



DE ROL VAN DIGICOACHES IN DE DIGITALE TRANSFORMATIE VAN DE HUISARTSENZORG.

Master Thesis.

Begeleider: Peter Mascini.

Woordaaantal: 9948.

Datum: 22-06-2025

Diederik Gielen - 510350

Erasmus Universiteit.

Abstract

Deze scriptie onderzoekt hoe en onder welke omstandigheden digicoaching bijdraagt aan de implementatie van digitale innovaties in de huisartsenzorg. Digicoaches, collega-zorgverleners die digitale ondersteuning bieden, worden steeds vaker gezien als sleutelfiguren in technologische verandering. Op basis van literatuur, beleid en praktijkervaringen is een beleidstheorie opgesteld en getoetst via twaalf interviews met huisartsen, digicoaches en beleidsfunctionarissen. De Normalization Process Theory (NPT) werd gebruikt om te analyseren via welke sociale mechanismen (coherentie, participatie, actie en monitoring) digicoaches verandering bevorderen. Met het ICMO-model zijn deze mechanismen gekoppeld aan contexten en interventies. Digicoaching blijkt vooral effectief in een lerende, ondersteunende omgeving met managementsteun en duidelijke rolafbakening. Succesvolle implementatie hangt niet alleen af van de interventie, maar van de interactie tussen context en sociale mechanismen. De resultaten benadrukken het belang van contextgericht beleid en bieden aanknopingspunten voor toekomstig onderzoek naar structurele voorwaarden voor digitale transformatie.

Kernwoorden: huisartsenzorg, digicoaching, digitalisering, ICMO-model, Normalization Process Theory.

Inhoudsopgave

ABSTRACT	1
1. INLEIDING.....	3
1.1 Probleemstelling.....	4
1.2 Hoofd- en subvragen.....	4
1.3 Maatschappelijke relevantie.....	5
1.4 Wetenschappelijke relevantie.....	6
2. THEORIE.....	6
2.1 Beleidstheorie & Normalization Process Theory (NPT)	7
2.2 Positionering en begrenzing van NPT.....	9
2.3 Visualisatie.....	10
2.4 Tabel: Interventies, Context, Mechanismen en Uitkomsten.....	11
3. METHODE.....	12
3.1 Onderzoeksopzet en Realistic Interviewing	12
3.2 Data verzameling.....	13
3.3 Data-analyse.....	15
3.4 Betrouwbaarheid en validiteit.....	15
3.5 Ethiek en privacy.....	16
4. RESULTATEN.....	16
4.1 Beginsituatie en inbedding van digicoaches.....	17
4.2 Coherentie: betekenisgeving en het herkennen van toegevoegde waarde.....	18
4.3 Cognitieve participatie: betrokkenheid en gedeeld eigenaarschap.....	20
4.4 Collectieve actie: daadwerkelijk gebruik in de praktijk	23
4.5 Reflexieve monitoring: reflectie en aanpassing van de aanpak.....	26
4.6 Samenhang, perspectieven en contextuele voorwaarden.....	28
5. DISCUSSIE EN CONCLUSIE.....	32
5.1 ICMO als versterking van NPT in context.....	32
5.2 Beperkingen van NPT, de rol van macht en structurele factoren.....	32
5.3 Methodologische reflectie.....	33
5.4 Beleidsimplicaties	35
5.5 Suggesties voor vervolgonderzoek.....	35
LITERATUURLIJST.....	37
BIJLAGE 1: TOPICLIJST REALISTISCHE INTERVIEWS: DIGICOACHES IN DE HUISARTSENZORG	41
BIJLAGE 2: INFORMED CONSENTFORMULIER.....	44
BIJLAGE 3: PRIVACYVERKLARING.....	46

1. Inleiding.

De huisartsenzorg in Nederland ondergaat een snelle digitale transformatie. Sinds de jaren 80 zijn administratieve processen geautomatiseerd, gevolgd door de introductie van het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) in de jaren 90 (De Boer & Bosman, 2018). In de afgelopen tien jaar zijn daar nieuwe toepassingen bijgekomen in ICT-oplossingen zoals Huisarts Informatie Systemen (HIS), Keten Informatie Systemen (KIS) en eHealth-toepassingen (CMIO Netwerk Eerste Lijn, 2022). Dit zijn bijvoorbeeld e-consulten, E-health intake via patiëntenportalen, beeldbellen, en AI-ondersteunde beslissystemen voor diagnostiek en behandeling (Joseph et al., 2020; Greenhalgh et al., 2017). Digitalisering is daarmee een structureel onderdeel van de huisartsenzorg.

Toch brengt deze digitalisering ook knelpunten met zich mee. Veel zorgverleners, waaronder huisartsen, ervaren een ‘digitaliseringsparadox’: ze zijn afhankelijk van technologie, maar ondervinden hinder van verouderde software, omslachtige systemen en een gebrek aan training of begeleiding (CMIO Netwerk Eerste Lijn, 2022). Daardoor verloopt de implementatie van technologieën als AI-tools of digitale communicatie niet altijd soepel. Dit vergroot de werkdruk, roept weerstand op en belemmert de daadwerkelijke benutting van het potentieel van digitale innovaties.

Als reactie hierop is de inzet van digicoaches ontstaan. Digicoaches zijn collega-zorgverleners die anderen ondersteunen bij het leren en gebruiken van digitale systemen (Digitaal Vaardig, 2023). Dit kan variëren van uitleg over EPD-functionaliteiten, ondersteuning bij e-consulten en portalen, tot begeleiding bij het inzetten van AI-beslisondersteuning in het spreekuur (Digitaal Vaardig, 2021). Uit praktijkervaringen blijkt dat digicoaching leidt tot snellere verwerking van digitale taken, verhoogd zelfvertrouwen en verminderde werkdruk (Rijnmond Dokters, 2025). Echter zijn deze bevindingen voornamelijk gebaseerd op interne evaluaties van betrokken organisaties, waardoor de onderliggende verklaringen voor deze resultaten grotendeels onbekend zijn gebleven.

Waar eerdere onderzoeken zich vooral richten op de gemeten effecten van digicoaches, onderzoekt deze studie de mechanismen achter deze effecten. Waarom werken digicoaches in sommige gevallen goed, en in andere minder effectief? Bovendien wijzen Lennon et al. (2017) erop dat succesvolle digitalisering niet alleen afhankelijk is van technologische oplossingen, maar ook van sociale en organisatorische factoren, zoals gebruikersacceptatie en veranderbereidheid binnen zorginstellingen. In dit onderzoek ligt de nadruk daarom niet alleen op de effecten van digicoaches, maar vooral op de contextualisering van de mechanismen achter deze (on)bedoelde effecten. Hierdoor kan

gerichtere en effectievere ondersteuning worden geboden aan zorgprofessionals in de digitalisering van de huisartsenzorg.

1.1 Probleemstelling.

Ondanks de voordelen van digitalisering in de huisartsenzorg ondervinden zorgprofessionals aanzienlijke barrières bij de implementatie en dagelijkse toepassing van digitale innovaties, zoals het Elektronisch Patiëntendossier (EPD), e-consulten, patiëntenportalen en AI-gebaseerde beslisondersteuning (CMIO Netwerk Eerste Lijn, 2022; Joseph et al., 2020). Enerzijds zorgen hoge administratieve lasten en complexe digitale systemen voor een toename van de werkdruk. Anderzijds blijkt uit onderzoek dat beperkte training en een gebrek aan regie bij digitale transformaties leiden tot onzekerheid en weerstand tegen verandering (Greenhalgh et al., 2017). Deze factoren samen kunnen het adoptieproces van digitale innovaties vertragen en de effectiviteit van digitalisering beperken.

Met de toenemende afhankelijkheid van digitale systemen wordt de rol van digicoaches steeds vaker ingezet als ondersteuning bij deze transformatieprocessen. Het is echter nog onvoldoende wetenschappelijk onderzocht in hoeverre digicoaches daadwerkelijk bijdragen aan een succesvolle implementatie van digitale toepassingen in de huisartsenzorg. Dit onderzoek richt zich daarom op het in kaart brengen van de impact van digicoaches op de adoptie en implementatie van digitale innovaties, met bijzondere aandacht voor de sociale en organisatorische factoren die deze processen beïnvloeden.

1.2 Hoofd- en subvragen

Op basis van de probleemstelling richt dit onderzoek zich op de rol van digicoaches bij de implementatie van digitale innovaties in de huisartsenzorg. Daarbij wordt specifiek gekeken naar hoe digicoaches bijdragen aan het proces van normalisatie: het duurzaam integreren van nieuwe werkwijzen in het dagelijkse handelen van zorgverleners. Dit leidt tot de volgende hoofdvraag:

Hoofdvraag

Hoe beïnvloedt de inzet van digicoaches de adoptie en implementatie van digitale innovaties in de huisartsenzorg?

