden. Wat was de belangrijkste motivatie om deel te nemen aan het programma? Paragraaf drie staat in het teken van de verschillende verwachtingen van respondenten ten aanzien van het programma. Wat hopen zij dat het programma gaat brengen? Het hoofdstuk wordt afgesloten met de conclusie in paragraaf vier.

5.2. Motivatie om deel te nemen aan het project

Motivatie is een belangrijk vereiste om überhaupt te beginnen aan een programma voor leefstijladvies op maat. Zolang de wil om iets te veranderen aan de leefstijl ontbreekt, wordt de deelname over het algemeen als negatief ervaren en zorgt het programma niet voor de gewenste verandering van de leefstijl. Deelname aan het programma van AdemDeBaas was geheel vrijwillig. Er is door middel van actieve werving echter wel getracht zo veel mogelijk mensen deel te laten nemen aan het programma. De werving vond op twee manieren plaats, door de huisarts of door Flycatcher. Er werden uitnodigingsbrieven gestuurd door de huisarts en door Flycatcher, met daarin de oproep om deel te nemen aan het programma van AdemDeBaas. Gebruikers lijken te vertrouwen op het gezag van de instanties die de uitnodigingen verstuurd hebben, en willen daarom deel nemen aan het programma. De

volgende respondent geeft aan dat haar nieuwsgierigheid gewekt was toen ze hoorde dat ze in aanmerking kwam om deel te nemen aan AdemDeBaas:

“Dat ik in aanmerking kwam. Toen was ik nieuwsgierig. Toen dacht ik, nou dan ga ik eens kijken of dat voor mij van toepassing is.” (l. 2, r. 164-165)

Respondenten gaan er van uit dat de huisarts of Flycatcher hen niet voor niets benaderd om deel te nemen aan dit specifieke onderzoek en dat zorgt er voor dat respondenten er van uit gaan dat deelname aan het programma zinvol is. Gezaghebbende instanties, zoals de huisarts en Flycatcher, lijken een belangrijke rol te hebben in het motiveren van mensen om deel te nemen aan een programma voor leefstijladvies op maat.

Om te onderzoeken wat de motivatie van alle respondenten was om deel te nemen aan AdemDeBaas, is aan iedere respondent gevraagd wat de reden is geweest om deel te nemen aan het programma. De redenen waren uiteenlopend, maar er zijn een aantal overkoepelende motivaties die in meerdere interviews terugkomen. De motivaties van de respondenten zullen in de onderstaande deelparagrafen weergegeven worden.

5.2.1. Verwachting er iets aan te hebben

Een belangrijke motivatie om deel te nemen aan AdemDeBaas is de verwachting van respondenten dat ze iets hebben aan het programma. Het idee dat deelname nuttig kan zijn, is een belangrijke motivering om deel te nemen aan het programma voor leefstijladvies op maat. Uit het volgende citaat blijkt dat respondenten verwachten dat het programma bijdraagt aan een beter leefstijl:

“Omdat ik toevallig net op dat moment bezig was om meer te gaan bewegen en dus dat vond ik wel handig. Zodat ik wat meer een steuntje in de rug had. En in die tijd ben ik ook echt daar mee verder gegaan. En omdat je af en toe een mailtje kreeg, je voelde je eigen meer verplicht. Ik had meer zoiets van: nu moet ik wel.” (l. 9, r. 28-31)

Uit het bovenstaande citaat komt naar voren dat het programma gezien wordt als een steun in de rug. Hieruit blijkt dat het voor het slagen van het programma van belang is dat respondenten zelf al gemotiveerd zijn om te leefstijl te veranderen. Gebruikers aan AdemDeBaas zullen zelf met de leefstijlverandering aan de slag moeten, maar de website biedt een goede ondersteuning. De bovenstaande respondent bevestigt dit idee.

5.2.2. Herkenning

Herkenning is een belangrijke drijfveer om mee te doen aan AdemDeBaas. Respondenten geven aan dat als ze zich kunnen identificeren met het programma, de kans dan groter is dat

ze daadwerkelijk deel nemen aan het programma. Dit is te zien in het onderstaande fragment:

“Nou ten eerste vind ik het heel veel op me zelf slaan, en ik vind het gewoon heel erg interessant” (l. 10, r. 15)

De respondent geeft aan dat AdemDeBaas bij haar past. Dit zit vooral in het onderwerp dat het programma aansnijdt; stoppen met roken en meer bewegen in combinatie met eventueel ademhalingsklachten. Uit de interviews blijkt dat respondenten zich eerder aangetrokken voelen tot het programma als er problemen zijn op één van de gebieden die het programma AdemDeBaas behandelt. Het onderstaande fragment geeft dit duidelijk weer:

“Vanwege de benauwdheid, vanwege dus de onderzoeken die ik heb gehad naar die benauwdheid, de druk op de borst, de pijn op de borst.” (l. 1, r. 36-37)

5.2.3. Maatschappelijk belang

In de interviews komt naar voren dat respondenten niet alleen maar voor eigen gewin mee doen aan AdemDeBaas, veel respondenten hechten waarden aan het maatschappelijke belang van het onderzoek. De verwachting is dat deelname niet alleen voor de persoon in kwestie nuttig kan zijn, maar tevens voor andere mensen met soortgelijke klachten. Dit blijkt een belangrijke reden te zijn om deel te nemen aan AdemDeBaas:

“Dat ik er misschien nog wel iets aan zou kunnen hebben. Dus punt één voor mijzelf en misschien dat het de wetenschap een stukje verder brengt. En dat is ook een motief voor mij om mee te doen.” (l. 7, r. 113-114)

Uit het citaat blijkt dat respondenten door middel van deelname aan AdemDeBaas daadwerkelijk het idee hebben dat ze bij kunnen dragen aan een verbetering van de leefomstandigheden in soortgelijke omstandigheden. Naast de mensen die het belangrijk vinden om deel te nemen om zo wat te kunnen betekenen voor anderen, zijn er tevens mensen die deelnemen omdat ze het principe van onderzoek doen interessant vinden. De volgende respondent is een duidelijke aanhanger van het doen van onderzoek:

“Oh nou ja kijk, ik krijg vaak via de gemeente uitnodigingen om aan bepaalde onderzoeken mee te doen, medische onderzoeken. Sinds deze datum 15 jaar geleden, heb ik mij gebombardeerd tot P tot de macht vier: permanente patiënt proef persoon. Dus waar ik van dienst kan zijn doe ik dat graag.” (l. 4, r. 344-34)

“En nou ja, toch het idee van onderzoek is belangrijk. Zonder onderzoek vaart de mens niet wel, sterker nog, zonder onderzoek was de mensheid al lang uitgestorven.” (l. 4, r. 393-395)

Door deel te nemen aan onderzoeken zoals AdemDeBaas hebben respondenten het idee dat ze een steentje bij kunnen dragen aan de leefomstandigheden van mensen met COPD of mensen met een verhoogd risico op COPD. Er is echter een kanttekening te plaatsen bij deze resultaten. Een aantal respondenten is door Flycatcher benaderd om deel te nemen aan het onderzoek van AdemDeBaas. Flycatcher benadert alleen mensen die ingeschreven staan in het bestand. Over het algemeen doen de mensen die ingeschreven staan aan meerdere onderzoeken mee. Er zou gezegd kunnen worden dat de mensen die op de uitnodiging van Flycatcher ingaan, over het algemeen meer onderzoeksgeïnteresseerd zijn. Dit zou kunnen verklaren waarom meerdere respondenten aangeven dat maatschappelijke belangen een verklaring vormen voor de deelname aan AdemDeBaas.

5.3. Verwachtingen van gebruikers

Deelname aan een programma als AdemDeBaas creëert bepaalde verwachtingen. De verwachtingen verschillen sterk per respondent. In sommige gevallen vallen de verwachtingen van respondenten samen met de reden waarom ze deelgenomen hebben aan het programma. Echter, in andere gevallen spreekt de motivatie voor deelname de verwachtingen die bestaan ten aanzien van het programma elkaar tegen. Het interview met respondent 9 is hier een goed voorbeeld van:

“Ik verwacht eigenlijk nooit dingen van tevoren. Ik onderga dingen en dan als het nik is, dan heb ik heel gauw zo iets van doe! En als het wel wat is dan.. Ik ga er altijd open in dat soort dingen in.” (l. 9, r. 40-41)

Uit het citaat blijkt dat de respondent vooraf geen verwachtingen van het programma heeft. Echter, een eerder gebruikt citaat van dezelfde respondent laat zien dat de respondent verwacht dat AdemDeBaas een steuntje in de rug zal zijn bij het veranderen van de leefstijl. Hieruit blijkt dat zodra er rechtstreeks aan respondenten gevraagd wordt wat de verwachtingen van het programma zijn, hieruit tegenstrijdige antwoorden kunnen volgen. De bovenstaande respondent was niet de enige die aangaf vooraf geen verwachtingen van het programma te hebben. Daarnaast waren er ook respondenten die aangaven wel bepaalde dingen van AdemDeBaas te verwachten voor er deelgenomen werd aan het onderzoek. De verschillende verwachtingen zullen in de onderstaande paragrafen weergegeven worden.

5.3.1. Geen verwachtingen

Verschillende respondenten geven aan voorafgaand aan de deelname geen verwachtingen te hebben van het programma. Zij hebben met een open vizier deelgenomen aan AdemDeBaas of konden niet goed onder woorden brengen wat zij precies verwachtten van het programma. Verwachtingen zijn er in verschillende vormen. Zo kon er bijvoorbeeld verwacht worden dat de gezondheidstoestand zou verbeteren door het leefstijl advies op maat op te volgen. De volgende respondent geeft aan geen antwoord te kunnen geven op de vraag of er de verwachting was dat de gezondheidstoestand zou verbeteren als gevolg van de deelname aan AdemDeBaas:

“Uhm, daar durf ik eigenlijk geen antwoord op te geven in de zin van ja of nee. Ik heb het gewoon eerlijk geprobeerd en de situatie bleef hetzelfde, er veranderde eigenlijk niets.” (I. 1, r. 118-119)

Doordat er vooraf geen verwachtingen geschapen waren bij de respondenten, was het mogelijk om met een frisse blik te beginnen aan het programma. Hierdoor was het voor respondenten mogelijk om een afwachtende houding aan te nemen en af te wachten wat deelname aan AdemDeBaas zou kunnen betekenen en zou kunnen opleveren. Gebruikers maakten zich bij voorbaat geen illusies over mogelijk te behalen resultaten. Het volgende citaat geeft dit duidelijk weer:

“Ik kon dit helemaal niet. Nee, ik dacht ik zie wel gewoon wat er uit komt.” (I. 6, r. 68)

Hieruit blijkt dat een kleine groep respondenten vooraf geen verwachtingen van het programma had. Echter, het merendeel van de respondenten had vooraf wel degelijk verwachtingen van AdemDeBaas. Hier zal in de volgende paragrafen op ingegaan worden.

5.3.2. Er baat bij hebben

Het merendeel van de respondenten gaf aan de verwachting te hebben dat deelname aan AdemDeBaas iets op zou leveren. Zoals al eerder naar voren gekomen is, is de verwachting iets te hebben aan deelname een belangrijke drijfveer om mee te doen aan een programma voor leefstijladvies op maat. De verwachtingen liepen sterk uiteen. Opvallend was dat COPD-patiënten vooral medische verwachtingen van het programma hadden. Het volgende citaat geeft dit duidelijk weer:

“Nou dat ik in ieder geval, dus dat het dusdanig zou gaan, dat het zo zou verbeteren dat het medicijngebruik verminder zou kunnen worden.” (I. 5, r. 36-37)

Uit het bovenstaande citaat blijkt dat de respondent verwacht had dat door deelname aan AdemDeBaas de gezondheidstoestand dusdanig zou verbeteren dat het gebruik van medicijnen teruggedrongen zou kunnen worden. Dezelfde respondent geeft daarnaast aan dat de hoop dat er ooit een medicijn uitgevonden wordt wat voor genezing zou kunnen zorgen, een belangrijke motivatie vormt om deel te nemen aan het onderzoek.

Naast het terugdringen van het medicijngebruik komt meerdere keren naar voren dat respondenten de hoop hebben tips te krijgen van AdemDeBaas. Tips zijn vooral gewenst op het gebied van het overwinnen van de longproblemen, zoals kortademigheid. De volgende respondent omschrijft dat de verwachting bestond dat er tips gegeven zouden worden over kortademigheid:

“Ik rook en ik ben toch enigszins kortademig, dus hoe kan je zoiets de baas komen? Een tipje is altijd leerzaam.” (l. 10, r. 18-19)

Een andere respondent sluit hier bij aan en verwacht eveneens dat AdemDeBaas bepaalde tips geeft om de problemen met de longen onder controle te krijgen:

“Nou kijk, er zijn natuurlijk altijd situaties dat je de toestand van de longen niet helemaal onder controle is en dat je misschien toch een gouden tip zou willen hebben. Nou is dat in mijn geval moeilijk, want ik beweer toch redelijk wijs dat ik toch redelijk weet en snap hoe het zit en werkt. Maar wie weet. Dus dat had ik gehoopt.” (l. 7, r. 117-120)

Bij beide citaten is duidelijk het idee van het verkrijgen van een tip aanwezig. De tips die AdemDeBaas geeft, gaan echter niet over het managen van de longproblemen, maar over stoppen met roken en meer bewegen. Het lijkt er op dat respondenten voorafgaand aan de deelname meer het idee hadden dat het om een medisch gerelateerd programma ging, in plaats van om een programma voor leefstijladvies op maat. De opgewekte verwachting zou er voor kunnen zorgen dat de gebruikers zich niet kunnen identificeren met het programma.

Daarnaast heerst de verwachting dat de website van AdemDeBaas ondersteuning kan bieden bij het stoppen met roken. Dit is een verwachting die goed aansluit bij het doel van het programma en het is hierdoor goed mogelijk dat het programma in de ogen van de gebruikers voldoet aan de verwachtingen die zij hebben van AdemDeBaas. Het volgende citaat laat zien wat een respondent van AdemDeBaas verwacht ten aanzien van stoppen met roken:

“Nou ik wilde, en nog steeds, graag stoppen met roken. Maar ik... Misschien wil ik het nog niet goed genoeg, maar het lukt me niet. Dus ik denk dat zoiets wel goed van pas komt. Ja dan kan ik het altijd proberen.” (l. 8, r. 20-22)

Rokende respondenten verwachten er baat bij te hebben dat AdemDeBaas hen ondersteunt bij het stoppen met roken. De manier waarop het programma ondersteuning biedt bij dit proces wordt echter niet duidelijk. Het bovenstaande citaat lijkt aan te geven dat alleen al het bestaan van AdemDeBaas ondersteuning zou kunnen bieden bij het stoppen met roken.

5.3.3. Adviezen over medicatie

In de sub paragraaf 5.3.2. kwam al naar voren dat sommige respondenten medisch gerelateerde verwachtingen van AdemDeBaas hebben. Een aantal respondenten miste het gehele onderdeel medicatie in het programma. In de pilot-versie van het project was de module medicatie, naast bewegen en stoppen met roken, nog wel opgenomen in het project, in de huidige uitrol echter niet. Vooral de respondenten met COPD vonden dit een gemis, zo blijkt uit onderstaand citaat:

“Wat ik bijvoorbeeld miste, is dat je eigenlijk niet de kant hebt om in te vullen welke medicijnen dat je gebruikt. En dat dat dus ook meegenomen wordt bij het advies. Door met de medicatie te spelen, kijken wat de invloed is van de medicatie ten opzichte van het programma dat jullie aanbieden.” (l. 5, r. 481-483)

Doordat het programma gericht is op mensen met COPD en mensen met een verhoogd risico op COPD, lijkt het dat mensen met COPD de verwachting hebben dat het programma een meer medische grondslag heeft. Er wordt verwacht dat het programma adviezen over medicatie geeft, terwijl dit niet het oorspronkelijke doel van AdemDeBaas is. Het doel van het programma past daardoor niet altijd bij de heersende verwachtingen. Onderstaand citaat geeft aan dat respondenten graag ervaringen uit zouden willen wisselen ten aanzien van medicatie voor COPD:

“Ik mis het wel eigenlijk [de module medicatie]. Want je bent toch wel benieuwd wat voor medicijnen anderen mensen gebruiken en of zij er misschien nog meer baat bij hebben. Want iedereen die COPD heeft, gebruikt medicijnen.” (l. 3, r. 604-606)

Het lijkt er op dat respondenten het een gemis vinden dat de module medicatie uit het programma gehaald is. Respondenten met een verhoogd risico op COPD zullen de module waarschijnlijk niet missen, omdat zij over het algemeen nog geen medicatie in hoeven nemen om de gezondheidstoestand te verbeteren.

5.4. Conclusie

Uit de voorgaande paragrafen kunnen een aantal dingen geconcludeerd worden ten aanzien van de motivatie en de verwachtingen van de respondenten voorafgaande aan de deelname

aan AdemDeBaas. Uit de interviews blijkt dat er verschillende redenen zijn die doen bewegen tot deelname aan het programma. Respondenten noemden opvallend vaak dat het maatschappelijke belang een reden was om deel te nemen aan het programma. Dit zou verklaard kunnen worden doordat een gedeelte van de respondenten geïnteresseerd is in het meewerken aan verschillende onderzoeken, aangezien zij ingeschreven staan bij Flycatcher en daardoor vaker deel nemen aan onderzoeken. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat er in de uitnodigingsbrief gewezen is op de maatschappelijke kant van dit project en dat dit respondenten aanspreekt. Het lijkt er op dat de bereidheid tot deelname toeneemt zodra de uitnodiging van een 'gezaghebbende' instantie zoals de huisarts komt.