Om de hoofdvraag te beantwoorden zijn twee subvragen opgesteld. Deze zijn geformuleerd op basis van de vier mechanismen van de Normalization Process Theory (NPT) en het bredere realistische evaluatieperspectief dat ook contextuele invloeden meeneemt:

Subvragen

- *Hoe beïnvloedt de inzet van digicoaches de coherentie, cognitieve participatie, collectieve actie en reflexieve monitoring bij huisartsen en zorgverleners tijdens de implementatie van digitale innovaties?*
- *Welke sociale en organisatorische contextfactoren bepalen de effectiviteit van digicoaches in de huisartsenzorg?*

Als ondersteuning van deze analyse wordt gebruikgemaakt van de Normalization Process Theory (NPT), een theoretisch raamwerk dat inzicht geeft in hoe nieuwe technologieën en werkwijzen zich verankeren in praktijkstructuren (May et al., 2009). De vier mechanismen binnen NPT (coherentie, cognitieve participatie, collectieve actie en reflexieve monitoring) vormen de kern van het proces van normalisatie. In dit onderzoek worden deze mechanismen gebruikt om de bijdrage van digicoaches aan de implementatie van digitale innovaties te duiden. In het theoretisch kader wordt hier verder op ingegaan.

Tegelijkertijd wordt de implementatie niet alleen als individueel of gedragsmatig proces benaderd, maar als een interactie tussen interventie, context, mechanisme en uitkomst (ICMO). De combinatie van NPT en het ICMO-model maakt het mogelijk om zowel de rol van sociale processen als die van bredere contextuele factoren (zoals leiderschap, organisatorische structuur en machtsverhoudingen) te analyseren.

1.3 Maatschappelijke relevantie

De digitalisering van de huisartsenzorg biedt kansen, maar ook uitdagingen. Hoewel innovaties zoals elektronische patiëntendossiers, e-consulten en AI-toepassingen de zorg kunnen verbeteren (Joseph et al., 2020), ervaren zorgverleners vaak belemmeringen bij adoptie en implementatie. Digicoaches gelden als veelbelovende interventie om deze obstakels te verkleinen, maar er is nog weinig onderzoek gedaan naar de omstandigheden waarin ze effectief zijn (Digitaal Vaardig, 2021).

Vanuit beleidsmatig perspectief is dit onderzoek relevant, omdat digitalisering essentieel is voor toekomstbestendige zorg (Ministerie van VWS, 2022). Huisartsenpraktijken

zijn steeds afhankelijker van digitale systemen, maar zonder goede ondersteuning kunnen innovaties contraproductief werken. Inzicht in hoe digicoaches bijdragen aan digitale transformatie helpt beleidsmakers en organisaties om gericht te investeren in effectieve implementatiestrategieën.

1.4 Wetenschappelijke relevantie

Dit onderzoek draagt bij aan het implementatieonderzoek in de zorg door de Normalization Process Theory (NPT) niet alleen toe te passen, maar ook kritisch te toetsen binnen de praktijk van digicoaching in de huisartsenzorg. De theorie biedt waardevolle inzichten om sociale processen zoals coherentie, participatie en collectieve actie te analyseren.

Tegelijkertijd blijkt uit de empirische bevindingen dat structurele elementen zoals machtsverhoudingen, formeel mandaat en organisatorische positionering van digicoaches cruciaal zijn voor succes, terwijl deze in NPT nauwelijks aandacht krijgen.

Daarmee laat dit onderzoek een inhoudelijke beperking van NPT zien en draagt het bij aan de verdere ontwikkeling van implementatietheorieën waarin structurele en contextuele factoren explicieter worden meegenomen. De koppeling met het ICMO-model versterkt deze bijdrage, doordat het inzicht biedt in hoe interventie, context en mechanisme met elkaar samenhangen. Zo biedt deze studie zowel een toetsing als een verrijking van bestaande theoretische kaders.

2. Theorie.

In dit hoofdstuk wordt de theoretische basis geschetst voor het analyseren van de inzet van digicoaches in de huisartsenzorg. Eerst wordt de beleidstheorie besproken, waarin verwachtingen over de werking van digicoaching worden afgeleid uit literatuur, beleidsdocumenten en praktijkervaringen. Vervolgens wordt de Normalization Process Theory (NPT) ingezet als verklarend kader om te analyseren via welke mechanismen digitale innovaties in de praktijk worden ingebed. De combinatie van beide kaders biedt inzicht in hoe beleid zich vertaalt naar praktijk, en onder welke voorwaarden digicoaching effectief is.

De beleidstheorie in dit onderzoek is opgebouwd uit drie kennisbronnen. Wetenschappelijke literatuur, zoals van Greenhalgh et al. (2017) en Lennon et al. (2017), biedt inzicht in technologieacceptatie en implementatieprocessen. Beleidsdocumenten, waaronder de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) en het VIPP-programma, geven richting aan digitaliseringsdoelen. Daarnaast leveren praktijkervaringen,

zoals van Digitaal Vaardig en Rijnmond Dokters, concrete voorbeelden van hoe digicoaching wordt ingezet. Samen vormen deze bronnen het beleidstheoretisch kader dat in dit hoofdstuk wordt verbonden met NPT.

2.1 Beleidstheorie & Normalization Process Theory (NPT)

De digitalisering van de huisartsenzorg wordt in toenemende mate gestimuleerd door nationale beleidsprogramma's zoals het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional (VIPP) en de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) (Ministerie van VWS, 2024). Regionale initiatieven, waaronder het programma Digitaal Vaardig, bouwen hierop voort door onder meer digicoaches in te zetten. Deze functionarissen ondersteunen zorgprofessionals bij het gebruik van digitale toepassingen op de werkvloer (Digitaal Vaardig, 2021). Binnen dergelijke programma's overheerst de beleidsaannname dat interventies zoals training, begeleiding en praktische ondersteuning direct bijdragen aan de acceptatie van technologie, efficiëntere werkprocessen en toekomstbestendige zorg.

Achter deze aannames schuilt vaak een lineair en causaal model waarin de veronderstelling is dat als de juiste ondersteuning wordt geboden, gedragsverandering vanzelf volgt. Hoewel deze gedachte begrijpelijk is vanuit beleidsmatig perspectief, houdt ze weinig rekening met de sociale en organisatorische complexiteit van gedragsverandering binnen zorginstellingen. Beleidsdocumenten formuleren doorgaans concrete interventies en gewenste uitkomsten, maar blijven impliciet over de vraag hoe en waarom een interventie in een specifieke context daadwerkelijk effectief is (Greenhalgh et al., 2017). Aspecten zoals motivatie, teamdynamiek, hiërarchie, cultuurverschillen en uiteenlopende digitale vaardigheden worden zelden expliciet meegenomen in de beleidslogica.

Om de kloof tussen beleidsaannname en praktijk te overbruggen, maakt dit onderzoek gebruik van de Normalization Process Theory (NPT). Deze theorie, ontwikkeld door May et al. (2009), richt zich op de manier waarop nieuwe werkwijzen en technologieën structureel ingebed raken in het dagelijks handelen van professionals. In plaats van te focussen op individuele houdingen of technologische randvoorwaarden, biedt NPT een sociaal-theoretisch raamwerk dat inzicht geeft in de onderliggende processen die bepalend zijn voor duurzame implementatie. De theorie is breed toegepast binnen implementatieonderzoek in de zorg, bijvoorbeeld op het gebied van eHealth, digitale dossiers en telezorg (Murray et al., 2010; McEvoy et al., 2014). Het sluit goed aan bij situaties waarin meerdere actoren samen

verantwoordelijk zijn voor verandering.

Centraal binnen NPT staan vier onderling verbonden mechanismen die het proces van normalisatie verklaren: coherentie, cognitieve participatie, collectieve actie en reflexieve monitoring (May et al., 2009). Coherentie verwijst naar de mate waarin betrokkenen begrijpen wat een innovatie inhoudt en hoe deze zich verhoudt tot bestaande werkwijzen. Cognitieve participatie beschrijft de betrokkenheid van actoren bij de innovatie en hun bereidheid om zich eraan te verbinden. Collectieve actie betreft de praktische uitvoering van de innovatie in de dagelijkse praktijk, inclusief taakverdeling, samenwerking en uitvoerbaarheid. Reflexieve monitoring tot slot gaat over de gezamenlijke evaluatie van het gebruik van de innovatie en de bereidheid om op basis daarvan werkwijzen bij te stellen (May et al., 2009).

In het kader van dit onderzoek worden deze mechanismen gebruikt om de rol van digicoaching te analyseren als sociaal proces binnen implementatie. Digicoaches dragen volgens McEvoy et al. (2014) bij aan coherentie door de toegevoegde waarde van digitale toepassingen begrijpelijk te maken. Daarnaast versterken ze cognitieve participatie, doordat zij collega's actief betrekken bij het gebruik van technologie (Murray et al., 2010). De bijdrage aan collectieve actie komt tot uiting in praktische ondersteuning en teamafstemming, wat de uitvoerbaarheid van innovaties vergroot (McEvoy et al., 2014). Tot slot faciliteren digicoaches reflexieve monitoring door ervaringen op te halen, bespreekbaar te maken en terug te koppelen binnen de organisatie (Murray et al., 2010).

Door gebruik te maken van NPT wordt digicoaching niet alleen benaderd als een functionele interventie, maar als een dynamisch proces waarin gedragsverandering afhankelijk is van sociale mechanismen en contextuele factoren (May et al., 2009). Daarmee ontstaat een theoretisch onderbouwd alternatief voor de simplistische beleidsaannahme dat training automatisch leidt tot acceptatie. Zoals Greenhalgh et al. (2017) stellen, blijkt acceptatie slechts mogelijk wanneer zorgverleners eerst de toegevoegde waarde van technologie begrijpen (coherentie), zich betrokken voelen bij het gebruik ervan (cognitieve participatie), ervaren dat de toepassing werkbaar is in de praktijk (collectieve actie) en er ruimte is voor gezamenlijke reflectie en bijstelling (reflexieve monitoring).

Om deze relatie tussen interventie, context, mechanisme en uitkomst verder te structureren, wordt aanvullend het ICMO-model gebruikt. Dit model, afkomstig uit de realistische evaluatiebenadering van Pawson en Tilley (1997), biedt een raamwerk om te analyseren welke interventie in welke context welk mechanisme activeert, met welke uitkomst als gevolg. De vier mechanismen van NPT fungeren binnen dit model als analytisch houvast voor het verklaren van werkzame processen. Zo ontstaat een consistent theoretisch

kader waarin zowel de beleidsmatige aannames als de sociaal-organisatorische realiteit van implementatie kritisch kunnen worden onderzocht.

Binnen het ICMO-model verwijst de component ‘context’ naar de omgevings- en organisatiekenmerken die de werking van een interventie beïnvloeden. Volgens Pawson en Tilley (1997) omvat context niet alleen fysieke of technologische omstandigheden, maar ook culturele, sociale en structurele factoren, zoals hiërarchie, ondersteuning vanuit het management, beschikbare middelen en werkdruk. In implementatieonderzoek wordt steeds vaker erkend dat deze contextuele condities bepalend zijn voor het al dan niet activeren van onderliggende mechanismen (Greenhalgh et al., 2017).

2.2 Positionering en begrenzing van NPT

De Normalization Process Theory (NPT) onderscheidt zich van modellen die vooral gericht zijn op individuele technologieacceptatie, zoals het Technology Acceptance Model (TAM) van Davis (1989) en de Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT) van Venkatesh et al. (2003). Waar deze modellen zich primair richten op persoonlijke overtuigingen zoals waargenomen gebruiksgemak en verwachte prestaties, legt NPT de nadruk op de sociale, collectieve en organisatorische processen die innovatiegedrag in de praktijk vormgeven. Daarmee is NPT geschikt voor onderzoek naar implementatieprocessen in complexe zorgcontexten, waarin het gebruik van technologie niet alleen een individuele keuze is, maar ook bepaald wordt door teamcultuur, samenwerking en lokale routines (May et al., 2009; Greenhalgh et al., 2017).

In tegenstelling tot TAM en UTAUT, die veelal worden toegepast in kwantitatieve effectstudies met gestandaardiseerde variabelen, biedt de Normalization Process Theory ruimte voor een contextuele en procesgerichte analyse. Deze benadering sluit beter aan bij situaties waarin innovaties collectief moeten worden gedragen, zoals binnen huisartspraktijken waar samenwerking en organisatiecultuur essentieel zijn voor succesvolle implementatie. McEvoy et al. (2014) concluderen in een systematische review dat NPT niet alleen breed wordt toegepast, maar ook inzichten biedt in de dynamiek van implementatie, zoals de rol van teaminteracties en contextafhankelijke belemmeringen bij eHealth in de eerstelijnszorg.

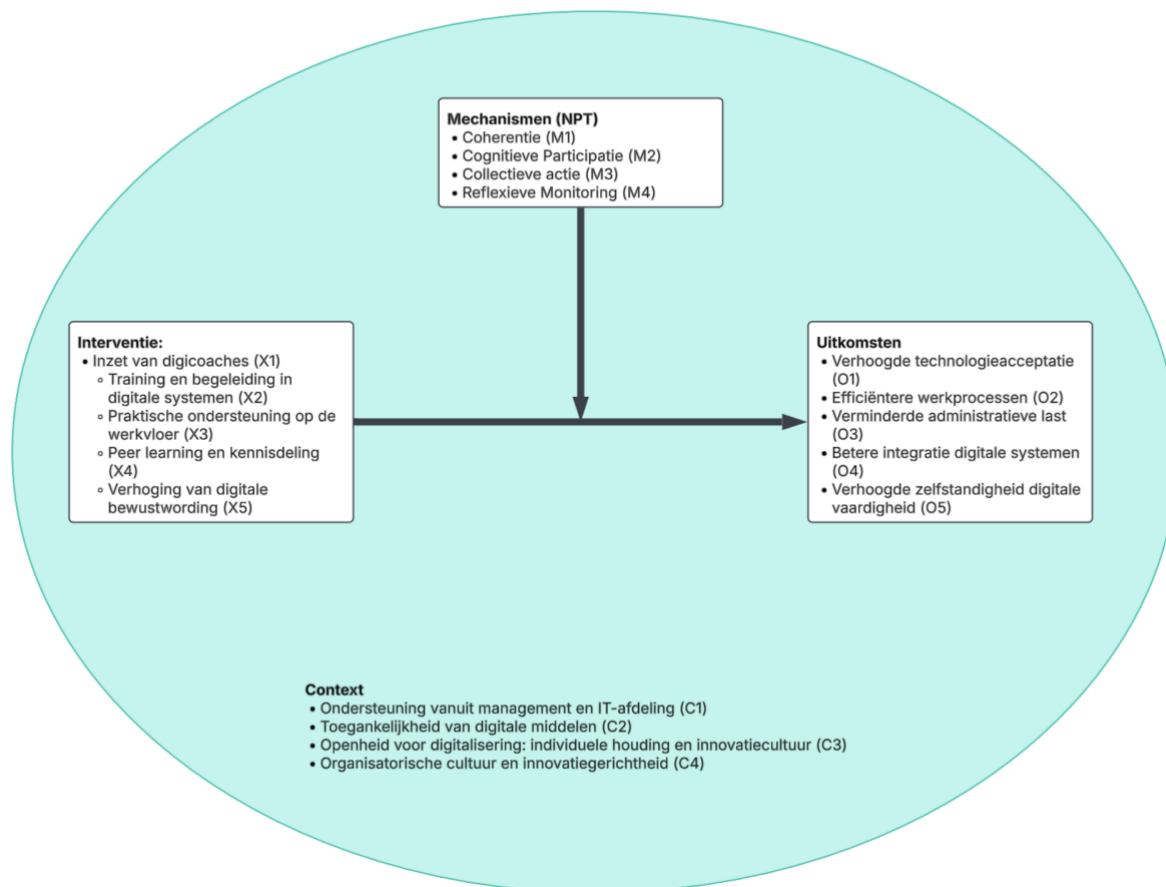
Toch kent ook de Normalization Process Theory haar beperkingen. May et al. (2009) wijzen er zelf op dat NPT zich primair richt op werkpraktijken en sociale interacties, en daardoor relatief weinig aanknopingspunten biedt voor het analyseren van

machtsverhoudingen, formele hiërarchieën of institutionele druk. Ook Greenhalgh et al. (2017) stellen dat NPT, hoewel waardevol als sociaal verklaringsmodel, contextuele, culturele en politieke dimensies vaak onvoldoende expliciteert. In deze studie kwamen juist dergelijke structurele factoren naar voren als belangrijke invloeden op de effectiviteit van digicoaching. Denk hierbij aan gebrek aan formeel mandaat, onduidelijke positionering van digicoaches binnen organisaties en spanningen tussen autonomie en sturing. Deze observaties wijzen op een lacune binnen de theorie die in de discussie nader wordt verkend. Daarmee draagt dit onderzoek niet alleen bij aan toepassing van NPT, maar ook aan een inhoudelijke reflectie op haar grenzen binnen de context van eerstelijnszorg.

2.3 Visualisatie.

De visualisatie in figuur 1 toont de samenhang tussen beleidsveronderstellingen, de interventie (digicoaching), contextuele randvoorwaarden en verwachte uitkomsten, zoals technologieacceptatie en werkdrukvermindering. De interventie betreft de inzet van digicoaches: collega-zorgverleners die ondersteuning bieden bij het gebruik van digitale systemen in de huisartsenzorg. De context verwijst naar omgevingsfactoren waaronder de interventie plaatsvindt, zoals managementsteun, digitale infrastructuur en werkdruk. Deze factoren worden in implementatieliteratuur vaak genoemd als bepalend voor het slagen van innovaties. Zo stellen Greenhalgh et al. (2017) dat managementondersteuning bijdraagt aan de legitimiteit van innovaties en personeelsbetrokkenheid. De beschikbaarheid en betrouwbaarheid van digitale infrastructuur is een randvoorwaarde voor praktische uitvoerbaarheid (May et al., 2009). Daarnaast vormt werkdruk een belemmering, doordat hoge werklust ruimte voor leren, reflectie en gedragsverandering beperkt (Murray et al., 2010). Door deze elementen te betrekken in de analyse wordt zichtbaar hoe context de werking van de interventie beïnvloedt.

De visualisatie is gebaseerd op het ICMO-model en bevat de vier mechanismen uit de Normalization Process Theory: coherentie, cognitieve participatie, collectieve actie en reflexieve monitoring (May et al., 2009). Deze mechanismen bieden inzicht in de sociale processen die verklaren waarom digicoaching in bepaalde situaties wel of niet werkt. Door ze theoretisch te verankeren, fungeert de figuur niet alleen als illustratie, maar ook als analytisch kader voor de empirische analyse in hoofdstuk 4.