In sommige gevallen sloten de verwachtingen van respondenten aan bij de reden waarom zij deelgenomen hebben aan AdemDeBaas. In andere gevallen zat er echter een discrepantie tussen wat gebruikers van het programma verwachten en de reden waarom zij deelgenomen hebben aan AdemDeBaas. In een aantal gevallen sloten de verwachtingen niet aan bij de doelstellingen van het programma. Een aantal respondenten had de verwachting dat het programma in zou gaan op het gebruik van medicatie, terwijl dit geen module van het programma was. Het zou kunnen zijn dat de deelname als minder nuttig wordt ervaren doordat de verwachtingen uiteindelijk niet uitkomen. Dit zal in het volgende hoofdstuk onder meer aan bod komen.

H6. AdemDeBaas: Ervaringen en bevindingen van gebruikers

6.1. Inleiding

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van de interviews besproken worden. De vragen die gesteld zijn in de interviews, kunnen verdeeld worden in drie thema's; motivatie en verwachtingen van gebruikers van AdemDeBaas, ervaringen en bevindingen van gebruikers van AdemDeBaas en tot slot de toegevoegde waarde van AdemDeBaas. In dit hoofdstuk zal het tweede thema besproken worden.

In de tweede paragraaf zal de opbouw van het programma besproken worden. De website zal aan bod komen, net als de vragenlijst en de reminders via de e-mail. Paragraaf drie zal vervolgens ingaan het advies op maat dat gegeven is door AdemDeBaas. Wat vonden de respondenten van dit advies? In paragraaf vier wordt advies op maat via een website in het algemeen besproken. Is het geven van advies op maat door middel van dit medium mogelijk? Tot slot zal in paragraaf vijf de conclusie van het hoofdstuk gepresenteerd worden.

6.2. Opbouw van het programma

Het programma AdemDeBaas begint met een uitnodigingsbrief van de huisarts of van Flycatcher, waarin staat dat de persoon in kwestie deel kan nemen aan het onderzoek. Zodra iemand besluit deel te nemen is de volgende stap het invullen van de risicotest die is ontwikkeld door het Longfonds. Aan de hand van tien vragen wordt bekeken of de persoon in kwestie mogelijk een verhoogd risico op COPD heeft. Personen die al gediagnosticeerd zijn met COPD hoeven de risicotest niet in te vullen. De uitslag van de risicotest is bepalend voor het verdere verloop van het onderzoek. Zodra iemand een verhoogd risico op COPD heeft, kan die persoon opgenomen worden in het onderzoekstraject van AdemDeBaas. De gebruiker zal inloggegevens ontvangen, zodat er ingelogd kan worden op de website. Op de website staat informatie over COPD en over stoppen met roken en meer bewegen. Het hoofddoel van de website is het vergroten van het zelfmanagement door het leveren van een advies op maat met betrekking tot stoppen met roken of bewegen. Aan de hand van een vragenlijst wordt het persoonlijke advies opgesteld. In de volgende deelparagrafen zal ingegaan worden op de ervaringen en bevindingen van de respondenten met de website.

6.2.1. De uitnodigingsbrief

De uitnodiging om deel te nemen aan AdemDeBaas kon op twee manieren verstuurd worden; via de huisarts en via het onderzoeksbureau Flycatcher. Voldoende en duidelijke informatie is van belang voor de uitnodigingsbrief, aangezien het van deze brief afhangt of iemand besluit wel of niet deel te nemen aan het onderzoek. De meningen over de

uitnodigingsbrief waren verdeeld. Het volgende citaat geeft aan dat de respondent de brief duidelijk genoeg vond om te besluiten deel te nemen aan AdemDeBaas:

“Voor zover ik me dat herinner was dat duidelijk genoeg om te zeggen van nou daar ga ik aan mee doen. Dus daar was niets mis mee denk ik. Dat doet Flycatcher over het algemeen vrij goed. Daar heb ik meer dingen lopen. Dus dat wel goed, goed genoeg.” (l. 7, r. 133-135)

Uit het citaat blijkt dat de uitnodigingsbrief voldoende informatie voor de respondent bood om te besluiten deel te nemen aan het programma. Het belang van een goede uitnodigingsbrief moet niet onderschat worden, de inhoud van de brief bepaalt voor een belangrijk deel of de ontvanger van de brief een gebruiker van het programma wordt. Uit onderstaand citaat blijkt echter dat niet alle respondenten tevreden waren over de inhoud van de uitnodigingsbrief:

“Er staat inderdaad hoe werkt het, ik vond het eigenlijk een beetje summier.” (l. 1, r. 135-136) [...] juist omdat ik worstel met die benauwdheid zou deze waarom COPD risicotest wat uitgebreider mogen. En wat persoonlijker misschien. Dat is, als je dan zegt van nou wat mis je er aan, dat is dat het wat meer op de persoon gericht wordt. Het is nu te algemeen.” (l. 1, r. 157-160)

Bovenstaand citaat geeft weer dat de respondent de uitnodigingsbrief te algemeen vond. AdemDeBaas profileert zich door een advies op maat te bieden en het had daarom misschien meerwaarde gehad als de uitnodigingsbrief eveneens op maat gemaakt zou zijn. Niet alleen de verwachtingen ten aanzien van AdemDeBaas verschillen per respondent, de verwachtingen ten aanzien van de uitnodigingsbrief verschillen eveneens van respondent tot respondent. Over het algemeen werd de uitnodigingsbrief echter goed gewaardeerd door de ondervraagde respondenten.

6.2.2. Inloggen

De website van AdemDeBaas kan alleen volledig bekeken worden door in te loggen met een gebruikersnaam en een wachtwoord. Dit inlogsysteem zorgt ervoor dat persoonlijke informatie beschermd blijft voor de buitenwereld. Daarnaast zorgen de inloggegevens er voor dat het mogelijk is om persoonlijke informatie van gebruikers op te slaan, zodat eerder ingevulde gegevens beschikbaar blijven. In de praktijk blijkt het inloggen niet zonder problemen te verlopen. De meerderheid van de respondenten geeft aan problemen te hebben ondervonden met het inloggen op de website:

“In het begin, ik kwam er helemaal niet op. En ik wou dat programmaatje afwerken, maar dat ging niet. Ik denk misschien dat het nog in het begin was, dat het nog opstartproblemen waren. Maar ik kwam er niet op.” (l. 8, r. 68-70)

De respondent geeft aan helemaal niet in te kunnen loggen op de website. Meerdere respondenten met inlogproblemen merken op dat het niet motiverend werkt dat de website niet bereikt kon worden:

“En dan denk ik dat, net als ik, veel mensen het erbij laten zitten.” (l. 7, r. 155-156)

Het is voor de respondenten onduidelijk waarom het inloggen niet gelukt is. Eén van de respondenten geeft aan dat er een fout zat in de inloggegevens die ontvangen waren en dat het daardoor niet mogelijk was om in te loggen. Andere respondenten denken dat er een technische oorzaak achter de inlogproblemen zat. De problemen zijn bij alle respondenten echter wel verholpen, zodat iedere respondent uiteindelijk de gewenste toegang tot de website had.

Gedurende de looptijd van het project ontvingen de gebruikers meerdere keren een reminder via de e-mail. De reminder is bedoeld als herinnering aan het bestaan van de website en het is de bedoeling dat de website door de reminder wederom bezocht wordt. In de praktijk blijkt dit goed te werken. Meerdere respondenten geven aan dat de reminder er voor zorgt dat er ingelogd wordt op de website:

“Naar aanleiding van die mails van jullie ben ik toch elke keer erop geweest en ik ben tussendoor ook nog een paar keer erop geweest. Van mezelf uit.” (l. 5, r. 313-314)

Het bovenstaande citaat laat zien dat de reminder een goede herinnering vormt voor de gebruikers van het programma. Door een reminder via de e-mail te sturen vergeten gebruikers niet dat het programma bestaat. Daarnaast zorgt de reminder er voor dat gebruikers besluiten toch de website te gaan bezoeken. Het volgende citaat geeft dit weer:

“Ik had het eerst niet ingevuld, want het was er niet van gekomen, ik had geen tijd. [...] Ja goed [over het versturen van de reminders] want anders had ik het waarschijnlijk niet meer ingevuld. Want dan denk je er niet meer aan en dan is het alweer te lang geleden en dan klik je die mail weg op een gegeven moment.” (l. 3, r. 165-169)

De reactie van de respondent geeft duidelijk aan dat het versturen van reminders nut heeft. Zonder de reminder zou de respondent hoogstwaarschijnlijk de website van AdemDeBaas niet bezocht hebben. Een aantal respondenten geeft aan dat er een positief verband is tussen de reminder en het inloggen op de website. Eén van de respondenten gaf aan dat het fijn zou zijn om de optie te hebben om de frequentie van de reminders zelf te bepalen. Door

deze optie kan door de gebruikers zelf gekozen worden hoe vaak er een reminder moet komen, als geheugensteuntje voor het gebruik van de website.

Niet iedereen reageerde echter positief op het gebruik van de reminders via de e-mail. Een aantal respondenten vonden de reminders vervelend, aangezien zij voor zichzelf al besloten hadden de website niet meer te bezoeken. Eén van de respondenten gaf aan dat het onzin is om reminders te sturen:

“Ja ik weet niet precies hoe vaak het was, maar het zal een keer of drie zijn geweest denk ik. Maar dat was al ongeveer drie keer te veel. Want als ik gemotiveerd ben om het te volgen, dan doe ik dat. Dan volg ik dat. Dan heb ik geen herinnering nodig.” (l. 7, r. 256-258)

Uit de interviews blijkt dat het de reacties op het gebruik van de reminders wisselend zijn. Respondenten verschillen van mening over de frequentie van de reminders, de inhoud van de reminders en de manier waarop de reminders verstuurd worden. Eén van de respondenten merkt op dat het versturen van de reminder naar een smartphone een betere optie zou zijn:

“Ik zou alleen niet alleen van de website gebruikmaken, omdat bijna iedereen vandaag de dag zoiets heeft [smartphone]. Misschien kun je daar ook wel iets mee, mee aan de slag gaan. Gaan verwerken in een app. [...] Je kunt eventueel in die app ook nog instellen dat die eens in de zoveel weken een melding maakt. [...] Kijk bij e-mail kun je gewoon zelf zeggen wanneer je de email bekijkt, maar bij de app, de melding wat komt, moet je wel weer kunnen uitstellen.” (l. 5, r. 304-308)

Uit het interview blijkt dat de respondent liever met een app dan met een website zou willen werken. In de ogen van de respondent is het gebruik van een website in de huidige tijd al achterhaalt. Het is echter de vraag of er meer gebruikers de mening van de respondent delen, aangezien de groep gebruikers met een hogere leeftijd over het algemeen minder bekend zijn met het gebruik van app's en smartphones.

6.2.3. De website

AdemDeBaas tracht een advies op maat op afstand te geven. Er is gekozen om dit advies op maat te verstrekken door middel van een website. Voor gebruikers betekent dit dat er niet buiten de deur gegaan hoeft te worden om toch de leefstijl te kunnen veranderen. Daarnaast biedt een website de mogelijkheid om grote groepen mensen aan te spreken. Uit de interviews bleek dat de respondenten tevreden zijn over de website. De overgrote meerderheid van de respondenten is van mening dat de website gebruiksvriendelijk en duidelijk is:

"Oh nee, ik vond hem behoorlijk goed. Hij is relatief simpel gehouden, daarom is hij ook snel toegankelijk. De links werkten goed die ik heb geprobeerd." (l. 4, r. 901-902)

Uit geen enkel interview kwam naar voren dat de respondent problemen had met de website op zichzelf. Eén van de respondenten merkte echter wel op dat de website voor ouderen misschien minder toegankelijk is:

"[...] ik kan me voorstellen dat oudere mensen toch wel problemen er mee hebben." (l. 5, r. 84-86)

De respondent geeft aan dat oudere mensen niet opgegroeid zijn met het internet en dat dit problemen zou kunnen veroorzaken. Gebrek aan kennis zou er voor kunnen zorgen dat oudere mensen niet weten hoe de website functioneert en daardoor zou deelname aan het programma voor de oudere groep negatief uit kunnen pakken. Bij het ontwerp van het project is hier al rekening mee gehouden. Er is een leeftijdsgrens van 70 jaar gesteld. De oudste respondent in dit onderzoek is 69 jaar en uit dit interview is niet naar voren gekomen dat er problemen met betrekking tot de website waren.

Dat de website overzichtelijk en duidelijk is, wil nog niet betekenen dat alles op de website naar behoren werkt. Meerdere respondenten gaven aan navigatieproblemen te hebben ondervonden op de website van AdemDeBaas. De navigatieproblemen variëren van een link die niet werkt tot meerdere opties willen aanklikken terwijl dit niet mogelijk is. Daarnaast zit er bij een aantal respondenten een fout in de technische opmaak van de website:

"De vorige vraag? [De respondent had al doorgeklikt naar de volgende vraag], oh ja nu kan ik niet meer terug. Maar dan heb ik dus ook meteen een puntje wat dus niet kan. Ik weet niet of dat er bewust is uitgelaten. Wat ik in ieder geval ook raar vind, dat had ik thuis niet, is dat nou dus het ding 'volgende' eigenlijk hier staat terwijl er eigenlijk nog meer vragen zijn, dus dan zou ik verwachten dat het ook echt onderaan zou staan." (l. 5, r. 405-408)

Het bovenstaande citaat geeft aan dat de keuzeknop 'volgende', om naar de volgende vraag te gaan niet op de plek zit waar het zou moeten zitten. Meerdere respondenten geven dit probleem aan. Eén van de respondenten is van mening dat dit komt door verschillende internetbrowsers die gebruikt worden. Daarnaast geeft het bovenstaande citaat weer dat er geen optie is om terug te gaan in de vragenlijst. Zodra een vraag beantwoord is en er is op de keuzeknop 'volgende' geklikt, kan het antwoord niet meer aangepast worden. De navigatieproblemen die gemeld worden door de respondenten zijn echter niet van dien aard

dat het verkrijgen van een advies op maat onmogelijk is. Het gaat om kleine bijzaken die over het algemeen pas bij de observatie aan het licht kwamen.

6.2.4. De vragenlijst

Het belangrijkste onderdeel van AdemDeBaas is het leveren van een persoonlijk advies op maat. Dit advies op maat wordt opgesteld aan de hand van een vragenlijst die de gebruikers moeten doorlopen. Er zijn twee aparte vragenlijsten, stoppen met roken en beweging zijn van elkaar gescheiden zodat respondenten de keuze hadden op welk onderwerp zij zich wilde focussen. De scheiding wordt door respondenten als prettig ervaren en tevens wordt aangegeven dat het programma hierdoor persoonlijker wordt. Zodra de vragenlijst volledig ingevuld is, komt het advies op maat tevoorschijn. De respondenten verschillen van mening over de vragenlijst. Eén van de respondenten oppert dat het programma tussentijdse conclusies zou moeten kunnen trekken, zodat de lengte van de vragenlijst per persoon aangepast kan worden:

“Wat me bijstaat is van het doen van dat invullen van die vragenlijst is dat ik eerst de hele vragenlijst door zou moeten gaan. [...] Het advies komt aan het einde als ik mij goed herinner. En nogmaals, mijn motivatie om door te gaan moet ik halen uit volhouden, en niet omdat ik niet beweeg. En daarom denk ik dat er wat conclusies en wat adviezen eerder in de vragenlijst tevoorschijn kunnen komen. Op het moment dat je zegt dat je dus per dag één à twee uur loopt, wandelt, zou je al kunnen zeggen van nou dan eindigt hier voor u de test want u doet voldoende.” (l. 1, r. 210-216)

Uit het bovenstaande citaat blijkt dat de vragenlijst voor sommige respondenten te lang was. Eén van de andere respondenten sluit daarbij aan en geeft aan dat er vragen verplicht beantwoordt moeten worden terwijl die niet van toepassing zijn op de situatie van de respondent:

“Dat is ook zoiets, als je iets niet wil invullen dan ben je wel verplicht om het in te vullen! En dan vul je dingen in die je eigenlijk helemaal niet wou. En als dit niet voor mij van toepassing is dan ben ik wel verplicht om wat in te vullen. [...] En dat ergert mij gruwelijk.” (l. 2, r. 356-365)

Het invullen van de vragenlijst kan niet vervolgd worden zolang er op een vraag geen antwoord gegeven is. Meerdere respondenten geven aan dat dit een nadeel is aan de opbouw van de website. Het bovenstaande citaat geeft zelfs aan dat het een irritatie punt kan zijn. De respondent van het bovenstaande citaat is over het algemeen niet positief over de vragenlijst. De respondent kan zich niet identificeren met het ziektebeeld van COPD en kan zich daardoor niet verplaatsen in de vragen. In de ogen van de respondent zijn de

vragen voor hele zieke mensen en dit maakt het moeilijk om een juist antwoord op de vragen te kunnen geven.

Er zijn meer respondenten die moeite hebben met de vragen in de vragenlijst. De problemen hebben betrekking op verwarring omtrent de definitie van bepaalde begrippen en over de antwoordmogelijkheden bij bepaalde vragen. De onduidelijkheden zorgen er voor dat respondenten moeite hebben met het beantwoorden van sommige vragen:

“Op m’n werk beweeg ik best veel ja. Van opstaan naar zitten en lopen, da is best veel. Dus wat dat betreft. Maar dat is anders bewegen. Het is onder je werk. En ik vind bewegen moet ontspannend zijn. Al zou ik ’s avonds een half uur gaan lopen of langzamerhand hard gaan lopen of sporten. Dus op die manier. Dus ontspannend bewegen, maar ook duidelijk met je lijf bezig zijn. En op je werk ben je niet echt met je lijf bezig.” (I. 10, r. 58-62)

Uit het bovenstaande citaat blijkt dat sommige respondenten moeite hebben met de definities van bepaalde begrippen. In het programma wordt norm van dertig minuten bewegen per dag gehanteerd. Dertig minuten bewegen wil niet zeggen dat er per dag dertig minuten gesport moet worden. De respondent geeft echter aan dat bewegen voor haar hetzelfde betekent als sporten. De definitie die de respondent heeft van bewegen, zorgt er voor dat er problemen ontstaan met het invullen van bepaalde vragen over bewegen.

Niet alleen met betrekking tot bewegen zijn er problemen met de definitie. Eén van de respondenten geeft aan dat het onduidelijk is of kortademigheid hetzelfde is als benauwdheid.

“Ja nee ik heb geen last van kortademigheid! [Bekijkt de antwoordmogelijkheden] ja ik heb daar toch moeite mee hoor, maar wat vul ik dan in? [...] Ja is kortademig hetzelfde als benauwd?” (I. 1, r. 351-370)

In de vragenlijst wordt gesproken van kortademigheid. Doordat de respondent blijkbaar een andere definitie van kortademigheid heeft dan de makers van de vragenlijst, is het voor de respondent onduidelijk welk antwoord op de vraag nu de juiste is.

De antwoordmogelijkheden bij de vragen zorgen eveneens voor onduidelijkheden. In sommige gevallen zijn de antwoordmogelijkheden volgens de respondenten heel strikt geformuleerd. Eén van de respondenten geeft aan dat er een antwoordmogelijkheid mist die het beste zou passen. Het ene antwoord is te zwaar en het andere antwoord is te licht voor de respondent. Respondenten geven aan dat ze in die situatie kiezen voor het antwoord dat dan het meeste in de buurt komt. Dit zou echter kunnen betekenen dat het uiteindelijke advies op maat, dat gebaseerd wordt op de antwoorden uit de vragenlijst, vertekend is. Twee respondenten geven aan hier grote problemen in te zien. Beide respondenten ondergaan

longrevalidatietrainingen bij de fysiotherapeut om de aangetaste longen te trainen. Revalidatie komt echter nergens in het programma van AdemDeBaas terug. Beide respondenten hebben moeite met het beantwoorden van de vragen over sport, omdat het onduidelijk is of revalidatie onder sport valt of niet:

“Ja dit vond ik lastig [over de vraag over sporten] omdat ik fysio... Dan heb ik zoiets, moet ik het nou opschrijven of moet ik het nou niet opschrijven? Ja je kan het fitness misschien noemen. Ja het is niet echt fitness, maar... [...] Ik zie het wel als sport. Maar wel noodzakelijke sport, want als je het een tijdje niet doet dan zak je helemaal in. En kijk het is niet echt fitness, want het is, je gewichten worden nooit zwaarder dan je max. En die max. heb je al heel snel bereikt. Dus je bouwt ook niet op, maar je probeert het in stand te houden. Dus aan de ene kant is het sport, maar aan de andere kant ook weer niet.” (I. 9, r. 367-375)

Respondenten ervaren het als een gemis dat er in het programma geen rekening gehouden is met revalidatie voor COPD-patiënten. Eén van de respondenten geeft aan dat zij meerdere COPD-patiënten kent die revalideren bij de fysiotherapeut en dat het raar is dat AdemDeBaas dit aspect niet meegenomen heeft in het programma. Beide respondenten vullen uiteindelijk in dat revalideren hoort tot sporten. Beide geven echter wel aan dat het advies op maat hierdoor vertekend wordt. Tussen de oefeningen is er een rusttijd, daardoor lijkt het alsof er per week meer gesport wordt dan daadwerkelijk het geval is:

“Ja want revalidatie kan je niet vergelijken met de sportschool. Bij de sportschool doe je alles tien minuten tot een kwartier op een toestel en ik hou het vijf tot maximaal tien minuten vol. En dan moet ik daarna weer een poosje gaan zitten.” (I. 3, r. 430-432)

De respondent geeft aan dat COPD-patiënten op een totaal andere manier sport bedrijven dan gezonde mensen. In het programma is hier geen rekening mee gehouden en dat is terug te zien in het advies op maat. Naar aanleiding van de antwoorden op de vraag wordt er berekend hoeveel minuten per dag er bewogen wordt. Door de problemen met de antwoordmogelijkheden ligt dit aantal minuten veel hoger dan het aantal minuten wat daadwerkelijk bewogen wordt:

“Ja want wat moet je dan invullen. Moet je dan invullen inderdaad dat je fitness doet of sport of niet. Dus ja dan doe ik het dus twee dagen per week. Maar er zit ook heel veel pauze tussen hè. [...] Dit is dan alweer een vertekend beeld. [...] Want dit klopt dan op zich niet [over het advies op maat]. Ik heb nou eigenlijk te veel ingevuld.” (I. 9, r. 384-391)

Het ontbreken van het revalidatieaspect in de vragenlijst lijkt de belangrijkste tekortkoming. COPD-patiënten krijgen door het ontbreken van duidelijke informatie over revalidatie een

vertekend leefstijladvies op maat. In paragraaf 6.3 zal verder ingegaan worden op het advies op maat.

6.2.5. Filmpjes met oefeningen

Onderdeel van het advies op maat voor bewegen zijn filmpjes met oefeningen die thuis gedaan kunnen worden. Het doel van de filmpjes is dat mensen meer gaan bewegen doordat ze inzien dat bepaalde oefeningen eenvoudig in huis plaats kunnen vinden. De meningen van de respondenten over de filmpjes lopen erg uiteen. Eén van de respondenten geeft aan dat ze de oefeningen onnozel vind en dat de oefeningen absoluut niet geschikt zijn voor haar, maar alleen voor hele zieke mensen:

“Ik vind echt dat die website iets is voor mensen van tachtig jaar. Ik vind het veel te weinig oefeningen. Het zijn echt oefeningen die niets voorstellen, met achter een stoel gaan staan en zo. Dat is wat ik bedoel, dat is echt voor mensen die al heel ziek zijn!” (l. 2, r. 291-294)

Bovenstaand citaat geeft aan dat sommige respondenten zich niet konden identificeren met de oefeningen op de website. Andere respondenten laten zich echter wel positief uit over de oefeningen:

“Dat vond ik wel leuk dat ik op een gegeven moment die filmpjes van die oefeningen kreeg. Er waren er aantal die ik dus van de fysio kende, dus die kon ik zo doen. Maar er waren er ook een stel bij... Vooral als je met die rug zo moet platliggen, ik kan niet platliggen. [...] Het zijn dus allemaal afzonderlijke oefeningen die in zoverre met elkaar te maken hebben dat je dus ook je longcapaciteit gebruikt, maar verder eigenlijk los van elkaar staan. Dus je kan zeggen ik doe alleen die, en dat komt voor mij natuurlijk goed uit omdat en aantal van die oefeningen voor mij niet doenbaar waren.” (l. 4, r. 300-330)

Bovenstaand fragment geeft aan dat het gewaardeerd wordt dat er allemaal losse filmpjes met oefeningen op de website staan. Door deze constructie is het voor gebruikers mogelijk te kiezen welke oefeningen er wel of niet gedaan worden. Doordat de gebruikers die de website gebruiken grote verschillen vertonen in de gezondheidstoestand, is dit een nuttige en haast noodzakelijke constructie. Op deze manier kan iedereen op eigen niveau de oefeningen uitvoeren. De respondent van het bovenstaande citaat merkte in het interview op dat het doel van de oefeningen onduidelijk is. De respondent is van mening, dat het nuttig is om te weten wat het doel van de oefening is die gedaan wordt:

“Maar de nadruk die je dan legt op waarom nou deze oefening specifiek voor je ademhalingsroutes, die vond ik er niet zo sterk uitkomen. Nou goed misschien ben ik daar een indoctrineerder in hoor, maar als je dus zeg maar bepaalde handelingen gaat plegen dan vind ik het vaak nuttig van nou wat

streef ik na, wat is het doel, hoe gaan we dat bereiken, hoe evalueer je het, hoe kijk je of het ook zoden aan de dijk zet. En dat vond ik wat aan de summiere kant. Maar een ander zegt weer, dat is me te veel, excuseer me hoor, gelul! Ik wil meteen aan het werk.” (l. 4, r. 332-340)

De respondent geeft in het interview zelf al aan dat mensen verschillende verwachtingen hebben. Er zullen gebruikers zijn die eveneens graag zouden willen weten wat het precieze doel van iedere oefening is, andere gebruikers zullen de oefeningen echter liever gewoon willen uitvoeren.

6.3. Advies op maat van AdemDeBaas; een utopie?

AdemDeBaas draait uiteindelijk om het leveren van een leefstijladvies op maat, toegespitst op de unieke situatie van iedere afzonderlijke gebruiker. De onderzoeker heeft aan iedere respondent de definitie van advies op maat van Kreuter & Skinner (2000) voorgelegd. Aan iedere respondent is vervolgens gevraagd in hoeverre de respondenten het advies op maat vonden. De meningen over het advies op maat lopen sterk uiteen. Ongeveer de helft van de respondenten is van mening dat het advies inderdaad op maat is, de andere helft is van mening dat het advies juist niet op maat is. Een aantal respondenten heeft niet al te hoge verwachtingen van een advies op maat en ziet de norm van dertig minuten per dag bewegen als advies op maat:

“Ja dat was een advies op maat, dat half uur. Nou, daar kom ik ruim aan. Soms er overheen.” (l. 6, r. 133)

Het advies op maat geeft ongeacht de gezondheidstoestand van een gebruiker, aan dat er per dag dertig minuten bewogen moet worden. Niet alle respondenten zijn echter in staat dertig minuten per dag te bewegen. Ondanks dat sommige respondenten niet in staat zijn de gestelde norm te halen, vinden ze het advies nog steeds op maat:

“Ja het advies sloot wel aan op mijn gezondheidstoestand, maar die dertig minuten daar zou ik aan moeten gaan werken.” (l. 3, r. 555-556)

Eén van de respondenten geeft aan dat een advies altijd op maat is als de vragenlijst eerlijk ingevuld wordt. Hieruit blijkt dat het de verantwoordelijkheid van de gebruikers zelf is of het advies op maat is of niet:

“Ja kijk als je als gebruiker eerlijk bent in je antwoorden, dan is zo’n advies wel goed. Dan past zich dat aan aan jouw antwoorden. Dus wat dat betreft is dat goed gegaan.” (l. 10, r. 198-199)

Niet alle respondenten zijn het echter eens met deze gedachtegang:

“En ik merkte dat het programma toch heel weinig van mij wil weten. Dat betekent dus dat per definitie het advies ook oppervlakkig is. Maximaal dezelfde oppervlakkigheid of minder. En dat was duidelijk geval vind ik. [...] Er worden te weinig persoonlijke omstandigheden gerichte vragen gesteld” (l. 7, r. 206-210)

De respondent geeft aan het advies erg oppervlakkig te vinden. Een verklaring is in de ogen van de respondent dat de vragen in de vragenlijst oppervlakkig waren en dat het daardoor niet mogelijk is om een goed advies op maat te geven. Er zijn meerdere respondenten die deze visie onderschrijven. Meerdere keren komt het concept ‘de grootst gemene deler’ aan bod in de interviews. Respondenten merken op dat achter het advies op maat een grote database zit met mogelijke antwoorden en dat dit de bron vormt voor het advies op maat. De vraag is echter of een database ooit in staat zal kunnen zijn om een advies op maat af te leveren. Sommige respondenten spreken van een geautomatiseerd advies en vragen zich af in hoeverre dit wel persoonlijk kan zijn. Dit is een belangrijke bevinding. Respondenten merken aan de vragen die gesteld worden al of het advies op maat zal zijn. Doordat het programma weinig persoonlijke informatie wil weten, is het vormen van een advies op maat erg lastig. Ondanks dat sommige respondenten aangeven dat het advies niet op maat is, is het advies wel specifiek dan een algemeen advies:

“Het was niet echt specifiek voor mij, maar het was wel voor een groep waar ik toe zou kunnen behoren, dat wel. Niet echt heel specifiek, maar wel meer gericht dan een algemeen standaard advies.” (l. 5, r. 134-136)

Dat het advies niet persoonlijk op maat is hoeft niet per definitie te betekenen dat het advies niet op maat is. Dat blijkt uit het bovenstaande citaat. Een advies op maat kan ook gezien worden als een advies voor een bepaalde groep mensen en niet alleen op individueel niveau. Meerdere respondenten geven aan dat het advies niet op het individu betrekking heeft, maar dat ze zich er wel in kunnen verplaatsen doordat het een advies is voor de groep waar zij voor hun gevoel toe behoren. Eén van de respondenten geeft aan dat het advies globale informatie bevat die over het algemeen bij iedereen bekend is:

“Kijk een aantal van die adviezen die zijn zoals ik al zei toch wat aan de globale kant, als je je hersens gebruikt dan doe je dat al. Maar helaas is het gebruik van hersens toch niet zo vanzelfsprekend, vooral niet bij dit soort dingen, ja je moet dingen laten.” (l. 4, r. 704-707)

Leefstijlveranderingen zijn niet eenvoudig, gewoontes moeten afgeleerd en aangeleerd worden. Het advies is volgens bovenstaande respondent aan de globale kant, maar dit neemt niet weg dat het van belang kan zijn om er nogmaals kennis van te nemen. Uit bovenstaande bevindingen zou geconcludeerd kunnen worden dat de mening over het

advies op maat gevormd wordt door de heersende verwachting ten aanzien van het advies. Ondanks dat iedere respondent dezelfde definitie van advies op maat voorgelegd heeft gekregen, blijkt dat de verwachtingen desondanks toch verschillen. Sommige respondenten gaan er vanuit dat een advies nooit helemaal persoonlijk kan worden, doordat nooit alle specifieke karakteristieken in het advies betrokken kunnen worden. In de volgende paragraaf zal besproken worden of het leveren van advies op maat via een website überhaupt mogelijk is.

Ondanks dat niet alle respondenten het advies op maat vonden, zijn de respondenten wel eensgezind over de toegevoegde waarde van een advies op maat. Alle respondenten geven aan dat een advies op maat veel motiverender werkt om de leefstijl te veranderen. Doordat een advies op maat toegespitst is op de persoonlijke situatie, is de relevantie beter zichtbaar:

“Bij hele globale adviezen wordt toch op een gegeven moment gezegd van nou dat weet ik allang. Maar als je mensen, echt op een hun persoonlijke ongemakken kan aanspreken en ze merken... Dan zijn ze ook bereid, tenminste zo zie ik dat dan met mijn eigen probleempjes, dan wil je je daarvoor blijven inzetten. Het is soms even afzien, maar je weet dat het nuttig is. En het kost tijd en moeite, maar je hebt er plezier van. Dus die personalisering is denk ik inderdaad dat dat een belangrijke factor is.” (l. 4, r. 828 – 832)

Door mensen persoonlijk aan te spreken op de leefstijl, is de kans groter dat ze zich er voor in willen zetten, is wat het citaat van de bovenstaande respondent stelt. Doordat er een advies op maat gegeven wordt, komt het veel dichterbij en hebben mensen sneller het idee dat ze er iets mee ‘moeten’. Eén van de voordelen van een advies op maat is dat de informatie toegespitst is op de ontvanger. De overbodige informatie kan verwijderd worden, waardoor het advies gezien wordt als persoonlijk relevant. De volgende respondent geeft aan dat dat belangrijk is voor een advies op maat:

“Des te individueler dat het wordt, des te meer dat het geschikt is, des te eerder ben je geneigd om er mee door te blijven gaan.” (l. 5, r. 469 – 470)

Het bovenstaande citaat laat zien dat een advies op maat als geschikter geacht wordt. Doordat het advies gericht is op één individu, zal de gebruiker geneigd zijn om de leefstijl daadwerkelijk te veranderen. De persoonlijke relevantie die terug te vinden is in het advies op maat, lijkt motiverend te werken.

6.4. Advies op maat via internet; een utopie?

In de voorgaande paragraaf is het leefstijladvies op maat van AdemDeBaas besproken. In de interviews is echter tevens over advies op maat via een website in het algemeen gesproken.

De meningen van de respondenten liepen wederom uiteen. Een deel van de respondenten geeft aan dat advies op maat door middel van een website mogelijk is. Een ander deel van de respondenten is echter van mening dat het internet zich niet leent voor het geven van advies op maat. Daarnaast zijn er nog respondenten die het geven van leefstijladvies via een website wel mogelijk achtten, maar dat het moeilijk vorm te geven is. In de volgende subparagrafen zullen de visies van de respondenten aan bod komen.

6.4.1. Advies op maat is mogelijk

Het geven van advies op maat via een website behoort volgens sommige respondenten tot de mogelijkheden. Een voorwaarde is echter wel dat de vragenlijst op een dusdanige manier is samengesteld dat de antwoorden een solide basis vormen voor een goed advies op maat. Gebruikers moeten eerlijk antwoord geven op de vragen, alleen dan ontstaat een advies op maat:

“Als jij eerlijk bent in je antwoorden dan komt het op hetzelfde neer. Dan is het advies eigenlijk hetzelfde als een dokter.” (l. 10, r. 220-221)

Het bovenstaande citaat geeft aan dat de respondent geen onderscheid ziet in een advies op maat en het advies van een dokter. Het advies kan echter alleen goed zijn als er eerlijk antwoord gegeven wordt op de vragen.