Figuur 1: ICMO-model met NPT-mechanismen als visuele beleidstheorie.

2.4 Tabel: Interventies, Context, Mechanismen en Uitkomsten

De tabel in Figuur 2 laat zien hoe specifieke interventies door digicoaches, in combinatie met bepaalde contextuele voorwaarden, verschillende mechanismen activeren die bijdragen aan gewenste uitkomsten. Hierbij wordt inzichtelijk gemaakt hoe bijvoorbeeld training, praktische ondersteuning of peer learning kunnen leiden tot processen als betekenisgeving, betrokkenheid of structureel gebruik van technologie. Afhankelijk van factoren zoals managementsteun, teamcultuur en digitale infrastructuur kunnen deze mechanismen resulteren in positieve effecten zoals verhoogde technologieacceptatie, efficiëntere werkprocessen of verminderde werkdruk.

Interventie (X) Als...	Mechanisme (M) Dan...	Uitkomst (O) met het resultaat...	Context (C) mits...
Digicoaches worden ingezet (X1)	Coherentie ontstaat (begrip en betekenisgeving) (M1)	Hogere technologieacceptatie (O1)	Ondersteuning vanuit management en IT-afdeling (C1)
Training en begeleiding in digitale systemen wordt aangeboden (X2)	Cognitieve participatie wordt geactiveerd (betrokkenheid) (M2)	Werkprocessen efficiënter verlopen (O2)	Digitale middelen toegankelijk zijn (C2)
Praktische ondersteuning op de werkvloer wordt geboden (X3)	Collectieve actie plaatsvindt (daadwerkelijk gebruik) (M3)	Administratieve last vermindert (O3)	Individuele houding ten opzichte van digitalisering positief is (C3)
Peer learning en kennisdeling worden gefaciliteerd (X4)	Cognitieve participatie toeneemt (gedeeld eigenaarschap) (M2)	Digitale systemen beter geïntegreerd worden (O4)	Er een positieve organisatorische cultuur en innovatiegerichtheid is (C4)
Verhoging van digitale bewustwording wordt gestimuleerd (X5)	Reflexieve monitoring wordt versterkt (evaluatie en reflectie) (M4)	Zelfstandigheid in digitale vaardigheden toeneemt (O5)	Ondersteuning vanuit management en IT-afdeling aanwezig is (C1)

Figuur 2: Tabel; ICMO

3. Methode.

In dit hoofdstuk wordt de methodologische aanpak van het onderzoek uitgewerkt. Gezien het verklarende karakter van de hoofdvraag is gekozen voor een kwalitatieve benadering binnen het kader van Realistic Evaluation (Pawson & Tilley, 1997). Deze benadering maakt het mogelijk om te analyseren hoe, waarom en onder welke omstandigheden de inzet van digicoaches effect heeft op de implementatie van digitale innovaties in de huisartsenzorg.

3.1 Onderzoeksopzet en Realistic Interviewing

Dit onderzoek maakt gebruik van de methodologische benadering van Realistic Evaluation (Pawson & Tilley, 1997) om te analyseren hoe en waarom digicoaching bijdraagt aan digitale transformatie in de huisartsenzorg. Binnen deze benadering staat het verklaren van causale verbanden centraal aan de hand van ICMO-patronen: combinaties van Interventie, Context, Mechanisme en Uitkomst. De onderliggende veronderstelling is dat een interventie alleen effectief is wanneer het juiste mechanisme wordt geactiveerd binnen een passende context.

De onderzoeksopzet bestaat uit twee fasen. In de eerste fase is een voorlopige beleidstheorie ontwikkeld op basis van literatuur, beleidsdocumenten en theoretische kaders, zoals de Normalization Process Theory. Deze theorie bevatte aannames over hoe digicoaching zou kunnen werken in de praktijk, geformuleerd als verwachte ICMO-patronen. In de tweede fase zijn semigestructureerde, theoriegestuurde interviews afgenomen met zorgprofessionals, om deze aannames te toetsen en te verfijnen.

Tijdens de interviews werden respondenten uitgenodigd om te reflecteren op stellingen over hoe digicoaching werkt, bijvoorbeeld: dat praktische ondersteuning (I), binnen een context van managementsteun en leerruimte (C), leidt tot technologieacceptatie (O), doordat het mechanismen zoals vertrouwen en betekenisgeving activeert (M). In lijn met Realistic Evaluation worden respondenten hierbij benaderd als experts van hun eigen praktijkcontext. De rol van de onderzoeker is om uit hun ervaringen terugkerende patronen te destilleren die de beleidstheorie kunnen verdiepen of nuanceren (Pawson & Tilley, 1997; Greenhalgh et al., 2017).

3.2 Data verzameling

De dataverzameling vond plaats in de tweede fase van het onderzoek en bestond uit semigestructureerde interviews met zorgprofessionals die vanuit verschillende rollen betrokken zijn bij de inzet van digicoaches in de huisartsenzorg. Door zowel uitvoerende als strategische functies op te nemen in de selectie, is getracht een breed en genuanceerd beeld te verkrijgen van hoe digicoaching in de praktijk wordt vormgegeven.

Voor de selectie van respondenten is gebruikgemaakt van een combinatie van doelgerichte steekproef (purposive sampling) en sneeuwbalsteekproef (snowball sampling) (Atkinson & Flint, 2001; Bijleveld, 2023). In eerste instantie werden deelnemers benaderd op basis van hun functie en betrokkenheid bij digicoaching. Daarbij is gelet op variatie in ervaring (van uitvoerend tot beleidsmatig), functie (zoals CMIO, digicoach, POH-eHealth), en regionale spreiding. Vervolgens zijn deze respondenten gevraagd om andere relevante professionals aan te dragen, waarmee getracht werd om de diversiteit en representativiteit van het deelnemersveld te vergroten (Bijleveld, 2023).

In totaal zijn er twaalf interviews afgenomen. In onderstaande tabel is weergegeven welke functies en posities de geïnterviewden bekleden.

Respondent	Functie
Respondent 1	Waarnemend huisarts, interim CMIO bij Rijnmond Dokters
Respondent 2	POH-eHealth bij Rijnmond Dokters
Respondent 3	Waarnemend huisarts, CMIO bij Rijnmond Dokters
Respondent 4	Doktersassistente, digicoach en SOH bij een HOED-praktijk
Respondent 5	Eigenaar Buro Strakz, strategisch innovatieadviseur, programmamanager Digivaardig in de Zorg
Respondent 6	Huisarts, praktijkhouder en lid van het ICT-team van Rijnmond Dokters
Respondent 7	Waarnemend huisarts bij Rijnmond Dokters, voorzitter CMIO Netwerk Eerste Lijn
Respondent 8	Projectleider e-health bij ROER. Projectleider voor digicoaches in de regio van Gouda bij Mediis
Respondent 9	Beleidsmedewerker/ programmamanager digitalisering en coördinator digicoaching bij Mediis.
Respondent 10	Doktersassistente en Digicoach bij Huisartspraktijk Schenkel
Respondent 11	Triagist bij de huisartsenpost (HAP) Rijnmond
Respondent 12	Triagist bij de huisartsenpost (HAP) Rijnmond

Figuur 3: Respondententabel.

De topiclijst was opgebouwd rond aannames uit de vooraf opgestelde beleidstheorie, waarbij mechanismen zoals technologieacceptatie, vertrouwen, gedeeld eigenaarschap en betekenisgeving centraal stonden. Deze mechanismen werden telkens besproken in relatie tot contextfactoren als werkdruk, managementondersteuning, digitale infrastructuur en de aanwezigheid van een leercultuur. Respondenten werd gevraagd deze elementen te herkennen, nuanceren of weerleggen aan de hand van hun dagelijkse praktijkervaringen. Dit maakte het mogelijk om praktijkinzichten te verbinden aan theorie, en de veronderstelde beleidstheorie kritisch te toetsen en waar nodig aan te scherpen.

3.3 Data-analyse

De data-analyse vindt plaats aan de hand van thematische analyse, zoals beschreven door Braun en Clarke (2006). Deze methode maakt het mogelijk om op een systematische manier patronen en betekenisstructuren in de interviewdata te identificeren. De aanpak volgt een abductieve benadering: vooraf opgestelde codes vormen het vertrekpunt, maar er is ruimte om nieuwe inzichten uit de data toe te voegen.

De analyse sluit direct aan op de visualisatie van de beleidstheorie. De a priori codes zijn gebaseerd op de veronderstelde ICMO-configuraties, waarbij vooral de mechanismen en de contextuele condities centraal staan. De topiclijst is hierop afgestemd. Voorbeelden van a priori codes zijn: digitale vaardigheden, technologieacceptatie, weerstand, peer learning, managementondersteuning en werkdruk. Deze codes zijn gekoppeld aan mechanismen uit de Normalization Process Theory, zoals coherentie, cognitieve participatie en collectieve actie (May et al., 2009; May et al., 2018).