6.4.2. Advies op maat is niet mogelijk

In tegenstelling tot de respondenten in de voorgaande paragraaf zijn er tevens respondenten die niet geloven in advies op maat door middel van een website. De meeste respondenten geven aan dat advies op maat alleen verstrekt kan worden door middel van één-op-één gesprekken:

“Ja zeker, ja zeker. Maar dan wel van mens tot mens denk ik. [...] Dat ik bij iemand zit die daar verstand van heeft en die mij adviezen geeft van je zou dit eens kunnen proberen, of je zou dat eens een keertje moeten doen of zou je niet eens een keertje zus. En dat kan de longarts zijn, of de longverpleegkundige of de huisarts of een collega met vergelijkbare aandoeningen die er al wat langer ervaring mee heeft. Maar je hoort mij bewust niet de computer noemen.” (l. 7, r. 399-406)

Een advies op maat naar aanleiding van een vragenlijst is in de ogen van sommige respondenten niet mogelijk omdat er bij het opstellen van de vragen altijd beperkingen zijn. Ieder persoon verschilt en dit is niet aan te geven in een gestandaardiseerde vragenlijst:

“[...] dat geldt voor al dit soort testen, hoeveel variaties je aanbrengt, hoeveel keuze momenten, allereerst qua verwerking is het een probleem. Eigenlijk zou

je dan wat we nu doen hè, één op één gesprekken, particuliere therapie eruit rollen. In zo'n systeem, in zo'n elektronisch enquêteformulier moet je je beperken.” (l. 4, r. 599-602)

De respondenten stellen dat het niet mogelijk is om een advies op maat op basis van een vragenlijst te geven. Er kunnen alleen voorgeschreven antwoorden gegeven worden en daardoor zal het advies nooit afgestemd zijn op de persoonlijke situatie. Niemand is gelijk en dat geldt ook voor de antwoorden die gebruikers op vragen geven:

“Ja dan zit je altijd weer met de grootst gemene deler. En de gemiddelde patiënt bestaat niet, gelukkig. Kijk, Astma is Astma en COPD is COPD, dat is in principe voor iedereen hetzelfde. Maar er is geen één patiënt die dat hetzelfde ervaart. Die dezelfde beperkingen en dezelfde mogelijkheden heeft.” (l. 7, r. 468-471)

6.4.3. Advies op maat is mogelijk, maar moeilijk

De vorige twee sub paragrafen vormen twee uiterste, er zijn echter respondenten die een tussensie innemen. Advies op maat is wel mogelijk via een website, maar het is wel moeilijk om dit vorm te geven. Bij het invullen van de vragen wordt er geen rekening gehouden met andere aandoeningen en daardoor is het voor respondenten in sommige gevallen moeilijk te bepalen of de beperkingen ontstaan als gevolg van de COPD of het verhoogde risico op COPD of door andere aandoeningen. Respondenten geven aan dat het fijn zou zijn als er rekening gehouden wordt met aandoeningen naast de COPD of het verhoogde risico op COPD:

“Het zou ideaal zijn als er rekening gehouden wordt met mijn reuma. Het zal alleen wel niet te realiseren zijn voor iedereen denk ik. Dat is veel te veel werk natuurlijk.” (l. 8, r. 402-403)

“Ja maar het is natuurlijk heel moeilijk om alles op iedereen af te stemmen.” (l. 1, r. 388)

Respondenten realiseren zich dat advies op maat nooit volledig persoonlijk gemaakt kan worden. Doordat respondenten zich dit realiseren, wordt er op een andere manier naar het advies op maat gekeken. De respondenten zijn zich er van bewust dat het heel moeilijk is om een advies te kunnen geven dat past bij iedere gebruiker die de vragenlijst invult. Door dit bewustzijn kijken de respondenten op een globalere manier naar het advies op maat.

6.5. Conclusie

Uit de voorgaande paragrafen kunnen een aantal dingen geconcludeerd worden over de ervaringen en bevindingen van de respondenten met betrekking tot het gebruik van het programma AdemDeBaas voor leefstijladvies op maat. De website van AdemDeBaas werd

over het algemeen positief beoordeeld. De website was duidelijk, overzichtelijk en niet ingewikkeld. Het inloggen op de website heeft wel voor een aantal problemen gezorgd, maar over het algemeen zijn deze problemen binnen afzienbare termijn opgelost. Eén van de grootste minpunten van het programma werd genoemd door een aantal mensen met COPD. Het programma heeft geen rekening gehouden met de longrevalidatie die veel COPD-patiënten volgen en het invullen van de vragenlijst werd door deze beperking bemoeilijkt. Het was voor de respondenten onduidelijk of revalidatie wel of niet onder sport moest vallen en in sommige gevallen heeft dit geleid tot een vertekend advies op maat.

Het advies op maat leidde tot grote verdeeldheid onder de respondenten. Ongeveer de helft vond het advies op maat, de andere helft vond dit echter niet. Een aantal respondenten gaf aan dat het advies misschien niet helemaal op hen persoonlijk van toepassing was, maar dat het wel een advies was voor een groep waar zij zich in bevinden en dat ze zich daarom wel in het advies konden vinden. Een belangrijke bevinding is dat een aantal respondenten aangaf dat het advies heel oppervlakkig geformuleerd is. Respondenten gaven aan dat er weinig persoonlijke informatie gevraagd werd en dat daardoor het uiteindelijke advies oppervlakkig te noemen was. Er werd wel door alle respondenten aangegeven dat een advies op maat motiverender werkt dan een algemeen advies.

Er was wederom grote verdeeldheid over de vraag of een advies op maat überhaupt via een website geleverd kon worden. Een aantal respondenten gaf aan dat dit tot de mogelijkheden zou moeten behoren. Door eerlijk te zijn in het geven van antwoorden op de vragen, komt er vanzelf een advies op maat tot stand. Andere respondenten gaven echter aan dat advies op maat alleen mogelijk is in een één-op-één setting en niet via een website. Als argument werd hiervoor gegeven dat geautomatiseerde databases nooit kunnen zorgen voor een advies op maat. Tot slot was er een groep respondenten die aangaf dat het leveren van een advies op maat via internet wel mogelijk is, maar dat het heel moeilijk vorm te geven is. De respondenten geven zelf al aan dat het heel moeilijk is om in het advies op maat overal rekening mee te houden.

H7. AdemDeBaas: Toegevoegde waarde

7.1. Inleiding

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van de interviews besproken worden. De vragen die gesteld zijn in de interviews, kunnen verdeeld worden in drie thema's; motivatie en verwachtingen van gebruikers van AdemDeBaas, ervaringen en bevindingen van gebruikers van AdemDeBaas en tot slot de toegevoegde waarde van AdemDeBaas. In dit hoofdstuk zal het derde thema aan bod komen.

In de tweede paragraaf zal ingegaan worden op het onderscheid tussen COPD patiënten en de groep gebruikers met een verhoogd risico op COPD. Heeft het programma voor de ene groep een grotere toegevoegde waarde dan voor de andere groep? Paragraaf drie zal ingaan op de aanbeveling van het programma aan anderen. Aan wie zouden zij het programma aanbevelen? De toekomst van AdemDeBaas zal in paragraaf vier aan bod komen. Willen de respondenten AdemDeBaas blijven gebruiken? In paragraaf vijf zal het programma geëvalueerd worden. Er zal gekeken worden of deelname aan AdemDeBaas als nuttig ervaren is en waarom wel dan wel niet. Paragraaf zes beschrijft in hoeverre AdemDeBaas aansluit bij de gebruikers. In paragraaf zeven zal vervolgens gekeken worden in hoeverre de doelstelling van het programma gehaald is bij de geïnterviewde respondenten. Paragraaf acht vormt tot slot de conclusie van dit hoofdstuk.

7.2. Onderscheid tussen COPD en een verhoogd risico op COPD

Aan het programma van AdemDeBaas hebben mensen gediagnosticeerd met COPD en mensen met een verhoogd risico op COPD meegedaan. Uit de interviews is naar voren gekomen dat de beide groepen verschillend tegen het programma aankijken. Er is een groot onderscheid tussen gediagnosticeerd zijn met COPD of een verhoogd risico op COPD hebben. Bij een verhoogd risico op COPD is het mogelijk dat er geen klachten aanwezig zijn. De gezondheidstoestand is daardoor niet te vergelijken met mensen die daadwerkelijk met COPD gediagnosticeerd zijn. Respondenten geven aan dat de noodzaak voor iemand met een verhoogd risico minder groot is dan voor mensen met COPD:

"Ik denk, ook al heb je een verhoogde kans, als je het niet hebt doe je er niks mee. Luister, ik ben heel eerlijk. Als ik naar mijzelf kijk, kijk ik rookte en ik was absoluut niet van plan om te stoppen. [...] Ik ben daarna gezond gaan leven. Ik ben gaan bewegen. Ik ben gaan gezond eten. Dat doe je pas, als ik naar mijzelf kijk, als het zo ver is. Mensen die verhoogd risico hebben zullen zich daar niet zoveel van aantrekken denk ik. En als je hebt ga je dingen opzoeken. En wil je meer weten. Dan kan je er iets mee." (l. 9, r. 117-123)

Een verhoogd risico wil nog niet zeggen dat er daadwerkelijk COPD ontwikkeld zal worden en daarnaast zijn er nog geen klachten aanwezig. Het aanpassen van de leefstijl zal minder urgent zijn, in tegenstelling tot mensen bij wie de diagnose COPD vastgesteld is, aanpassing

van de leefstijl zal dan acuut moeten gebeuren. De toegevoegde waarde voor gebruikers met een verhoogd risico op COPD lijkt hierdoor beperkter dan voor COPD-patiënten.

Naast dat de noodzaak voor mensen met een verhoogd risico op COPD minder aanwezig is, verschilt het bewegingspatroon van iemand met COPD aanzienlijk ten opzichte van iemand met een verhoogd risico op COPD:

“Mensen die COPD hebben, in wat voor vorm dan ook, die hebben volgens mij, naar mijn idee, een totaal ander bewegingsadvies als de mensen met een verhoogd risico op COPD. [...] Dus ik zou een uur kunnen bewegen en iemand die COPD heeft misschien een half uur. Dat is volgens mij het verschil. Die hebben natuurlijk gewoon veel minder conditie.” (I. 10, r. 108-110)

Het advies zou volgens bovenstaande respondent aangepast moeten worden aan de diagnose. Het normadvies is echter dertig minuten bewegen per dag. Zware COPD-patiënten zullen deze norm hoogstwaarschijnlijk niet halen, maar hier wordt in het programma geen rekening mee gehouden. Hierdoor zal het advies bij zware COPD-patiënten hoogstwaarschijnlijk niet bij de gezondheidstoestand passen en daardoor zal het advies niet als op maat ervaren worden.

7.3. Aanbevelen aan anderen

Aan alle respondenten is gevraagd voor welke groep zij het programma AdemDeBaas nuttig vinden. De groepen aan wie AdemDeBaas aanbevolen wordt loopt sterk uiteen. Een aantal respondenten geeft aan AdemDeBaas alleen aan te bevelen aan mensen die daadwerkelijk longproblemen hebben en nog niet veel informatie over de longziekte verzameld hebben. Zij zijn van mening dat het programma voor de groep gebruikers met een verhoogd risico weinig toegevoegde waarde heeft:

“Voor mensen die pas geconfronteerd zijn, pas gediagnosticeerd zijn met Astma of COPD. Die er nog heel weinig vanaf weten en die misschien niet zo goed naar de dokter durven gaan. Maar dan heb je het ook gehad denk ik. [...] Ja die nieuw in het ziektebeeld zitten zeg maar. Ik denk dat het daar het nuttigste voor is.” (I. 7, r. 215-233)

Respondenten geven verder aan dat ze het programma aan zouden raden bij bekenden en familie. Eén van de respondenten heeft het programma daadwerkelijk aan familie aanbevolen, de persoon in kwestie kan echter totaal niet met de computer overweg. Aanbeveling heeft volgens respondenten alleen zin bij de geschikte groep:

“Met name de groep die goed met internet overweg kan. En dan toch ook longproblemen heeft in welke vorm dan ook.” (I. 5, r. 218-219)

De kans dat het programma aanbevolen wordt bij anderen neemt toe naarmate het programma meer toegevoegde waarde heeft. Respondenten zijn eerder geneigd een programma aan te bevelen als ze er zelf de toegevoegde waarde van hebben gemerkt:

“Nou beveel ik veel van dit soort dingen aan hoor, maar ik vind dit duidelijk toch wel meerwaarde hebben. [...] Nou ja omdat je het zo vaak hoort dat mensen toch klachten op dit gebied gaan krijgen.” (l. 4, r. 673-676)

Het feit dat steeds meer mensen problemen met het ademhalingsgestel krijgen, is een belangrijke reden om dit programma aan te bevelen bij andere mensen. De respondenten zijn van mening dat AdemDeBaas belangrijk kan zijn bij het leren omgaan met de longproblemen en bevelen daarom het programma aan bij familie en bekenden. Daarnaast geven respondenten aan dat het programma in principe voor iedereen nuttig is. Stoppen met roken en meer beweging is voor iedereen aan te bevelen en niet alleen specifiek voor mensen met COPD of mensen met een verhoogd risico op COPD.

7.4. Toekomst

Het programma van AdemDeBaas loopt eind mei af. De vraag is of de website na die tijd gefinancierd blijft of dat de website uit de lucht gehaald wordt. Aan alle respondenten is gevraagd of ze de in de toekomst de website zouden willen blijven gebruiken. Net als bij alle andere vragen waren de antwoorden hier eveneens verdeeld. Eén van de respondenten gaf aan het programma nooit meer te willen gebruiken:

“Ik hoef het helemaal niet meer te gebruiken, nee echt niet. Voor mij is dat helemaal niet van toepassing.” (l. 2, r. 248-249)

Andere respondenten zijn minder resoluut en willen de website nog wel eens bekijken als er nieuwe informatie op geplaatst wordt. In de huidige vorm zien zij echter niet de toegevoegde waarde om de website te blijven bezoeken.

Er zijn echter respondenten die de website graag willen blijven bezoeken. Op de website kan bijgehouden worden hoeveel er bewogen wordt en respondenten vinden dit fijn. Wel zou het gewaardeerd worden als de website up-to-date blijft met nieuwe informatie. Eén van de respondenten geeft aan de website te willen blijven gebruiken als geheugensteuntje:

“Nou het is voor mij ook vooral ook dat ik daardoor er mee bezig blijf. Waardoor je zoiets hebt van oh...” (l. 5, r. 249-250)

De meningen lopen wederom uiteen. Het toevoegen van nieuwe informatie op de website kan als overkoepelend punt genoemd worden. De groep die de website wil blijven gebruiken

zou het een meerwaarde vinden als er nieuwe informatie toegevoegd wordt en de groep die de website in de huidige vorm niet meer wil bezoeken zou door de nieuwe informatie eventueel opnieuw gebruik van de website willen maken. Of de website uiteindelijk beschikbaar blijft, blijft echter nog onzeker.

7.5. Evaluatie van de deelname

Het programma loopt bijna ten einde. De deelname van de respondenten is door middel van de interviews geëvalueerd. In alle interviews komt naar voren dat de website geen nieuwe informatie heeft aangeboden. Alle informatie die op de website te vinden is, is bij alle respondenten in zeker mate bekend:

“Ik weet alles wat ze daar schrijven! Dat hoef je me niet te vertellen.” (I. 2, r. 396)

Niet iedereen ervaart het echter als negatief dat de informatie al bekend is. Meerdere respondenten geven aan dat het fijn is om een bevestiging te krijgen van de kennis die ze al hebben:

“Het zijn altijd bevestigingen die je krijgt. Zo van, oh zie je. Daar heb ik ook last van. Dus dat, echt nieuwe dingen niet, maar bevestigingen. Dat vind ik zelf altijd wel prettig.” (I. 9, r. 127-128)

Ondanks dat de informatie over het algemeen bij alle respondenten al bekend is, wil dit niet zeggen dat de informatie niet nuttig kan zijn. Eén van de respondenten geeft aan negatief tegenover het gebruik van hulpmiddelen om te stoppen te staan, maar door de informatie van AdemDeBaas gaat de respondent toch nadenken over de hulpmiddelen:

“Ja kijk het meeste weet ik natuurlijk wel. Maar omdat ik zo’n hypocriet ben... In theorie weet ik het allemaal wel natuurlijk. Maar je pakt toch altijd weer nieuwe dingen mee. Nu lees ik het bijvoorbeeld weer waarom zou je eigenlijk geen hulpmiddelen gebruiken? Dat is dan weer iets om over na te denken.” (I. 8, r. 330-333)

Eén van de respondenten geeft aan dat de website, naast bekende informatie, te weinig informatie geeft:

“[...] dan komt deze informatie als nul tegenover andere informatie die je krijgt op de websites, want dat is veel meer. [...] Ja, ik vind dit ook prima voor kinderen van acht jaar. Maar voor een volwassen mens vind ik het gewoon te weinig. (I. 2, r. 389-396)

In tegenstelling tot het bovenstaande citaat van de respondent, geeft één van de andere respondenten aan dat de meerwaarde van het programma juist is dat de website een coherente bron aan informatie biedt. Op één website is alle informatie te vinden met betrekking tot COPD en met betrekking tot stoppen met roken en meer beweging. Dat alles op één website te vinden is, kan gezien worden als een grote meerwaarde aan het programma AdemDeBaas:

“Wat ik het mooie vind aan dit soort systemen is dat alles weer eens bij elkaar wordt gezet. Anders vindt je het uit diverse bronnen en zo en dan ben je alleen maar bezig met moet ik dit bij dat voegen of niet. En nu wordt een afgesloten, coherente brok informatie wordt aangeboden. En dat is wat ik eigenlijk de grootste meerwaarde ervan vind.” (l. 4, r. 604-607)

Aan alle respondenten is gevraagd of de deelname uiteindelijk als nuttig ervaren is. Uit de interviews blijkt dat respondenten het concept nuttig op verschillende manieren interpreteren. Sommige respondenten hebben AdemDeBaas als steuntje in de rug ervaren bij het veranderen van de leefstijl. Andere respondenten vinden alleen al het bewustzijn wat verkregen is door deelname aan het programma nuttig. Geen van de respondenten noemt dat de gezondheidstoestand uiteindelijk verbeterd is door deelname aan het programma, het programma heeft echter wel ondersteuning geboden bij het meer bewegen:

“En het heeft me echt ondersteunt in het bewegen. Ja, dat ik toch wat ik zeg, ik heb niet eens die oefeningen gedaan die daar opstonden, maar puur dat je dingen invulde dat je weer, hoeveel heb je nu bewogen, hoeveel heb je nu gedaan? Dat motiveerde mij. Ik moest echt in die tijd, echt gaan beginnen met bewegen. En dat motiveerde mij om het toch door te zetten.” (l. 9, r. 55-58)

Ongeveer de helft van de respondenten geeft aan dat AdemDeBaas nuttig is geweest in de zin van het creëren van bewustzijn. Door de website te bezoeken is de gebruiker actief bezig met de componenten van het programma en dit zorgt er voor dat er bewust nagedacht wordt over de eigen leefstijl:

“Ja ik heb er wel iets aan gehad voor mezelf, maar niet in de zin dat het daardoor tot verbetering van mijn gezondheid... Maar wel meer bewustzijn van. [...] Maar wel dat je er zelf nog een keer mee bezig geweest bent.” (l. 5, r. 505-544)

Niet alle respondenten zijn echter van mening dat deelname aan AdemDeBaas uiteindelijk nuttig geweest is. Een aantal respondenten geeft aan dat de deelname niet nuttig is omdat het programma niet aansluit bij de leefstijl. Er zijn respondenten bij die niet roken en die

voldoende beweging hebben. Door de opzet van het programma is deelname voor deze groep over het algemeen niet nuttig gebleken:

“Alleen voor mij, omdat ik niet rookte en voldoende beweeg, ja is het toch enigszins beperkt. [...] En daarom motiveert het mij minder om er ook helemaal door heen te gaan. Want ik denk steeds in mijn achterhoofd, eigenlijk is het voor mij niet van toepassing want ik beweeg veel en ik rook niet.” (I. 1, r. 195-199)

Doordat het programma niet aansluit bij de leefstijl van de respondent is deelname achteraf niet nuttig gebleken. Een andere respondent sluit daarbij aan. De respondent kan zich niet identificeren met het programma, omdat het programma in de ogen van de respondent gemaakt is voor oude en zieke mensen:

“Nee absoluut niet. Omdat het helemaal niet voor mij van toepassing is. Als ik zie hoe die mensen die oefeningen doen dan ja, ik kan met m'n been nog in de lucht hoor. Ik hoef die oefeningen niet te doen. [...] En dat stoppen met roken wil ik uit principe niet.” (I. 2, r 79-112)

Het bovenstaande citaat geeft weer dat sommige respondenten de leefstijl niet willen veranderen. Als de motivatie er niet is, dan heeft deelname aan een programma voor leefstijlverandering over het algemeen geen zin. Niemand van de respondenten die rookt is door middel van AdemDeBaas gestopt met roken. Meerdere respondenten geven wel aan een streefdatum te hebben wanneer ze beginnen met stoppen met roken. Stoppen met roken blijkt echter lastig te gaan en het is dan ook de vraag of het wel mogelijk is om door middel van een website voldoende steun te bieden bij dit lastige proces.

Uit de interviews komt naar voren dat respondenten over het algemeen zelf al snel door hadden of deelname aan AdemDeBaas nuttig is of niet. Zodra de deelname niet nuttig blijkt te zijn, neemt de motivatie om door te zetten af:

“Nee, nee, ik kon ook de motivatie niet meer opbrengen om daar nog energie in te steken. Ik heb wel andere dingen te doen dan dat. [...] Kijk als je ergens niets aan hebt, ja waarom zou je het dan doen?” (I. 7, r. 81-184)

Respondenten geven aan dat het een vereiste is voor een programma voor leefstijladvies op maat dat gebruikers merken dat het programma nut heeft. Zodra er gemerkt wordt dat het programma geen nut heeft, neemt de motivatie af. Juist bij leefstijlveranderingen is motivatie van groot belang. Het is daarom van belang dat gebruikers merken dat het programma iets oplevert, in welke vorm dan ook:

“En dat mensen dan ook voelen dat ze zich er wel bij voelen. Je hebt natuurlijk wel de stimulus respons dat je een mate van zelfstisfactie wil hebben van hè, ik heb hier iets gedaan en daar heb ik even iets moeite voor gedaan, maar ik merk dat het leuk is of ik merk dat ik er voordeel van heb. Niet dat het meteen compleet hoeft te zijn, maar wel dat het niet zoiets is van nou over twee of drie jaar merk ik of ik er iets aan heb gehad.” (l. 4, r. 753-758)

Merken dat het programma nut heeft, moet niet te lang op zich laten wachten. De effecten van het programma moeten het liefst zo snel mogelijk merkbaar en voelbaar zijn. Dit sluit aan bij de gedachte dat het programma voor mensen met een verhoogd risico op COPD minder toegevoegde waarde heeft. Deze groep mensen zal hoogstwaarschijnlijk nooit te weten komen of deelname aan het programma het niet ontwikkelen van COPD als effect heeft. Stoppen met roken en meer beweging kan uiteraard voor niemand kwaad, maar in relatie tot het verhoogde risico op COPD zullen de effecten niet of nauwelijks meetbaar zijn.

7.6. Aansluiting bij de gebruikers

Het programma AdemDeBaas is gericht op mensen met COPD en mensen met een verhoogd risico op COPD. Alle respondenten die in dit onderzoek geïnterviewd zijn, vallen binnen deze doelgroep. Niet iedereen vindt echter van zichzelf dat ze tot de doelgroep voor dit programma behoren. Het citaat van de onderstaande respondent is hier een goed voorbeeld van:

“Ja, kijk voor oudere mensen die echt problemen hebben en die zich niet meer goed kunnen bewegen vind ik het prima. Maar informeer eerst eens of die mensen het echt wel nodig hebben.” (l. 2, r. 192 – 193)

Het bovenstaande citaat geeft aan dat, hoewel de respondent wel binnen de doelgroep valt, dit door de respondent zelf niet als zodanig ervaren wordt. De respondent vindt het programma voor zieke mensen en kan zich daarom niet identificeren in het programma van AdemDeBaas. Er zijn meer respondenten die aangeven dat ze zich niet kunnen identificeren in het programma van AdemDeBaas. Het programma is gericht op twee gedragingen; stoppen met roken en meer bewegen. Een aantal respondenten geeft aan niet te roken en voldoende te bewegen:

“Ja roken heb ik gedaan [maar inmiddels al jaren gestopt] en overgewicht zegt mijn vrouw steeds heb ik niet. En dan houdt het eigenlijk op.” (l. 1, r. 73 – 74)

De respondent die bovenstaande uitspraak deed, gaf aan iedere dag ongeveer anderhalf uur te wandelen. Het programma paste dus niet bij de respondent, doordat er niet meer gerookt

werd en er voldoende bewogen werd. Meerdere respondenten gaven dit aan en het programma sluit daardoor niet aan bij deze groep gebruikers.

7.7. Vergroten van zelfmanagement

De doelstelling van het programma van AdemDeBaas was het vergroten van het zelfmanagement van mensen met COPD en mensen met een verhoogd risico op COPD. In deze paragraaf zal gekeken worden in hoeverre de respondenten deze doelstelling gehaald hebben. Van de tien respondenten die geïnterviewd zijn, rookten drie respondenten. Geen van hen is gestopt met roken gedurende de deelname aan AdemDeBaas. Eén van de respondenten gaf aan dat AdemDeBaas er wel voor gezorgd heeft dat er nagedacht werd over het roken:

“Nou, het motiveerde in ieder geval. In de eerste plaats om er over na te denken. Ik heb er nooit serieus over nagedacht om te stoppen.” (I. 8, r. 112-113)

Ondanks dat er niet gestopt is met roken, heeft de bovenstaande respondent wel nagedacht over de verandering van de leefstijl. De respondent is dus wel bezig met het ontwikkelen van zelfmanagement ten aanzien van COPD. Een aantal respondenten gaf aan dat er wel meer bewogen is als gevolg van de deelname aan AdemDeBaas doordat het programma een steuntje in de rug vormt:

“Het is een steuntje in de rug om door te zetten, letterlijk en figuurlijk. Voor iedereen. Niet alleen voor mij, maar ook voor anderen.” (I. 6, r. 215-216)

Een aantal respondenten gaf aan het programma te zien als een steuntje in de rug. Vaak waren er al wel voornemens gemaakt om meer te gaan bewegen, maar kwam dit er door allerlei redenen niet van. Het programma van AdemDeBaas kwam voor sommige respondenten op het juiste moment en kon zo ondersteuning bieden bij het veranderen van de leefstijl.

7.7. Conclusie

Uit de voorgaande paragrafen kunnen een aantal dingen geconcludeerd worden ten aanzien van de toegevoegde waarde van AdemDeBaas voor de gebruikers. Het lijkt erop dat er een onderscheid is wat betreft toegevoegde waarde van het programma voor de twee groepen die het programma gebruiken; de mensen met COPD en mensen met een verhoogd risico op COPD. De respondenten geven aan dat zij denken dat mensen met een verhoogd risico op COPD de noodzaak tot leefstijlverandering minder inzien.

Aan alle respondenten is gevraagd of zij het programma van AdemDeBaas aan zouden bevelen aan anderen. De meningen waren verdeeld. Respondenten zouden het programma onder andere aan familie en kennissen aanbevelen. Als een respondent de toegevoegde waarde van het programma inziet lijkt de kans groter dat het programma van AdemDeBaas aanbevolen wordt.

Het programma van AdemDeBaas loopt bijna ten einde. Het is de vraag of de website blijft bestaan in de toekomst. Aan de respondenten is gevraagd of ze de website zouden willen gebruiken. Ongeveer de helft van de respondenten zou de website willen blijven gebruiken, omdat het een stok achter de deur vormt. Daarnaast geven een aantal respondenten aan dat ze het programma niet meer willen gebruiken, zelfs niet als er verbeteringen aan de website worden doorgevoerd.

Met alle respondenten is de deelname aan het programma geëvalueerd. Alle respondenten gaven aan dat de informatie op de website al bekend was. Het was over het algemeen een bevestiging van de kennis die de respondenten al hadden. Ongeveer de helft van de respondenten geeft aan dat deelname aan het programma van AdemDeBaas uiteindelijk nuttig is geweest. Vooral het bewustzijn dat door AdemDeBaas gecreëerd is, werd door de respondenten als nuttig ervaren. Een ander deel van de respondenten vond de deelname echter niet nuttig, voornamelijk doordat het programma voor hen geen toegevoegde waarde had. Een aantal respondenten gaf aan niet te roken en voldoende te bewegen, deelname werd door deze groep als minder nuttig ervaren. Van de rokende respondenten is niemand gestopt met roken als gevolg van deelname aan het programma van AdemDeBaas. Er werd echter wel gezegd dat deelname hen aan het denken heeft gezet om eventueel te stoppen met roken. In dat opzicht is het programma geslaagd. Wat betreft het meer bewegen zijn er onder de respondenten wel positieve resultaten geboekt. Een aantal respondenten gaf aan dat er als gevolg van de deelname aan het programma van AdemDeBaas meer bewogen is. Het programma vormde een steuntje in de rug om de goede voornemens met betrekking tot meer bewegen waar te maken.

H8. Discussie

In dit hoofdstuk zal de theorie gekoppeld worden aan de empirie. De belangrijkste resultaten van dit onderzoek zullen vergeleken worden met de resultaten van andere onderzoeken op het gebied van leefstijladvies op maat. In het theoretische kader is beschreven dat er drie visies op technologie bestaan; het technologisch determinisme, het sociaal essentialisme en technology in practice (Timmermans & Berg 2003). Dit onderzoek naar het gebruik van een programma voor leefstijladvies op maat voor mensen met COPD en mensen met een verhoogd risico op COPD is uitgevoerd vanuit de technology in practice benadering. Het gehanteerde perspectief heeft methodologische consequenties. Bij technology in practice gaat het om de wisselwerking tussen de gebruiker en de technologie (Timmermans & Berg 2003). Deze wisselwerking is voor iedereen verschillend en is alleen te achterhalen door middel van persoonlijke interviews en observaties. Het perspectief van dit onderzoek heeft daardoor de methodologie bepaald. Een andere vorm van onderzoek, bijvoorbeeld het gebruik van gestandaardiseerde enquêtes, had nooit dezelfde resultaten en bevindingen op kunnen leveren.

De leeswijzer voor dit hoofdstuk is als volgt: in de eerste paragraaf zal gesproken worden over de motivatie om deel te nemen aan het programma van AdemDeBaas, maar ook over de motivatie om deelname aan het onderzoek vol te houden. Paragraaf twee richt zich op de opzet van het programma AdemDeBaas. De positieve en negatieve punten van de website zullen aan bod komen. In de derde paragraaf wordt beschreven hoe de respondenten het gebruik van AdemDeBaas hebben ervaren. Iedere gebruiker is immers verschillend en dit zou het leveren van een advies op maat problematisch kunnen maken. In de laatste paragraaf zullen vervolgens de beperkingen van dit onderzoek besproken worden.

Eén van de centrale concepten in dit onderzoek is technology in practice. Dit concept gaat er vanuit dat er met een etnografische blik gekeken moet worden naar technologie terwijl het ontwikkeld of gebruikt wordt. Er moet met name gekeken worden naar de wisselwerking tussen de technologie en de gebruikers van deze technologie (Timmermans & Berg 2003). Technology in practice is geen verklarende theorie, maar een paradigma dat bepaalde inzichten naar boven haalt die anders over het hoofd gezien zouden worden. Door onderzoek te doen vanuit de technology in practice gedachte worden bepaalde bevindingen opgemerkt die vanuit een ander paradigma onopgemerkt zouden blijven. Als er vanuit een technologisch deterministisch paradigma naar het programma AdemDeBaas gekeken zou worden, dan zou de technologie bepalend zijn voor het wel of niet slagen van het programma. Er wordt vanuit dit paradigma heel rationeel gekeken naar technologie (Timmermans & Berg 2003). Als het programma er niet in slaagt de doelstellingen te verwezenlijken, dan betekent dit dat de ontwikkelaars van het programma er niet in geslaagd

zijn een goed programma op te stellen. Het sociaal essentialistisch paradigma vormt de tegenhanger van het technologisch determinisme (Timmermans & Berg 2003). Als er vanuit een sociaal essentialistisch paradigma gekeken zou worden naar het programma AdemDeBaas, dan zouden alleen de gebruikers verantwoordelijk zijn voor het wel of niet slagen van het programma. Als gebruikers vanuit deze visie de leefstijl niet succesvol weten te veranderen, dan ligt de schuld alleen bij de persoon zelf, niet bij het programma. Met andere woorden; een programma kan vol ontwerpfouten zitten, maar de schuld ligt bij de gebruikers en niet bij de ontwerpers van het programma. De omgeving vormt de technologie. De technology in practice visie heeft het mogelijk gemaakt het programma van AdemDeBaas te bekijken vanuit het oogpunt van de gebruikers. Er kon veel geleerd worden over het gebruik van programma's voor leefstijladvies op maat door het paradigma technology in practice te hanteren. Dit heeft veel bruikbare informatie opgeleverd over hoe gebruikers van dit soort programma's deelname nu precies ervaren en wat de verwachtingen en bevindingen ten aanzien van dit soort programma's zijn. Er bestaan verschillen in de relatie tussen gebruikers en een bepaalde technologie (Pols & Moser 2009). In dit geval zijn de gebruikers de COPD-patiënten en de mensen met een verhoogd risico op COPD en is de technologie het programma van AdemDeBaas.

8.1. Motivatie

Al voorafgaand aan de deelname aan het programma AdemDeBaas wordt duidelijk dat respondenten verschillend naar het programma kijken en daardoor verschillende redenen voor deelname aan AdemDeBaas hebben. In hoofdstuk vijf is uitgebreid stilgestaan bij de motivatie van de respondenten om deel te nemen aan het programma voor leefstijladvies op maat van AdemDeBaas. Uit de resultaten bleek dat de verwachting iets te hebben aan het programma, het maatschappelijke belang dat gepaard gaat met deelname en herkenning de meest voorkomende redenen waren om de website van AdemDeBaas te bezoeken. Brouwer et al. (2009) geven aan dat motivatie, nieuwsgierigheid en een gevoel van urgentie de belangrijkste factoren zijn om een website met leefstijladvies op maat voor de eerste keer te bezoeken. In dit onderzoek heeft echter geen van de respondenten aangegeven dat nieuwsgierigheid of een gevoel van urgentie de reden was om deel te nemen aan het programma. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat de leefstijl van de respondenten over het algemeen redelijk in orde was (Brouwer et al. 2009). Bijna alle respondenten bewogen voldoende en diegene die dat niet deden waren hier over het algemeen door de lichamelijke gesteldheid niet toe in staat. Een aantal respondenten rookten, maar zij gaven aan dat ze niet de behoefte hadden om onmiddellijk te stoppen, aangezien ze geen tot weinig hinder ondervonden van het roken. De verwachting iets te hebben aan het programma zou gezien

kunnen worden als nieuwsgierigheid, maar geen enkele respondent noemde nieuwsgierigheid als expliciete reden voor deelname aan het programma.