Tijdens het coderingsproces worden mogelijk ook nieuwe thema's zichtbaar die niet in de oorspronkelijke beleidstheorie voorkomen. Deze worden als a posteriori codes toegevoegd. Voorbeelden hiervan zijn: verwachtingsdruk op de digicoach, onduidelijkheid over rolafbakening, overloop met bestaande werkstructuren en tijdsgebrek bij collega's.

Alle interviews worden volledig getranscribeerd en gecodeerd met behulp van ATLAS.ti. De fragmenten worden gecategoriseerd volgens het ICMO-model en vervolgens gegroepeerd rond de mechanismen. De analyse spitst zich toe op de wisselwerking tussen mechanismen en context: hoe bepaalde contextuele factoren de werking van digicoaching versterken, beperken of verhinderen. Op deze manier wordt nagegaan in hoeverre de praktijkervaringen overeenkomen met de oorspronkelijke beleidstheorie, en waar deze eventueel bijstelling nodig heeft.

3.4 Betrouwbaarheid en validiteit

Om de betrouwbaarheid te waarborgen, is gewerkt met een vaste topiclijst en een uniforme werkwijze. Alle interviews zijn opgenomen, getranscribeerd en gecontroleerd op juistheid. De analyse is systematisch uitgevoerd met consistente codering en transparante documentatie.

De validiteit is versterkt via triangulatie: er zijn interviews gehouden met diverse actoren, waaronder digicoaches, zorgverleners en CMIO's (Denzin, 2017). Voorlopige bevindingen zijn besproken met respondenten via member checking. De Normalization Process Theory en het ICMO-model dienden als toetsingskaders voor interne consistentie.

Kwalitatieve interviews leveren contextgebonden resultaten, die niet statistisch generaliseerbaar zijn. Wel wordt gestreefd naar analytische generalisatie: het ontwikkelen van verklarende inzichten die toepasbaar zijn in vergelijkbare situaties (Denzin, 2017). Variatie in functies en contexten versterkt de relevantie en overdraagbaarheid van de bevindingen.

3.5 Ethiek en privacy

Het onderzoek wordt uitgevoerd conform de Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit (KNAW et al., 2018). Alle deelnemers worden vooraf schriftelijk geïnformeerd over het doel, de werkwijze en hun rechten, en geven expliciet informed consent voor deelname en opname. Interviews worden geanonimiseerd en opgeslagen op beveiligde servers van de Erasmus Universiteit. De gegevens zijn alleen toegankelijk voor de onderzoeker en de begeleider en worden niet gedeeld met derden zonder toestemming van de deelnemer. De volledige privacyverklaring en het informed consentformulier zijn opgenomen in de bijlagen.

4. Resultaten.

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd, gebaseerd op semigestructureerde interviews met huisartsen, praktijkondersteuners, digicoaches en beleidsfunctionarissen. De analyse is gestructureerd rond de vier mechanismen uit de Normalization Process Theory (NPT): coherentie, cognitieve participatie, collectieve actie en reflexieve monitoring (May et al., 2009). Deze indeling maakt het mogelijk om gericht te beschrijven hoe digicoaches bijdragen aan digitale verandering, en welke contextfactoren daarbij een rol spelen.

De resultaten worden ondersteund met citaten uit de interviews en toegelicht aan de hand van herkenbare praktijksituaties. Eerst wordt de beginsituatie vóór de inzet van digicoaches geschetst, gevolgd door een thematische uitwerking van de vier mechanismen. Tot slot wordt in paragraaf 4.6 gereflecteerd op de onderlinge samenhang tussen de mechanismen en de bredere context waarin zij optreden.

Hoewel de analyse per mechanisme is opgebouwd, wijzen de interviews erop dat deze in de praktijk niet los van elkaar functioneren of eenduidig tot één specifieke uitkomst leiden. Integendeel: betekenisgeving, betrokkenheid, handelen en leren blijken voortdurend op elkaar in te grijpen, afhankelijk van de omstandigheden waarin digicoaches opereren.

4.1 Beginsituatie en inbedding van digicoaches

Voor de invoering van digicoaching ontbrak in veel huisartsenpraktijken een formeel aanspreekpunt voor digitale ondersteuning. Digitale vragen kwamen vaak terecht bij toevallig handige collega's, zonder dat daar structuur of continuïteit in zat. Zoals een huisarts het omschrijft:

"Soms was er een bijdehante assistente die iets oppakte, maar er was niet echt een geformaliseerd aanspreekpunt." (Respondent 7)

Deze informele aanpak leidde tot frustratie en afhankelijkheid. Digivaardige collega's liepen vast doordat zij steeds weer benaderd werden voor hulp. Respondent 5 noemt dit de zogeheten "Sjaak":

"Meestal was er één collega die alle digitale vragen oploste, de zogeheten 'Sjaak'. Maar dat is niet duurzaam." (Respondent 5)

Bovendien heerste er onder medewerkers een zekere terughoudendheid om hun digitale onkunde toe te geven. In plaats van hulp te vragen, vermeden zij technologische toepassingen liever.

"Ook speelde een taboe een rol: medewerkers spraken liever niet over hun digitale onkunde. Daardoor bleef het probleem vaak onder de oppervlakte sudderen." (Respondent 5)

De verschillen in digitale vaardigheden binnen teams waren groot. Een enkeling experimenteerde met digitale innovaties, terwijl anderen al moeite hadden met basisfuncties. Respondent 6 merkt hierover op:

"De veranderingen volgen zich snel op, en de één is flexibeler dan de ander, wat niet alleen leeftijdsgebonden is, maar ook te maken heeft met flexibiliteit in denken." (Respondent 6)

Tegelijkertijd stond de digitalisering niet stil. Onder druk van nieuwe technologieën, maar vooral ook door de COVID-19-pandemie, werd digitale zorg versneld uitgerold. Praktijken kregen te maken met patiëntportalen, e-consulten en beeldbellen. Respondent 8 beschrijft hoe dit leidde tot terughoudendheid bij veel medewerkers:

“We waren eigenlijk een beetje op zoek naar een manier: hoe kunnen we nou die praktijken erbij betrekken? Want ja, er gebeurt tegenwoordig gewoon zoveel en alles gaat zo snel. En de werkdruk is natuurlijk al heel hoog.” (Respondent 8)

Binnen deze context ontstond de behoefte aan structurele ondersteuning op de werkvloer. Regionale organisaties en projectleiders besloten digicoaches op te leiden: medewerkers uit het team zelf, met affiniteit voor technologie, die hun collega's konden begeleiden. Respondent 5 benadrukt waarom deze inbedding essentieel is:

“Die collega op de werkvloer, die hulp biedt, die ben ik uiteindelijk de digicoach gaan noemen.” (Respondent 5)

Digicoaches werden in de beginfase geselecteerd uit bestaande teamleden zoals doktersassistenten of praktijkondersteuners. Ze volgden vaak een korte opleiding en werkten gemiddeld twee uur per week aan digitale begeleiding.

“De meeste digicoaches bij ons zijn toch echt doktersassistenten. En die zijn gewoon mega praktisch.” (Respondent 9)

Zo kreeg digicoaching vorm als een laagdrempelige interventie: een collega die bereikbaar is, meedenkt en praktische hulp biedt bij digitale vernieuwing. Deze eerste fase van inbedding vormde de basis voor verdere structurele verankering van digitale innovatie in de huisartsenpraktijk.

4.2 Coherentie: betekenisgeving en het herkennen van toegevoegde waarde

Binnen de Normalization Process Theory verwijst coherentie naar het proces waarin professionals betekenis toekennen aan een innovatie: begrijpen wat het is, waarom het waardevol is, en hoe het past binnen de dagelijkse praktijk (May et al., 2009). Uit de interviews blijkt dat deze betekenisgeving vaak moeizaam verloopt. Zorgverleners zien nieuwe digitale systemen geregeld als extra belasting, zeker wanneer het nut ervan niet duidelijk is. Zoals een huisarts het formuleert:

“Soms moet je streng zijn: geen briefjes meer accepteren. Digitaliseren is nodig om zorg toegankelijk te houden.” (Respondent 3)

Sommigen zijn zelfs terughoudend vanwege angst of onzekerheid. Een digicoach merkt op:

"Er zijn altijd mensen die veranderingen spannend vinden. Sommige collega's zijn angstig dat ze fouten maken of iets kapot maken." (Respondent 6)

In dit stadium is de rol van de digicoach cruciaal. Door abstracte systemen te vertalen naar concrete voordelen op de werkvloer, maken zij digitale toepassingen begrijpelijk en relevant. Zo beschrijft een huisarts:

"De digicoach kan dan uitleggen waarom iets handig is voor de werkdruk, voor de patiëntenzorg, of voor hun eigen gemak." (Respondent 6)

De praktische uitleg van een digicoach sluit beter aan bij de dagelijkse realiteit dan algemene instructies van buitenaf. Volgens de landelijke opleider:

“Digitale starters die ik interviewde, gaven vrijwel unaniem aan: "Als ik digitaal vaardiger wil worden, wil ik het liefste een collega op de werkvloer die me helpt." Iemand die vragen kan beantwoorden, in de zorgtaal spreekt en me helpt om het zelf te doen. Geen computercursussen of e-learningen.” (Respondent 5)

De herkenbaarheid van het probleem is een tweede voorwaarde voor coherentie. Wanneer een digitale oplossing inspeelt op een bestaande frustratie, zoals lange telefoontijden, ontstaat sneller een draagvlak:

"De digicoach kan een checklist maken of kleine workshops geven. Daardoor gaat het echt leven binnen het team." (Respondent 6)

Tegelijkertijd is coherentie kwetsbaar. Tijdsdruk en gebrek aan ruimte blijken belangrijke obstakels voor betekenisgeving. Een respondent benadrukt dat een digicoach pas effectief kan zijn wanneer die ingebed is in het team en structureel tijd krijgt:

“Een effectieve digicoach is iemand die het team goed kent, op de werkvloer werkt en tijd krijgt voor deze rol. Minder effectief is het als de digicoach alleen komt te staan of onvoldoende steun krijgt van de praktijkhouder. Verandering moet je samen doen.”