Zodra iemand besloten heeft deel te nemen aan een programma voor leefstijladvies op maat, is het van belang dat de deelnemers gemotiveerd blijven om het programma te volgen. Uit de literatuur blijkt dat programma's voor leefstijladvies op maat effectiever zijn in het veranderen of verbeteren van de leefstijl voor mensen die gemotiveerd zijn om het programma te volgen (Smeets et al. 2006). In dit onderzoek geven een aantal respondenten echter aan dat zij niet gemotiveerd zijn om het programma van AdemDeBaas te volgen. Dit had verschillende oorzaken. De belangrijkste reden die genoemd is tijdens de interviews, is dat deelname niet als nuttig werd ervaren. Dit kwam onder meer doordat alle informatie die geleverd werd al bekend was bij de respondenten. Rimer & Kreuter (2006) en Brouwer et al. (2009) geven aan dat de informatie die gegeven wordt zo geformuleerd moet zijn dat dit van waarde is voor de deelnemer. Voor het merendeel van de respondenten in dit onderzoek had de aangeboden informatie geen meerwaarde, dat zou een verklaring kunnen zijn waarom sommige respondenten de website van AdemDeBaas niet meer gebruikt hebben.

AdemDeBaas verstuurde herinneringsmiltjes om te voorkomen dat deelnemers het bestaan van het programma zouden vergeten. In lijn met eerder onderzoek van Brouwer et al. (2009) gaven de respondenten aan dat een herinnering via de e-mail een goede motivatie is om de website opnieuw te bezoeken.

8.2. Opzet van het programma

Het programma voor leefstijladvies op maat van AdemDeBaas werd aangeboden via een website. Om te voorkomen dat privacygevoelige informatie openbaar te lezen zou zijn, moest iedere deelnemer inloggen op de website. Respondenten gaven aan dat er veel problemen waren met het inloggen, maar dat zij het doel van het inloggen wel begrepen. Deze bevinding komt overeen met eerder onderzoek, waarin respondenten aangaven dat zij veel waarde hechten aan de veiligheid van de website (Atack et al. 2008). Er bestaat echter wel een kans dat bij inlogproblemen deelnemers vroegtijdig afhaken en deelname aan het programma niet continueren (Brouwer et al. 2009, Brouwer et al. 2010). In dit onderzoek gaf één van de respondenten aan dat het inlogprobleem een belangrijke reden was om vroegtijdig te stoppen met deelname aan AdemDeBaas. Dit illustreert dat goede beveiliging van belang is, maar goed werkende beveiliging is nog veel belangrijker. Deze bevinding sluit goed aan bij de technology in practice gedachte. Het wordt pas duidelijk of iets naar behoren werkt, wanneer er in de praktijk naar wordt gekeken. Het doen van etnografisch onderzoek is dé manier om achter dit soort bevindingen te komen.

Zodra het inloggen eenmaal gelukt is, konden de deelnemers de website van AdemDeBaas bezoeken. De respondenten hadden over het algemeen geen problemen met

de website. Wel werd er opgemerkt dat de website voor ouderen gebruikers misschien minder toegankelijk is. Deze bevinding laat zien dat het van belang is om te kijken naar de wisselwerking tussen de technologie en de gebruiker. Voor oudere mensen had misschien voor een ander soort techniek gekozen moeten worden om het advies over te brengen. Bij het ontwerpen van een programma voor leefstijladvies op maat moet echter rekening gehouden worden met alle gebruikers (Hesse & Schneiderman 2007). Het gebruikersdesign moet in orde zijn om vroegtijdig afhaken van de deelnemers te voorkomen (Voncken-Brewster et al. 2013). Geen van de respondenten in dit onderzoek gaf aan dat de toegankelijkheid een reden was om te stoppen met de deelname aan het programma. De website werd goed beoordeeld door de respondenten. De meningen over de startpagina van de website liepen echter wel uiteen. Een aantal respondenten vonden de pagina een saaie en weinig motiverende uitstraling hebben. De startpagina is echter het visitekaartje van het programma en zou daardoor juist aantrekkelijk vormgegeven moeten zijn (Nahm et al. 2004, Atack et al. 2008). Niet alle respondenten vonden echter dat AdemDeBaas daarin geslaagd is. Eén van de mogelijke nadelen van programma's voor leefstijladvies op maat via een website, is dat het lezen vanaf een scherm vermoeiender is dan vanaf papier. De hoeveelheid informatie moet hierop worden aangepast (Smith et al. 2002). Uit de resultaten blijkt echter dat sommige respondenten aangeven dat de pagina's te veel informatie bevatten en dat ze geen zin hebben om dit allemaal te lezen. De vraag is of de makers van het programma gedacht hebben aan de bevinding dat lezen vanaf een scherm vermoeiender is dan vanaf papier (Smith et al. 2002). De ontwikkelaars van het programma AdemDeBaas hadden hier op in kunnen spelen door de teksten korter en beknopter te maken. Door spaarzaam om te gaan met het gebruik van tekst, wordt het voor gebruikers niet te vermoeiend om de teksten te lezen.

Om tot een advies op maat te komen, moest een vragenlijst op de website van AdemDeBaas ingevuld worden. Aan de hand van de gegevens uit de vragenlijst werd vervolgens een advies op maat geformuleerd. Een aantal respondenten merkte op dat de vragenlijst te lang was. Dit zou er toe kunnen leiden dat deelnemers stoppen met het invullen, of dat de vragenlijst minder aandachtig ingevuld wordt, waardoor er een vertekend advies ontstaat (Verheijden et al. 2007, Brouwer et al. 2009). Uit onderzoek komt naar voren dat respondenten maximaal 15 tot 17 minuten kwijt willen zijn aan het invullen van de vragenlijst (Verheijden et al. 2007, Brouwer et al. 2009). In tegenstelling tot bij het onderzoek van Verheijden et al. (2007) en Brouwer et al. (2009) is in dit onderzoek niet opgenomen hoelang respondenten bezig zijn geweest met het invullen van de vragenlijst, omdat over het algemeen niet de gehele vragenlijst ingevuld werd gedurende de korte observatie. Opvallend was wel dat er een grote mate aan variatie was tussen de respondenten wat betreft de snelheid van het invullen van de vragenlijst. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de

respondenten onderling verschillen wat betreft computervaardigheden. Dit geeft aan dat respondenten onderling op een andere manier met het programma omgaan. Voor de ene groep gebruikers zal het invullen van een vragenlijst op internet geen enkel probleem opleveren, terwijl een andere groep hier meer moeite mee zal hebben. Dit laat duidelijk de wisselwerking zien tussen de technologie en de gebruiker van de technologie.

Het programma van AdemDeBaas bestaat uit twee componenten; stoppen met roken en meer bewegen. Uit de literatuur blijkt dat het minder eenvoudig is om leefstijladvies programma's met meerdere gedragingen te ontwikkelen (Smeets et al. 2006). Voor deelnemers kan het overweldigend zijn om meerdere slechte gewoonten te moeten verbeteren (Smeets et al. 2006). Het programma van AdemDeBaas heeft de beide componenten losgekoppeld en daardoor kan gezegd worden dat er twee aparte programma's zijn ontwikkeld. Respondenten ervaren het als zeer positief dat de componenten losgekoppeld zijn. Hierdoor is het voor deelnemers mogelijk om te kiezen met welke gedraging aan de slag wordt gegaan. Niet alle rokers bewegen immers te weinig en vice versa. Doordat het programma aan deelnemers de mogelijkheid biedt om te kiezen met welke component ze aan de slag gaan, sluit het programma beter aan bij de deelnemers. Op deze manier wordt er aan iedere respondent zo min mogelijk overbodige informatie gegeven (Kreuter et al. 1999, Brug et al. 1999, Albada et al. 2009). Dit zou er voor moeten zorgen dat de persoonlijke relevantie van het programma beter zichtbaar is (Brug et al. 1999, Smeets et al. 2006, Albada et al. 2009). De rokende respondenten binnen dit onderzoek vonden de persoonlijke relevantie er over het algemeen goed uitkomen. De respondenten die de component voor bewegen gekozen hebben, waren hier minder over te spreken. Een aantal respondenten gaf aan dat er al voldoende bewogen wordt en dat het programma daarom weinig toegevoegde waarde had. Het programma was hierdoor minder relevant en respondenten gaven aan dat zij daardoor minder motivatie hadden om deelname aan het programma voort te zetten. Deze bevinding is in lijn met resultaten uit andere onderzoeken (Kreuter et al. 1999, Brug et al. 1999, Lustria et al. 2008, Hawkins et al. 2008).

Hoewel de verwachtingen van leefstijladvies op maat hoog zijn, onder andere doordat advies op maat over het algemeen beter gelezen, onthouden en gewaardeerd wordt, blijken er ook nadelen te zijn (Brug et al. 1999, Lustria et al. 2008, Hawkins et al. 2008). Eén van de nadelen die door respondenten in dit onderzoek genoemd werd, is dat er geen toezicht op de uitvoering van het programma door professionals is. Op de website van AdemDeBaas staan filmpjes van oefeningen om meer te bewegen. Er werd echter opgemerkt dat de oefeningen alleen maar nut hebben, als ze op de juiste manier uitgevoerd worden. Het programma AdemDeBaas rust op een grote mate van zelfstandigheid voor de deelnemers en er is dan ook geen toezicht door een professional op de uitvoering van het programma. Dit nadeel is in

de literatuur eerder genoemd als minpunt van leefstijladvies op maat via een website (Brug et al. 2003).

8.3. Gebruik van AdemDeBaas

De verwachtingen die respondenten hebben ten aanzien van het programma laten zien dat er verschillen bestaan in de relatie tussen de gebruikers van AdemDeBaas en het programma AdemDeBaas. De respondenten hebben verschillende verwachtingen van wat het programma zou kunnen bieden. Dit laat zien dat gebruikers de technologie, in dit geval het programma AdemDeBaas, verschillende rollen toedichten (Oudshoorn 2005). Er zijn bijvoorbeeld respondenten die aangeven dat zij verwachten dat het programma de gezondheidstoestand zou kunnen verbeteren of dat het programma goede tips zou kunnen leveren. Het programma AdemDeBaas heeft ingespeeld op de verschillende rollen die deelnemers toedichten aan de technologie. Er is gekozen voor de twee losse componenten, stoppen met roken en meer bewegen, zodat respondenten de mogelijkheid hebben om te kiezen met welke gedraging zij aan de slag gaan (Voncken-Brewster 2013). Het programma AdemDeBaas heeft op deze manier ingespeeld op de verschillende rollen die een technologie in de ogen van gebruikers aan kan nemen. Rokers kunnen binnen het programma ervoor kiezen om alleen de component stoppen met roken te gaan volgen, terwijl mensen die te weinig bewegen er voor kunnen kiezen om juist met deze component aan de slag te gaan. Doordat de verwachtingen ten aanzien van het programma verschillen, wordt het programma van AdemDeBaas op verschillende manieren gebruikt. Er zijn respondenten die aangeven dat zij veel van het programma verwachten, in de zin van een verbeterde gezondheidstoestand. Doordat zij hoge verwachtingen hebben zullen ze veel intensiever met de technologie omgaan dan respondenten die in de loop der tijd wel zien wat het programma oplevert. Dit laat duidelijk zien dat hoewel de technologie voor iedere deelnemer hetzelfde is, de wijze van gebruik onderling wel degelijk kan verschillen (Pols & Moser 2009).

Bij het ontwerpen van technologie is de belangrijkste vraag wie de technologie uiteindelijk gaat gebruiken. De verschillende relaties leveren verschillende visies ten aanzien van een technologie op (Oudshoorn 2005). Bij het ontwerpen van een technologie kan veel geleerd worden van de verschillende visies en percepties van gebruikers en daarom is het van belang om hier onderzoek naar te doen (Oudshoorn 2005). AdemDeBaas heeft dit gedaan door in de pilotversie van het onderzoek een usability test uit te voeren met een groep respondenten (Voncken-Brewster 2013). In deze uitgebreide test hebben respondenten gekeken naar wat er verbeterd zou kunnen worden aan het programma. De verbeterpunten die tijdens de usability test genoemd zijn, zijn meegenomen in de uitrol van het definitieve programma (Voncken-Brewster 2013). Door de ervaringen en bevindingen van gebruikers mee te nemen in de opbouw van een technologie, veranderen gebruikers in

actieve participanten en spelen zij een belangrijke rol in de constructie van een technologie (Oudshoorn 2005, Wyatt 2005). Het is van belang dat ontwikkelaars van technologie in de gaten houden voor wie zij de technologie ontwerpen. Iedere gebruiker heeft immers andere eigenschappen en een andere identiteit waarmee in het ontwerp rekening gehouden zou moeten worden (Oudshoorn 2005). Rekening houden met de karakteristieken van de gebruikers zorgt er voor dat het programma meer op maat zal zijn (Mol et al. 2010). Respondenten in dit onderzoek geven aan dat zij zich niet altijd in het programma van AdemDeBaas herkennen. Eén van de belangrijkste kritiekpunten komt van mensen met COPD; longrevalidatie is niet opgenomen onder de lijst met sporten, hoewel veel mensen met COPD longrevalidatie volgen. De respondenten geven aan dat dit veel verwarring oplevert, omdat het niet duidelijk is of revalidatie wel of niet onder sport valt. De ontwikkelaars van het programma hebben er hoogstwaarschijnlijk niet bij stil gestaan dat een substantieel deel van de mensen met COPD longrevalidatie ondergaat om de gezondheidstoestand stabiel te houden of zelfs te verbeteren. De bevinding uit dit onderzoek geeft aan dat er niet volledig rekening gehouden is met de karakteristieken van de gebruikers van het programma. De groep potentiële gebruikers van AdemDeBaas is divers. De doelgroep bevat mensen die gediagnosticeerd zijn met COPD en mensen met een verhoogd risico op COPD, vastgesteld door middel van een risicotest die is opgesteld door het Longfonds. De diversiteit binnen deze groep is erg groot. Er zijn ernstige zieke mensen die gebruikmaken van het programma, maar er zijn tevens gebruikers die geen klachten ervaren maar wel een verhoogd risico op COPD hebben. Sommige respondenten in dit onderzoek gaven aan dat het lijkt of het programma in sommige gevallen erg gericht is op erg zieke mensen. Mensen met een verhoogd risico op COPD, maar zonder klachten, hebben daardoor moeite zich te herkennen in het programma. De oefeningen die op de website staan en de tips die gegeven worden, werken voor sommige respondenten juist demotiverend omdat ze alleen geschikt zijn voor zieke mensen. Dit laat zien dat de ontwikkelaars van het programma AdemDeBaas onvoldoende hebben gedacht aan de wisselwerking tussen de verschillende gebruikers van het programma en de technologie. Mensen met COPD zullen hopen dat het programma de gezondheidstoestand zal verbeteren en dat zij daadwerkelijk baat hebben bij deelname aan het programma. Mensen met een verhoogd risico op COPD zullen het programma echter eerder als een belasting zien dan dat de voordelen van deelname gezien worden. Over het algemeen zijn mensen pas gemotiveerd om de leefstijl te veranderen als er signalen zijn dat het urgent is om de leefstijl aan te pakken (Smeets et al. 2006, Brouwer et al. 2009). Het was misschien beter geweest om het programma niet alleen te splitsen wat betreft stoppen met roken en meer bewegen, maar tevens voor mensen met COPD en mensen met een verhoogd risico op COPD. De

visies op de technologie verschillen tussen deze twee groepen zo sterk, dat splitsing van het programma voor beide groepen mogelijk had kunnen leiden tot meer herkenning.

In het voorgaande deel is vooral gefocust op het belang van gebruikers voor de vorming en het verbeteren van een technologie. Niet-gebruikers spelen echter eveneens een belangrijke rol in de totstandkoming van technologieën (Wyatt 2005). Zoals in hoofdstuk 3.3 uiteengezet is, bestaan er verschillende soorten niet-gebruikers. In dit onderzoek bleken er een aantal 'rejecters' onder de respondenten te zijn. De 'rejecters' zijn vrijwillig gestopt met het gebruiken van de technologie, om diverse redenen (Wyatt 2005). De belangrijkste reden die respondenten opgaven om te stoppen met het gebruiken van de website van AdemDeBaas, was het idee dat deelname niet nuttig was voor de gebruiker. Over het algemeen waren dit deelnemers die niet rookten en die de norm van dertig minuten bewegen per dag ruimschoots haalden. Eén van de respondenten gaf aan gestopt te zijn omdat het inloggen in het begin niet werkte. Er kan echter veel geleerd worden van de ervaringen en bevindingen van deze groep 'rejecters' (Wyatt 2005). Eén van de respondenten gaf aan dat het programma tussentijds conclusies zou moeten verbinden aan de gegeven antwoorden, zodat niet de hele vragenlijst ingevuld hoeft te worden. Dit is een bevinding die voor ontwikkelaars van toekomstige leefstijladvies op maat programma's zeer waardevol zou kunnen zijn.