(Respondent 2)

Ook schaamte speelt een rol. Digicoaches signaleren dat collega's zich in het begin ongemakkelijk voelen bij het stellen van vragen:

“Er zijn altijd mensen die veranderingen spannend vinden. Sommige collega's zijn angstig dat ze fouten maken of iets kapot maken. Maar meestal gaat het meer om onzekerheid dan om echte onwil. Door de ondersteuning van de digicoach wordt die drempel lager. Ze maakt het veilig om vragen te stellen.” (Respondent 6)

Wanneer coherentie wél tot stand komt, spreken respondenten over een “klikmoment” of “het kwartje dat valt”. Het besef dat digitalisering daadwerkelijk helpt, vormt vaak het startpunt van gedragsverandering. Zoals een respondent het verwoordt:

“Een mooi voorbeeld: in een praktijk wilde men een nieuw patiëntenportaal invoeren. Er was veel weerstand. De praktijkmanager heeft toen samen met de digicoach voorgesteld om het portaal een maand uit te proberen. Na die maand bleek dat het echt tijdwinst opleverde, waardoor de weerstand verdween.” (Respondent 5)

Coherentie is daarmee niet slechts een stap in implementatie, maar een sociaal proces dat actief begeleid moet worden. Digicoaches blijken hierin effectief, mits zij ruimte krijgen voor coaching, herhaling en maatwerk in hun ondersteuning.

4.3 Cognitieve participatie: betrokkenheid en gedeeld eigenaarschap

Cognitieve participatie binnen de Normalization Process Theory verwijst naar de manier waarop professionals zich actief verbinden aan een innovatie. Het gaat om motivatie, gedeeld eigenaarschap en de bereidheid om samen te werken aan de integratie van nieuwe praktijken (May et al., 2009). In dit onderzoek staat centraal in hoeverre digicoaches bijdragen aan het versterken van deze betrokkenheid, en onder welke voorwaarden dit wel of niet lukt.

Uit meerdere interviews blijkt dat het initiëren van betrokkenheid geen vanzelfsprekend proces is. Vooral huisartsen blijken in sommige gevallen terughoudend om actief deel te nemen aan digitale vernieuwing. Zij geven aan zich verantwoordelijk te voelen voor de medische inhoud, maar niet automatisch voor de digitale inrichting van de praktijk. Het volgende citaat geeft dit weer.

"Als die huisartsen niet zo digital minded is, dan is het voor een digicoach wel lastig om stappen te kunnen zetten." (Respondent 9)

Digicoaches herkennen dit patroon, maar benadrukken dat het niet altijd onwil is. Het gaat vaak om prioriteitstelling en beperkte capaciteit. Volgens een digicoach is het belangrijk om kleine, haalbare stappen te formuleren:

"Bijvoorbeeld door naast een collega te gaan zitten en samen stap voor stap door een proces te lopen." (Respondent 5)

Respondenten signaleren verschillen tussen functiegroepen. Digicoaches zelf zijn doorgaans enthousiast en taakgericht, praktijkondersteuners zijn wisselend betrokken, huisartsen zijn vaker kritisch, vanuit hun eindverantwoordelijkheid en overzicht op de lange termijn. Zoals een respondent opmerkt:

"Huisartsen kijken toch inderdaad veel meer zakelijk." (Respondent 9)

Deze verschillen in houding lijken samen te hangen met de positie en verantwoordelijkheden binnen het team. Digicoaches en praktijkondersteuners bevinden zich dicht bij de uitvoering en ervaren dagelijks de praktische voordelen van digitalisering. Zij richten zich vaker op directe verbetering van werkprocessen en zijn daardoor sneller positief over nieuwe toepassingen. Huisartsen daarentegen dragen de eindverantwoordelijkheid voor de medische zorg en praktijkvoering. Hun kritische houding komt voort uit zorg over risico's, continuïteit en de samenhang met bredere organisatiedoelen. Hierdoor beoordelen zij innovaties vaker op langetermijneffecten, terwijl ondersteuners eerder kijken naar haalbaarheid en directe bruikbaarheid.

Cognitieve participatie ontstaat vooral wanneer zorgverleners zich gezien en ondersteund voelen. Digicoaches dragen hieraan bij door nabijheid en informele

ondersteuning. De drempel om hulp te vragen is lager bij een bekende collega dan bij een externe trainer.

“Laagdrempeligheid is belangrijk: een collega die op de vloer werkt en het team meeneemt.”
(Respondent 3)

In deze rol bouwen digicoaches vertrouwen op. Dat vertrouwen blijkt een belangrijke voorwaarde voor motivatie: zodra collega's ervaren dat ze geholpen worden zonder oordeel, ontstaat ruimte om zelf stappen te zetten. Zoals een respondent opmerkt:

“De digicoach zorgt ervoor dat mensen zich minder alleen voelen in het leerproces. Ze biedt hulp op maat, waardoor collega's durven te oefenen en fouten mogen maken. Dat versterkt de onderlinge betrokkenheid enorm.” (Respondent 6)

Hoewel de intrinsieke motivatie van zorgverleners belangrijk is, wijzen meerdere respondenten op de noodzaak van structurele randvoorwaarden. Zonder formeel mandaat of zichtbare steun van het management blijft betrokkenheid vrijblijvend. Dit kan leiden tot frustratie bij zowel de coach als de rest van het team:

“Een digicoach kan wel willen veranderen, maar zonder mandaat en steun van hogerop wordt dat heel lastig.” (Respondent 7)

Tijd is eveneens cruciaal. In praktijken waar structureel ruimte wordt gemaakt, bijvoorbeeld via teamoverleggen of vaste inloopmomenten, ontstaat een cultuur waarin actieve betrokkenheid de norm wordt. In andere praktijken blijft het bij incidentele ondersteuning, waardoor digitale ontwikkeling minder duurzaam wordt geborgd.

Wanneer cognitieve participatie uitblijft, stopt het adoptieproces. Digicoaches geven aan dat collega's dan blijven hangen in afwachtend gedrag of digitale systemen vermijden. Dit leidt tot ongelijkheid binnen teams: sommigen nemen het voortouw, anderen blijven afhankelijk:

“Dat er heel veel niveauverschil zit tussen mensen. En dat mensen soms met een verkeerde verwachting starten: sommigen denken dat ze in één klap de hele praktijk gaan veranderen, terwijl het vaak om kleine stapjes gaat.” (Respondent 7)

Sommige coaches proberen in zo'n situatie zelf het verschil te maken, maar lopen dan aan tegen grenzen in hun bevoegdheden en tijd. Volgens een respondent is het dan belangrijk om open te blijven communiceren:

“Veel in gesprek blijven. Begrijpen waar de weerstand zit en laten zien wat de voordelen zijn, dat werkt meestal het beste.” (Respondent 7)

De resultaten laten zien dat digicoaches bijdragen aan cognitieve participatie wanneer zij functioneren binnen een veilig leerklimaat, over voldoende mandaat beschikken en ruimte krijgen voor relationele ondersteuning. Betrokkenheid ontstaat niet vanzelf, maar moet zorgvuldig worden opgebouwd. In de volgende paragraaf wordt verkend hoe deze betrokkenheid zich vertaalt in daadwerkelijke handelingen en het gebruik van technologie in de praktijk, het mechanisme van collectieve actie.

4.4 Collectieve actie: daadwerkelijk gebruik in de praktijk

Het mechanisme collectieve actie verwijst binnen NPT naar het proces waarin een innovatie niet alleen wordt begrepen (coherentie) of ondersteund (cognitieve participatie), maar ook daadwerkelijk in de praktijk wordt gebracht. Het gaat hier om de uitvoering: het inzetten, toepassen en samenwerken rondom digitale technologie in het dagelijks werk (May et al., 2009). In dit onderzoek staat centraal hoe digicoaches zorgverleners ondersteunen bij deze praktische implementatie en wat maakt dat dit al dan niet lukt.

Digicoaches worden in vrijwel alle interviews omschreven als laagdrempelig, nabij en praktisch. Zij staan letterlijk naast collega's tijdens het gebruik van digitale systemen en helpen bij concrete toepassingen zoals patiëntenportalen, slimme telefonie of online herhaalrecepten. Zoals een respondent het verwoordt:

“De ondersteuning van de digicoach is veel laagdrempeliger en praktischer. Iemand naast je die even meekijkt.” (Respondent 6)

Deze directe ondersteuning verlaagt de drempel om nieuwe technologieën daadwerkelijk te gaan gebruiken. Juist in een drukke praktijkomgeving blijkt deze vorm van begeleiding cruciaal. In zulke situaties is directe hulp vaak effectiever dan uitgebreide instructies of

handleidingen: wanneer iemand meeloopt en actief aanwijzingen geeft, verloopt het leerproces sneller en soepeler.