Het programma van AdemDeBaas tracht door middel van een leefstijladvies op maat de leefstijl van mensen met COPD en mensen met een verhoogd risico op COPD te verbeteren. De vraag is echter of een advies op maat wel samengaat met de verschillende percepties van gebruikers ten aanzien van de technologie (Mol et al. 2010). In dit onderzoek is de definitie van het concept 'advies op maat' van Kreuter & Skinner (2000) aan alle respondenten uitgelegd. Vervolgens is gevraagd in hoeverre het geleverde advies op maat was in de ogen van de respondenten. Het bleek dat respondenten verschillend dachten over het advies op maat. Ongeveer de helft van de respondenten was van mening dat het advies daadwerkelijk op maat was. De andere helft vond dit niet het geval, maar had wel het idee dat het advies bestemd was voor een groep waartoe zij behoren. In het laatste geval is er echter meer sprake van een 'targeted' advies dan van een advies dat op maat gemaakt is voor een individu zoals bedoeld wordt in het programma van AdemDeBaas (Kreuter & Skinner 2000). De bevinding dat ongeveer de helft van de respondenten het advies op maat vindt, komt overeen met eerder onderzoek (Kreuter et al. 2000). De 'goodness-of-fit' geeft aan dat voor de ene deelnemer het programma op maat kan zijn, maar dat dit voor een andere deelnemer niet het geval hoeft te zijn. Een verklaring die hier in de literatuur voor wordt gegeven, is dat ieder mens verschillend is en dat gebruikers altijd verschillende behoeften en verwachtingen ten aanzien van een programma voor leefstijladvies op maat zullen hebben (Kreuter et al. 2000, Hawkins et al. 2008). In het programma van

AdemDeBaas is COPD het gemeenschappelijke kenmerk wat de verbinding zou moeten vormen tussen de gebruikers. Naast de groep gebruikers die COPD heeft, is er tevens een groep met een verhoogd risico op COPD. Mensen met een verhoogd risico op COPD hebben over het algemeen geen klachten en daardoor ervaren zij niet dat ze een gemeenschappelijk kenmerk delen met COPD-patiënten. De visies van mensen met een verhoogd risico op COPD verschilt daardoor van de visie van mensen met COPD ten aanzien van de technologie. Zelfs al kunnen beide groepen zich vinden in het gemeenschappelijke kenmerk, dan is COPD nog altijd maar één kenmerk dat de gebruikers delen, onderling zijn de gebruikers verschillend (Mol et al. 2010). Hoewel aan iedere respondent dezelfde definitie van advies op maat van Kreuter & Skinner (2000) gegeven is, blijkt dat respondenten een eigen idee hebben bij de definitie. Er zijn gebruikers die er vanuit gaan dat het advies op maat gericht is op maar één kenmerk, en dus niet op de totale persoonlijke situatie. Gebruikers die er rekening mee houden dat het programma alleen gericht is op dit gemeenschappelijke kenmerk, zullen eerder ervaren dat het advies op maat is. Sommige respondenten in dit onderzoek gaven aan dat zij niet verwachten dat het advies rekening houdt met andere aandoeningen of met zeer specifieke kenmerken van de respondent. Door niet al te hoge eisen te stellen aan het advies op maat, zal deze groep respondenten eerder van mening zijn dat het advies op maat is. Respondenten die echter verwachten dat het advies rekening houdt met allerlei individuele kenmerken en eigenschappen zullen het advies minder snel op maat vinden. Ondanks dat de definitie duidelijk is, verschillen de verwachtingen van de respondenten in dit onderzoek ten aanzien van het leefstijladvies op maat van AdemDeBaas. Hieruit blijkt wederom dat gebruikers verschillende visies op eenzelfde technologie hebben. De vraag is in hoeverre advies op maat zoals Kreuter & Skinner (2000) dat gedefinieerd heeft werkelijk te realiseren is; advies gericht op één individu, gebaseerd op karakteristieken die specifiek zijn voor een individu blijkt in de praktijk moeilijk te realiseren (Hawkins et al. 2008). Dit blijkt tevens uit de bevindingen van dit onderzoek. De perceptie van de respondenten ten aanzien van het advies op maat is bepalend voor de 'goodness-of-fit' van het advies.

8.4. Beperkingen van het onderzoek

Ieder onderzoek heeft beperkingen, daar is dit onderzoek geen uitzondering op. In deze paragraaf zal besproken worden welke discussiepunten er bestaan ten aanzien van het uitgevoerde onderzoek.

De grootste beperkingen in dit onderzoek zijn te vinden op het gebied van de selectie van respondenten. De onderzoeker heeft niet zelf respondenten benaderd, maar dit is gedaan door de projectleider van AdemDeBaas. Er zou selectieve werving plaatsgevonden kunnen hebben, bijvoorbeeld doordat de projectleider alleen gebruikers heeft benaderd die

positief ten aanzien van het programma van AdemDeBaas stonden. Gezien de data die verzameld is, is dit niet het geval geweest. Er is een rijke dataset verzameld, met daarin zowel respondenten die positieve als negatieve ervaringen met het programma hebben gedeeld. Daarnaast heeft deze vorm van diversiteit er voor gezorgd dat er een grote mate aan variatie tussen de respondenten was, onder meer wat betreft geslacht, leeftijd, COPD of verhoogd risico op COPD, roken en opleidingsniveau.

Een grote groep gebruikers van AdemDeBaas is door onderzoeksbureau Flycatcher uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek van AdemDeBaas. Iedereen die bij Flycatcher ingeschreven staat, ontvangt bij het meedoen aan onderzoeken punten die ingevuld kunnen worden voor bijvoorbeeld VVV-bonnen. De meeste mensen die bij Flycatcher ingeschreven staan, doen mee aan meerdere onderzoeken. Dit kan zowel een beperking als een aanvulling op dit onderzoek zijn. Doordat mensen vaker meedoen aan dit soort onderzoeken weten ze goed wat onderzoekers willen horen. Dit kan de resultaten vertekenen. Aan de andere kant hebben ze door deelname aan andere onderzoeken vergelijkingsmateriaal en zijn ze daardoor beter in staat een programma op waarde in te schatten.

Een algemeen verschijnsel is dat mensen over het algemeen alleen mee willen doen aan onderzoek als deelname aan het programma als zeer positief of juist zeer negatief ervaren is. In dit onderzoek is getracht dit te ondervangen door in de uitnodigingsmail te zetten dat iedere respondent 25 euro aan VVV-bonnen zou ontvangen. Op deze manier werd getracht deelname aan dit onderzoek aantrekkelijk te maken. Gezien de dataset die verkregen is, is dit gelukt. Er zijn niet alleen maar zeer positieve en zeer negatieve ervaringen beschreven, maar tevens gematigd positieve of gematigde negatieve ervaringen. Het bieden van een vergoeding zou er tevens toe kunnen leiden dat respondenten zich positiever opstellen, omdat ze een vergoeding krijgen voor deelname aan het interview. Gezien de dataset is dit niet het geval geweest.

Na het eerste interview bleek de opzet van de observaties niet binnen de interviews te passen. Respondenten vonden het lastig om hardop te denken en de onderzoeker heeft daarom gedurende de observatie vragen moeten stellen. Uiteindelijk zijn de observaties een onderdeel van het interview geworden, doordat het interview doorging terwijl de respondent achter de computer zat. In sommige gevallen moesten respondenten erg gestuurd worden en daardoor was het soms voor de onderzoeker niet mogelijk om echt te zien hoe de respondent zelf met het programma gewerkt heeft. Bij één interview bleek een observatie niet mogelijk. Het internet bij de respondent thuis werkte niet en daarom is er voor gekozen om de vragen die gewoonlijk tijdens de observatie gesteld werden, te stellen gedurende het normale interview.

H9. Conclusie

In het slothoofdstuk van dit onderzoek zal de conclusie gepresenteerd worden. Dit onderzoek heeft getracht inzicht te geven in wat er geleerde kan worden van het gebruik van AdemDeBaas, een programma voor leefstijladvies op maat gericht op mensen met COPD en mensen met een verhoogd risico op COPD. De gebruikers hebben centraal gestaan in dit onderzoek, doordat er vanuit de visie technology in practice gekeken is naar het programma AdemDeBaas.

9.1. Beantwoording van de hoofdvraag

De verwachtingen van de respondenten waren uiteenlopend. Baat hebben bij deelname aan het programma is een verwachting die meerdere keren gehoord is. Meerdere respondenten hoopten tips te krijgen om de gezondheidstoestand stabiel te houden of zelfs te verbeteren. Een aantal respondenten had verwacht dat er ingegaan zou worden op het gebruik van medicatie, terwijl dit niet in het programma van AdemDeBaas opgenomen was. Dit geeft aan dat de verwachtingen niet in alle gevallen aansloten bij de doelstellingen van het programma van AdemDeBaas. Aan alle verwachtingen voldoen is erg moeilijk, aangezien iedereen een eigen visie op de technologie, in dit geval het programma AdemDeBaas, heeft. Dat het programma niet aan alle verwachtingen voldoet, kan invloed hebben op hoe de gebruikers deelname aan het programma ervaren.

Met betrekking tot de deelname aan het programma liepen de meningen wederom uiteen. Ongeveer de helft van de respondenten was positief over de deelname, de andere helft was hierover minder te spreken. Positieve punten aan het programma waren onder meer de filmpjes met oefeningen om meer te bewegen, de scheiding tussen de componenten stoppen-met-roken en meer bewegen en het feit dat het programma een steuntje in de rug was. Verschillende respondenten gaven aan dat alleen al het bestaan van het programma een motivatie vormde om met de verschillende gedragingen aan de slag te gaan. Negatieve punten werden echter tevens genoemd. De informatie die op de website van AdemDeBaas staat, was voor geen van de respondenten nieuw en had daardoor geen toegevoegde waarde. Daarnaast vormde het ontbreken van de longrevalidatie in de vragenlijst een beperking voor een aantal respondenten. Het blijkt moeilijk te zijn om een programma te ontwerpen dat voldoet aan alle eisen en verwachtingen van gebruikers. In het geval van AdemDeBaas was de doelgroep zeer divers en dit maakt het des te ingewikkelder om het programma goed af te stemmen op de potentiële gebruikers.

AdemDeBaas wordt omschreven als een programma voor leefstijladvies op maat voor mensen met COPD en mensen met een verhoogd risico op COPD. Dat wil zeggen dat de adviezen die aan de gebruikers gegeven worden, toegespitst zijn op de persoonlijke situatie van het individu. Advies op maat blijkt lastig te realiseren. Ongeveer de helft van de

respondenten heeft het idee dat het advies op maat is, de andere helft van de respondenten heeft dit idee niet. Doordat iedere gebruiker verschillend is en anders naar het programma kijkt, is het heel moeilijk om een advies te formuleren dat gericht is op één specifiek individu. Het programma AdemDeBaas is in sommige opzichten eerder 'targeted' te noemen dan 'tailored'. Zo is de norm voor beweging altijd minimaal dertig minuten per dag, ongeacht de gezondheidstoestand van de gebruiker. Eén van de respondenten in dit onderzoek gaf aan niet aan deze norm te kunnen voldoen, omdat de gezondheidstoestand dit niet toeliet. Een advies op maat maken door middel van een gestandaardiseerde vragenlijst blijkt niet eenvoudig te zijn. De vraag is of advies op maat in de huidige vorm, dat wil zeggen geleverd door middel van een website, wel tot de mogelijkheden behoort. Het perfecte advies op maat zal waarschijnlijk alleen door middel van één-op-één gesprekken geformuleerd kunnen worden. Dit is echter zeer kostbaar en de afweging die gemaakt moet worden, is of het kostenaspect zwaarder moet wegen of het perfecte advies op maat.

Opvallend was dat, ondanks dat respondenten in sommige gevallen het advies niet op maat vonden, dit niet tot gevolg had dat de deelname aan het programma als zinloos gezien werd. De verwachting was dat zodra het advies niet op maat zou zijn, dit zou leiden tot een slechtere waardering van het programma. Respondenten in dit onderzoek gaven echter aan dat alleen het bestaan van het programma op zichzelf al nuttig is, zonder dat er gekeken wordt naar het advies. Het programma heeft voor verschillende respondenten gezorgd voor een steuntje in de rug of als bewustwording dat de leefstijl daadwerkelijk aangepast zou moeten worden. Dit is een belangrijke bevinding. Het programma AdemDeBaas is volgens de respondenten niet per definitie niet nuttig als er geen advies op maat geleverd kan worden.

9.2. Aanbevelingen

Het project AdemDeBaas loopt bijna ten einde. Er zullen daarom geen aanbevelingen specifiek gericht op AdemDeBaas gegeven worden. Er kunnen echter wel andere aanbevelingen gegeven worden. Zoals in de inleiding al is aangegeven, is er weinig onderzoek gedaan naar de verwachtingen van gebruikers van programma's voor leefstijladvies op maat. Uit dit onderzoek blijkt dat er echter veel geleerd kan worden van het gebruik van programma's voor leefstijladvies op maat. Voor toekomstige ontwikkelaars van programma's voor leefstijladvies op maat is het aan te bevelen om gedurende de ontwikkelfase te achterhalen wat de verwachtingen van de doelgroep ten aanzien van het programma zijn. Op deze manier kan voorkomen worden dat gebruikers zich niet kunnen identificeren met het programma. Het is van belang om de potentiële gebruikers al in een vroeg stadium te betrekken bij de ontwikkeling van een programma voor leefstijladvies op maat.

Niet alleen potentiële gebruikers kunnen een nuttige bijdrage leveren aan de ontwikkeling van een programma voor leefstijladvies op maat. Dit onderzoek laat zien dat 'rejecters' eveneens een nuttige bijdrage kunnen leveren aan de ontwikkeling. De redenen waarom gebruikers gestopt zijn met deelname aan het programma voor leefstijladvies op maat kunnen divers zijn. In sommige gevallen had hier echter rekening mee gehouden kunnen worden en hadden gebruikers het programma misschien wel blijven gebruiken. Het is daarom van belang om te kijken naar zowel gebruikers als niet-gebruikers voor de ontwikkeling van programma's voor leefstijladvies op maat.

Naast aanbevelingen voor de praktijk zijn er eveneens aanbevelingen voor mogelijk vervolgonderzoek. Het is van belang om te onderzoeken wat programma's voor leefstijladvies op maat nu daadwerkelijk opleveren, in de zin van een verbeterde gezondheidstoestand. Daarnaast is het van belang om programma's voor leefstijladvies op maat op langere termijn te volgen. De looptijd van de projecten is nu over het algemeen niet langer dan een half jaar en de vraag is of gebruikers zich voor een langere periode aan het leefstijladvies kunnen houden. Het kan nuttig zijn om te onderzoeken hoe gebruikers met behulp van een programma voor leefstijladvies op maat de leefstijl voorgoed of voor een langere periode kunnen veranderen. Met de huidige looptijd van de projecten is het soms de vraag of de leefstijl blijvend aangepast wordt, of dat gebruikers na verloop van tijd weer terugvallen in het oude patroon.

Dit onderzoek is gedaan vanuit de visie *technology in practice*. Zoals in de discussie al aangegeven is, levert deze visie nuttige inzichten op die gebruikt kunnen worden door ontwikkelaars van toekomstige programma's voor leefstijladvies op maat. Het is van belang om oog te hebben voor de wisselwerking tussen technologie en gebruikers, omdat dit laat zien dat iedere gebruiker een andere visie op de technologie heeft. Doordat iedere gebruiker een andere visie heeft op de technologie, is het bieden van een advies op maat niet eenvoudig. De visie van de gebruiker op de technologie bepaalt of de gebruiker het advies als op maat ervaart. Dit is een belangrijke bevinding voor toekomstige ontwikkelaars van programma's voor leefstijladvies op maat. Door het paradigma *technology in practice* te gebruiken, kan er veel geleerd worden van hoe gebruikers deelname aan programma's voor leefstijladvies op maat nu precies ervaren. Dit levert belangrijke inzichten op.

Literatuurlijst

(APE) Notenboom, A. et al. 2012. *E-Health en zelfmanagement: een panacee voor arbeidstekorten en kostenoverschrijdingen in de zorg?* Den Haag.

(CBS). 2012. *Nederland Europees kampioen internettoegang* [Internet]. Centraal Bureau voor de Statistiek, 15-06-2012 [aangehaald op 2-10-2012]. Bereikbaar op <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bedrijven/publicaties/digitale-economie/artikelen/2012-3636-wm.htm>

(NIVEL) Houtum, van, L., Spreeuwenberg, P., Heijmans, M. 2010. *Zorgsituatie van mensen met COPD*. Utrecht.

(NIVEL) Jansen et al. 2009. *Preventie en gezond gedrag bij mensen met COPD*. Utrecht.

(RIVM) Boezen et al. *Wat is COPD en wat is het beloop?* [Internet]. Nationaal Kompas Volksgezondheid. [aangehaald op 28-06-2013]. Bereikbaar op <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/ademhalingswegen/copd/beschrijving/>

(RIVM) Boezen, H. M., Postma, D. S., Smit, H. A. *COPD samengevat*. [Internet]. Nationaal Kompas Volksgezondheid. [aangehaald op 28-06-2013]. Bereikbaar op www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/ademhalingswegen/copd/copd-samengevat/

(RIVM) van Wieren, S., Feenstra, T. L. *COPD: Welke zorg gebruiken patiënten en wat zijn de kosten?* [Internet]. Nationaal Kompas Volksgezondheid. [aangehaald op 28-06-2013]. Bereikbaar op www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/ademhalingswegen/copd/welke-zorg-gebruiken-patiënten-en-wat-zijn-de-kosten/

Albada, A. et al. 2009. 'Development of E-Info Gene^{ca}: A website providing computer-tailored information and question prompt prior to breast cancer genetic counseling.' *Journal of Genetic Counseling* 18:326-338.

Atack, L., Luke, R., Chien, E. 2008. 'Evaluation of patient satisfaction with tailored online patient education information.' *Computers, Informatics, Nursing* 26(5):258-264.