Hoewel digicoaching zich zelden richt op grote systeemveranderingen, zijn het vaak de kleine aanpassingen die het verschil maken. Meerdere respondenten noemen verbeteringen in bereikbaarheid, vermindering van administratieve handelingen en efficiënter gebruik van bestaande software. Zoals een respondent opmerkt:

“Slimme telefonie en terugbelverzoeken werken vaak rustgevend en efficiënt.” (Respondent 3)

Deze ogenschijnlijk eenvoudige verbeteringen dragen bij aan werkplezier en verminderen frustraties. Digicoaches worden daarbij gezien als verbindende figuren die problemen signaleren en snel oplossen of doorspelen.

Toch stuiten digicoaches ook op grenzen. In situaties waar collega's onvoldoende tijd of motivatie hebben, blijft het bij incidenteel gebruik zonder structurele inbedding. Zoals een digicoach opmerkt:

“Ja, bijvoorbeeld door nieuwe medewerkers vanaf het begin mee te nemen in de digitale werkwijze. Dan voorkom je dat ze vasthouden aan oude gewoontes. We zeggen bij de introductie al: ‘Hier werken we digitaal.’” (Respondent 6)

Daarnaast blijken technische of organisatorische problemen het proces te kunnen frustreren. In sommige gevallen komt een systeem niet goed overeen met de werkprocessen, waardoor het gebruik wordt ontmoedigd. Respondenten geven aan dat applicaties soms omslachtiger zijn dan eerdere werkwijzen, of dat systemen niet goed met elkaar communiceren:

“Veel systemen zijn niet goed met elkaar geïntegreerd. Huisartsinformatiesystemen verschillen sterk en werken vaak niet prettig samen met andere applicaties. Dit belemmert digitalisering.” (Respondent 2)

Ook kleine verslechtingen in gebruiksgemak kunnen grote impact hebben op de bereidheid tot adoptie:

“Laagdrempelige ondersteuning voorkomt dat mensen in paniek raken of afhaken. Dat is heel belangrijk, zeker als je wilt dat iedereen meekomt in de digitalisering.” (Respondent 6)

Dergelijke ervaringen illustreren dat technologische innovaties alleen effectief zijn als ze daadwerkelijk aansluiten bij het dagelijkse werkproces van zorgverleners.

Contextuele factoren bepalen in sterke mate of collectieve actie tot stand komt. Werkdruk, gebrek aan tijd of onvoldoende prioritering door management blijken vaak belemmerend. In praktijken waar expliciet ruimte wordt gecreëerd voor ondersteuning, blijkt de implementatie van technologie succesvoller:

“Je stuurt iemand die naar die training om dan vervolgens ook wel echt tijd in te bouwen. Ook al is het maar een uur per week en in ieder geval dat ze gewoon echt tijd krijgen van oké, nu ga jij iets doen voor jouw rol als digicoach.” (Respondent 8)

Ook teamcultuur speelt een belangrijke rol. In teams waar digitale ontwikkeling collectief wordt gedragen, is de kans groter dat handelingen overgaan in routine. Een ondersteunende cultuur wordt gekenmerkt door onderlinge betrokkenheid, gedeeld eigenaarschap en een positieve houding van leidinggevend. Zoals één respondent benadrukt:

“Cultuur is enorm bepalend. Als de leidinggevende positief is over innovatie, werkt dat aanstekelijk. Maar als de praktijkhouder zelf niet digitaal vaardig is of geen prioriteit geeft aan digitalisering, dan is het bijna onmogelijk om medewerkers mee te krijgen.” (Respondent 6)

In praktijken waar elke medewerker voor zich werkt of waar leidinggevend terughoudend zijn, blijft de toepassing versnipperd.

Een terugkerend punt in de interviews is de vraag wat er gebeurt als de digicoach er (tijdelijk) niet is. In zulke gevallen vallen collega's vaak terug op oude gewoonten of vragen blijven liggen. Dit wijst op de kwetsbaarheid van de interventie en op het feit dat collectieve actie nog niet volledig verankerd is.

“Zonder digicoach blijven ideeën vaak hangen op beleidsniveau. De digicoach vertaalt beleid naar de praktijk: hoe gebruik je iets echt op de werkvloer?” (Respondent 6)

Wanneer de digicoach tijdelijk afwezig is, blijkt vaak dat collega's minder initiatief nemen of terugvallen op oude routines. De afhankelijkheid van de digicoach laat zien dat structurele inbedding nog niet overal is bereikt.

De oorzaak hiervan lijkt tweeledig. Enerzijds worden digicoaches vaak gezien als enige aanspreekpunt voor digitalisering, waardoor andere teamleden zich minder verantwoordelijk voelen. Zoals één respondent zegt:

“Ja, vraag het maar de digicoach, want die is hiervan. Ja, dat werkt dus niet.” (Respondent 9)

Anderzijds blijkt de kracht van de digicoach juist te schuilen in hun herkenbaarheid en dagelijkse nabijheid binnen het team:

“Ja, ik denk dat het zeker uitmaakt wie de digicoach is. Hoewel hiërarchie de laatste jaren wat is versoepeld, kan ik me voorstellen dat als de digicoach een arts is, sommige mensen toch een drempel ervaren om daar contact mee op te nemen. Daarom denk ik dat een assistente beter geschikt is voor dit soort taken.” (Respondent 11)

Hoewel dit de effectiviteit op korte termijn vergroot, maakt het teams tegelijkertijd kwetsbaar als deze spilfiguur wegvalt. Zolang kennis en verantwoordelijkheid niet breder gedeeld worden, blijft de interventie sterk persoonsgebonden.

Collectieve actie komt vooral tot stand door nabijheid, praktische begeleiding en herhaling. Digicoaches blijken hierin effectief, zolang de context dit ondersteunt. Tegelijk laat de afhankelijkheid van individuele coaches zien dat structurele borging nog niet overal gerealiseerd is. In de volgende paragraaf wordt ingegaan op hoe reflectie, feedback en leren bijdragen aan het verduurzamen van deze veranderingen — het mechanisme van reflexieve monitoring.

4.5 Reflexieve monitoring: reflectie en aanpassing van de aanpak

Reflexieve monitoring verwijst binnen NPT naar het proces waarbij betrokkenen voortdurend reflecteren op de voortgang en impact van een interventie. Dit mechanisme helpt niet alleen om de effectiviteit van de implementatie te beoordelen, maar zorgt er ook voor dat er bijgestuurd kan worden indien nodig (May et al., 2009). In de context van dit onderzoek

speelt reflexieve monitoring een belangrijke rol bij het begrijpen van de veranderingen in de werkwijze van zorgprofessionals, de effectiviteit van digicoaches, en de aanpassing van digitale technologieën aan de praktijk.

Digicoaches nemen in veel gevallen een actieve rol op zich in de reflectie over de implementatie van digitale technologie. Door hun frequente interactie met zorgverleners kunnen zij signalen oppikken, knelpunten bespreken en zo bijdragen aan verbetering van de aanpak. Zoals een digicoach het zelf omschrijft:

“Vooraf door goed te luisteren. Ik probeer collega’s een luisterend oor te bieden en leg tegelijkertijd uit dat we als organisatie bezig zijn met verandering.” (Respondent 10)

De reflexieve ruimte die digicoaches creëren is essentieel voor het aansteken van veranderingen en het verkrijgen van inzichten over wat werkt in de praktijk.

Uit de interviews blijkt dat, door de feedback van digicoaches, er daadwerkelijk aanpassingen plaatsvinden in de werkprocessen. Reflectie en bewustwording spelen hierin een belangrijke rol. Soms is het nodig om afstand te nemen van vertrouwde routines om ruimte te maken voor nieuwe werkwijzen. Zoals een digicoach opmerkt:

“Veranderen is namelijk niet makkelijk. Mensen moeten afscheid nemen van gewoontes en vaste patronen, en dat voelt soms bijna als een soort rouwproces. Daar ben ik me bewust van. En ik denk dat, doordat we daar samen bij stilstaan, we uiteindelijk stappen kunnen maken.” (Respondent 10)

Hoewel reflexieve monitoring een krachtig mechanisme is, blijkt uit verschillende interviews dat het in de praktijk vaak niet voldoende wordt benut. De druk van het dagelijkse werk zorgt ervoor dat zorgverleners niet altijd de ruimte nemen om hun ervaringen structureel te evalueren. Zoals een respondent aangeeft:

“Geef de digicoach meer ruimte om iets te doen met de feedback die ze krijgen. En misschien ook niet slechts één, maar twee digicoaches per locatie, zodat er altijd iemand beschikbaar is als de ander er niet is of het druk heeft.” (Respondent 11)

Meerdere respondenten geven aan dat er aan het einde van een drukke werkdag vaak onvoldoende tijd of energie overblijft voor reflectie. Hierdoor worden evaluatiemomenten

uitgesteld, wat structurele verbetering van digitale werkprocessen belemmert.