- Bate, P. & Robbert, G. 2007. 'Introduction: bringing the user experience to healthcare.' In: Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient, edited by P. Bate and G. Robbert. Abbingdon: Radcliffe.
- Bental, D.S., Cawsey, A., Jones, R. 1999. 'Patient information systems that tailor to the individual.' *Patient Education and Counseling* 36(1999):171-180.
- Braun, V. & Clarke, V. 2006. 'Using thematic analysis in psychology.' *Qualitative Research in Psychology* 3(2):77-101.
- Brouwer, W. et al. 2009. 'What makes people decide to visit and use an internet-delivered behaviour-change intervention? A qualitative study among adults.' *Health Education* 109 (6):460-473.
- Brouwer, W. et al. 2010. 'Characteristics of visitors and revisitors to an internet-delivered computer-tailored lifestyle intervention implemented for use by the general public.' *Health Education Research* 25(4):585-595.
- Brug, J., Campbell, M., van Assema, P. 1999. 'The application and impact of computer-generated personalized nutrition education: A review of the literature.' *Patient Education and Counseling* 36(1999):145-156.
- Brug, J., Oenema, A., Campbell, M. 2003. 'Past, present, and future of computer-tailored nutrition education.' *The American Journal of Clinical Nutrition* 77:1028-1034.
- Gilbert, H., Nazareth, I., Sutton, S. 2009. 'Perception of computer-tailored feedback for smoking cessation: qualitative findings from focus groups.' *Journal of Applied Biobehavioral Research* 14 (1):15-29.
- Gray, J. H. & Densten, I. L. 1998. 'Integrating quantitative and qualitative analysis using latent and manifest variables.' *Quality & Quantity* 32(1):419-431.
- Griffiths, F. et al. 2006. 'Why are health care interventions delivered over the internet? A systematic review of the published literature.' *Journal of Medical Internet Research* 8 (2): 1-13.

Gustafson, D.H. et al. 1999. 'Impact of a patient-centered, computer-based health information/support system.' *American Journal of Preventive Medicine* 16(1):1-9.

Halder, A. K. 2008. 'Lessons learned from developing a tailored print intervention: a guide for practitioners and researchers new to tailoring.' *Health Promotion Practice* 9:281 – 288.

Hawkins, R. P. et al. 2008. 'Understanding tailoring in communicating about health.' *Health Education Research* 23(3):454-466.

Hesse, B.W., Schneiderman, B. 2007. 'eHealth research from the user's perspective.' *American Journal of Preventive Medicine* 32(5):97-103.

IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg). 2008. *E-health en domotica in de zorg: kans of risico?* Utrecht.

Kreuter, M. W. & Skinner, C. S. 2000. 'Tailoring: what's in a name?' *Oxford University Press*

Kreuter, M. W., Stretcher, V. J., Glassman, B. 1999. 'One size does not fit all: the case for tailoring print materials.' *Annals of Behavioral Medicine* 21(4):276-283.

Kreuter, M.W. et al. 2000. 'Are tailored health education materials always more effective than non-tailored materials?' *Health Education Research* 15(3):305-315.

Lustria, M. L. A. et al. 2009. 'Computer-tailored health interventions delivered over the web: Review and analysis of key components.' *Patient Education and Counseling* 74(2009):156-173.

Mol, A. et al. 2010. *Care in Practice: on tinkering in clinics, homes and farms*. Transaction Publishers: New Brunswick and London.

Mortelmans, D. 2011. *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco.

Nahm, E. et al. 2004. 'Usability of health web websites for older adults.' *Computers, Informatics, Nursing* 22(6):326-334.

Nguyen, H.Q. et al. 2004. 'Internet-based patient education and support interventions: a review of evaluation studies and directions for future research.' *Computers in Biology and Medicine* 34(2004):95-112.

Noar, S.M. et al. 2010. 'Tailored health communication to change lifestyle behaviors.' *American Journal of Lifestyle Medicine* 5(112):112-122.

Oenema, A., Brug, J., Lechner, L. 2001. 'Web-based tailored nutrition education: results of a randomized controlled trial.' *Health Education Research* 16(6):647-660.

Oudshoorn, N., Pinch, T. 2005. *How users matter: the co-construction of users and technology*. The MIT Press: Cambridge.

Pols, J., Moser, I. 2009. 'Cold technologies versus warm care? On affective and social relations with and through care technologies.' *ALTER, European Journal of Disability Research* 3(2009):159-178.

Rimer, B.K. & Kreuter, M.W. 2006. 'Advancing tailored health communication: a persuasion and message effects perspective.' *Journal of Communication* 56:184-201.

RVZ (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg). 2002. *Inzicht in e-health*. Zoetermeer.

Schubart, J.R. et al. 2011. 'Chronic health conditions and internet behavioral interventions. A review of factors to enhance user engagement.' *Computers, Informatics, Nursing* 29 (2):81-92.

Smeets, T. et al. 2007. 'Effects of tailored feedback on multiple health behaviors.' *Annals of Behavior Medicine* 33(2):117-123.

Smeets, T., Brug, J., de Vries, H. 2008. 'Effects of tailoring health messages on physical activity.' *Health Education Research* 23(3):402-413.

Smith, C.E. et al. 2002. 'Quality assurance processes for designing patient education web websites.' *Computers, Informatics, Nursing* 20(5):191-200.

Strecher, V. 2007. 'Internet methods for delivering behavioral and health-related interventions (eHealth).' *Annual Review of Clinical Psychology* 2007(3):53-76.

Sugg Skinner, C. et al. 1993. 'The potential of computers in patient education.' *Patient Education and Counseling* 22(1993):27-34.

Suggs, L.S., Cowdery, J.E., Carroll, J.B. 2006. 'Tailored program evaluation: Past, Present, Future.' *Evaluation and program planning* 29 (2006):426-432.

Swanborn, P.G. 2010. *Basisboek sociaal onderzoek*. Boom: Den Haag.

Timmermans, S. & Berg, M. 2003. 'The practice of medical technology.' *Sociology of Health & Illness*

Verheijden, M.W. et al. 2008. 'Web-based tailored lifestyle programs: Exploration of the target group's interest and implications for practice.' *Health Promotion Practice* 9(82):82-92.

Voncken-Brewster, V. et al. 2013. 'Usability evaluation of an online, tailored self-management intervention for Chronic Obstructive Pulmonary Disease patients incorporating behavior change techniques.' *JMIR Research Protocols* 2(1):1-11.

Vries, de, H. et al. 2003. 'The European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA): an example of Integral Prevention.' *Health Education Research* 18(2003):611-626.

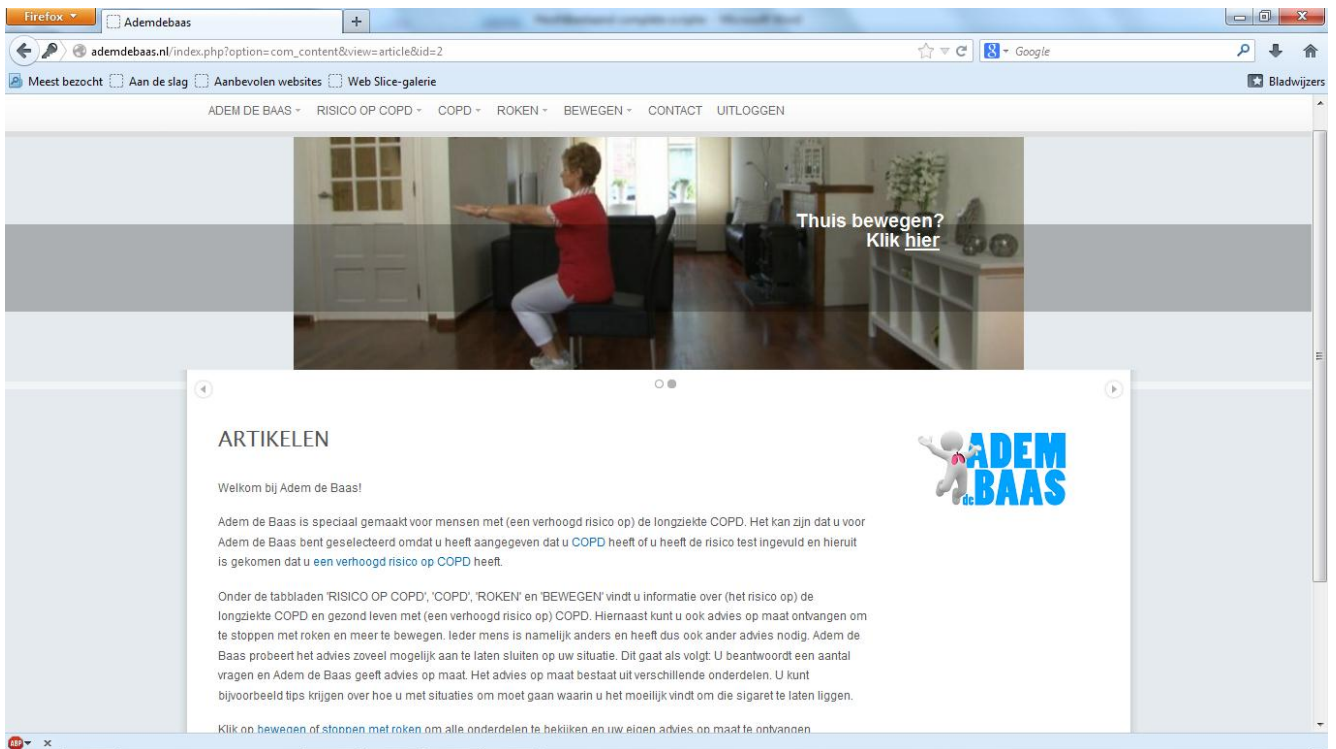
Weenink, C. 2007. 'Concordantie en therapietrouw: een grote rol voor communicatie.' *Tijdschrift voor praktijkondersteuning* 2(2007):210-213.

Wyatt, S. 2005. 'Non-Users also matter: The construction of Users and Non-Users of the internet.' In: N. Oudshoorn, T. Pinch, How users matter: the co-construction of users and technology, 67-79. Cambridge: The MIT Press.

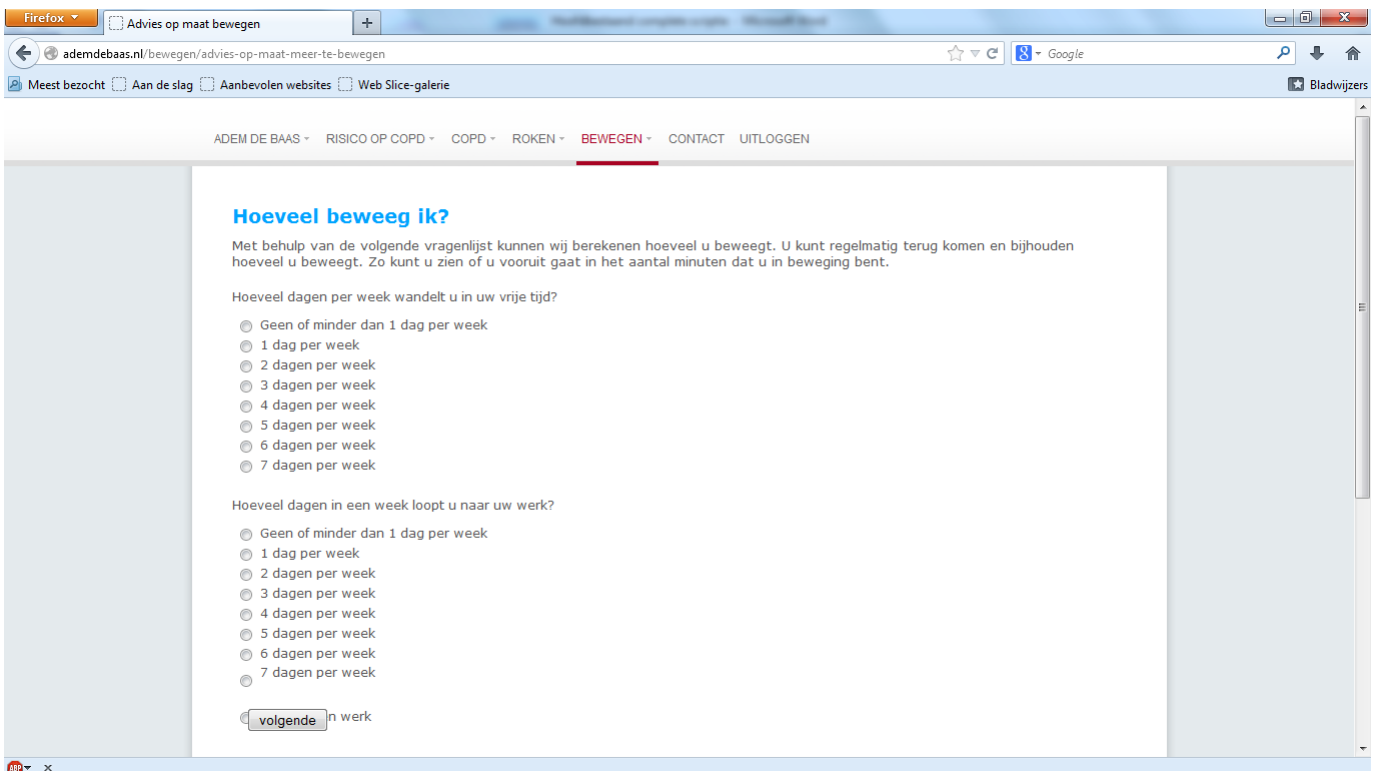
Yin, R. K. 2009. *Case study research: Design and methods*. Vijfde druk. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Zwieten van, M. Willems, D. 2004. 'Methodologie van kwalitatief onderzoek: Waardering van kwalitatief onderzoek.' *Huisarts en Wetenschap* 47:38-43.

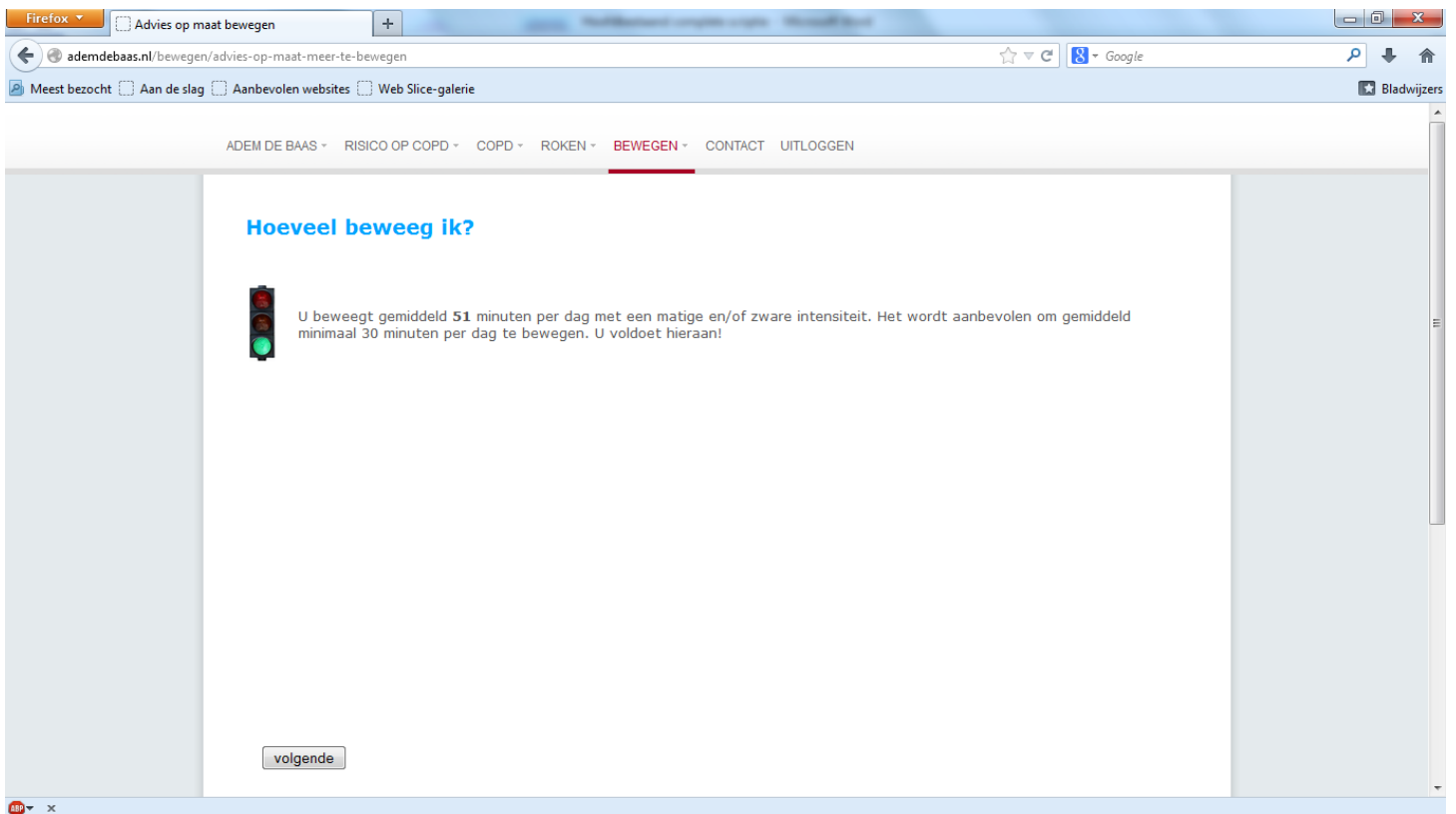
Bijlage A



Figuur 1: De startpagina van het programma van AdemDeBaas.



Figuur 2: Een gedeelte uit de vragenlijst voor het advies op maat voor bewegen.



Figuur 3: Het advies op maat voor bewegen.