Tijdgebrek blijkt een belangrijke belemmering te zijn voor reflexieve monitoring. Als er geen gelegenheid is om door te praten over wat werkt en wat niet, blijft de doorontwikkeling van digitale werkprocessen achter. Het gebrek aan tijd voor reflectie heeft impact op de effectiviteit van de digicoach als tussenpersoon tussen het digitale systeem en de zorgpraktijk.

Vanuit het perspectief van de digicoaches blijkt dat de mate van steun vanuit het management cruciaal is voor het succes van reflexieve monitoring. Wanneer het management geen actieve rol speelt in de reflectie over digitale werkprocessen, is het moeilijker om veranderingen duurzaam door te voeren. Zoals een respondent aangeeft:

“Die is cruciaal. Als het management niet achter de digicoach staat, wordt het vrijblijvend. Je moet het echt ondersteunen, bijvoorbeeld door tijd vrij te maken voor overlegmomenten en om successen te vieren.” (Respondent 6)

De sleutel tot een succesvolle implementatie van digitale tools ligt volgens verschillende respondenten in het systematisch bijsturen en evalueren van het proces. Wanneer reflectie geen structureel onderdeel is van het werk, blijft de verbetering kwetsbaar. Zoals een respondent opmerkt:

“Meestal was er één collega die alle digitale vragen oploste, de zogeheten ‘Sjaak’. Maar dat is niet duurzaam. Als die collega uitvalt of vertrekt, ontstaat er paniek.” (Respondent 5)

Reflexieve monitoring speelt een cruciale rol in het versterken van de digitale implementatie. De continue reflectie zorgt voor bijsturing en optimalisatie, maar wordt sterk belemmerd door de dagelijkse werkdruk en het gebrek aan tijd. Daarnaast is de steun vanuit het management essentieel voor de verankering van reflexieve monitoring in de organisatiecultuur.

4.6 Samenhang, perspectieven en contextuele voorwaarden

Hoewel de vier mechanismen van de Normalization Process Theory in dit onderzoek afzonderlijk zijn besproken, blijkt uit de interviews dat ze in de praktijk sterk met elkaar verweven zijn. Coherentie, cognitieve participatie, collectieve actie en reflexieve monitoring

zijn niet lineair of losstaand, maar grijpen voortdurend op elkaar in. Wanneer één van deze mechanismen hapert, loopt vaak het gehele proces van digitale implementatie vast.

Verskillende respondenten geven aan dat het begrijpen van het nut van een technologie (coherentie) essentieel is om überhaupt gemotiveerd te raken om het te gebruiken (participatie), wat weer een voorwaarde is voor daadwerkelijk gebruik (actie) én structurele doorontwikkeling (monitoring). Een respondent vat dit treffend samen:

“Zodra het me goed wordt uitgelegd, zal ik het nut beter begrijpen en actiever gebruiken.”
(Respondent 11)

De interviews laten zien dat de werking van deze mechanismen sterk afhankelijk is van de context. Factoren zoals werkdruk, teamcultuur, digitale basisvaardigheden, en vooral managementsteun bepalen in hoeverre digicoaches succesvol zijn in het ondersteunen van verandering. In teams met weinig onderlinge communicatie of een sterke hiërarchie blijkt het moeilijker om verandering te realiseren.

“Als het management geen prioriteit geeft aan digitale ontwikkeling, dan voelt een digicoach zich alleen staan. Dan blijft het initiatief vaak hangen bij een paar enthousiastelingen.”
(Respondent 5)

Op de vraag of digicoaches een noodzakelijke en voldoende voorwaarde zijn voor digitale transformatie, geven de interviews een afgewogen beeld. De aanwezigheid van een digicoach blijkt vaak noodzakelijk om barrières te doorbreken, zeker in praktijken waar digitale kennis ontbreekt of het leren stagneert. Tegelijkertijd is het niet voldoende: zonder organisatorische inbedding en continue ondersteuning is het effect van digicoaching tijdelijk en kwetsbaar.

“Zonder structurele inbedding blijft alles vrijblijvend. De leidinggevende moet sturen en zorgen dat digitale vaardigheden in de hele organisatie geborgd zijn. Ook moet een digicoach daar uren voor krijgen. Als iemand het ‘erbij’ moet doen, duurt het veel te lang voordat er echte verandering komt.” (Respondent 5)

In de interviews worden duidelijke verschillen zichtbaar tussen de perspectieven van

huisartsen en digicoaches. Digicoaches beschouwen zichzelf als motiverende verbinders, gericht op praktische verbetering. Huisartsen daarentegen kijken vaker naar het grotere plaatje en voelen zich verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg. Sommige huisartsen uiten scepsis over de schaalbaarheid of duurzaamheid van digicoaching, terwijl digicoaches vooral denken in kleine stappen en directe oplossingen:

“Digicoaches zijn vaak erg enthousiast. Huisartsen zijn wat terughoudender, waarschijnlijk omdat zij eindverantwoordelijk zijn voor de praktijk.” (Respondent 7)

De incrementele en oplossingsgerichte aanpak van digicoaches blijkt effectief voor het verlagen van drempels, maar roept tegelijk de vraag op of gebruikers hierdoor voldoende gestimuleerd worden om zelfstandig met digitalisering om te gaan. Mogelijk draagt deze aanpak, ook in goed functionerende teams, bij aan blijvende afhankelijkheid van de digicoach. Dit spanningsveld vraagt om verdere reflectie op de rol van coaching in duurzame gedragsverandering.

Juist deze verschillende perspectieven zijn van belang om succesvol verandering te realiseren. Digicoaches kunnen verandering van onderop stimuleren, maar hebben rugdekking nodig van huisartsen die het bredere organisatiebelang bewaken. Omgekeerd zijn huisartsen vaak afhankelijk van digicoaches om veranderingen daadwerkelijk doorgevoerd te krijgen binnen het team.

Deze wisselwerking tussen formele verantwoordelijkheid en informele overdracht van werkwijzen sluit aan bij wat Denis (2007) beschrijft als *“la prescription ordinaire”*: regels of innovaties worden pas effectief wanneer zij via dagelijkse interactie, herhaling en contextgebonden vertaling hun weg vinden in de praktijk. Digicoaches vervullen daarin de rol van ‘relais prescriptifs’, zij zorgen voor de circulatie en verankering van digitale werkwijzen in het team, vaak buiten formele structuren om.

De resultaten laten zien dat de vier mechanismen onderling verbonden zijn en functioneren binnen een complex geheel van contextuele factoren. Digicoaching is effectief wanneer het gepaard gaat met gedeelde verantwoordelijkheid, voldoende tijd en ruimte voor reflectie, en actieve steun vanuit het management. De kracht van digicoaches ligt in nabijheid en vertrouwen, maar hun effectiviteit staat of valt met structurele inbedding en samenwerking met de rest van het team. Digitale transformatie blijkt daarmee niet het resultaat van één losse interventie, maar van een voortdurend samenspel van betekenisgeving, motivatie, handelen en leren. De onderstaande tabel biedt een overzicht van de vier mechanismen uit de

Normalization Process Theory, met per mechanisme een samenvatting van het kernproces, de belangrijkste contextfactoren, noodzakelijke voorwaarden voor succesvolle werking, en een vergelijking van de perspectieven van huisartsen en digicoaches.

De bevindingen uit Figuur 4 bevestigen grotendeels de theoretische structuur zoals weergegeven in het ICMO-model (Figuur 1). Zoals verwacht spelen contextfactoren zoals tijd, werkdruk en teamcultuur een cruciale rol bij het activeren van sociale mechanismen zoals coherentie en collectieve actie. Tegelijkertijd verdiepen en nuanceren deze resultaten het theoretische model. Zo blijkt uit de interviews dat mechanismen sterk afhankelijk zijn van specifieke interventies van digicoaches, zoals praktische begeleiding en reflexieve monitoring, wat in de theoretische weergave (Figuur 1) minder expliciet naar voren kwam. Bovendien laat dit onderzoek zien dat nabijheid en relationele aspecten van digicoaches bepalend zijn voor het succesvol activeren van de mechanismen. Dit benadrukt dat implementatieprocessen niet alleen rationeel, maar vooral sociaal en interactief van aard zijn.

Mechanisme	Kernproces	Belangrijke contextfactoren	Voorwaarden voor werking	Perspectieven huisarts vs. digicoach
Coherentie	Zorgverleners begrijpen en herkennen het nut van digitale technologie.	Aansluiting op knelpunten, praktische voorbeelden, veilige leeromgeving.	Tijd voor uitleg, herhaling, laagdrempelige ondersteuning.	Huisarts: nut moet duidelijk zijn. Digicoach: vertaalt naar concrete voordelen.
Cognitieve participatie	Zorgverleners voelen zich betrokken en verantwoordelijk.	Leerklimaat, ruimte voor motivatie, zichtbare steun.	Vertrouwen, bevoegdheden, nabijheid van de coach.	Huisarts: tijd en prioriteit cruciaal. Digicoach: focus op motiveren en samendoen.
Collectieve actie	Digitale toepassingen worden daadwerkelijk ingezet.	Werkdruk, teamcultuur, concrete toepassingen.	Structurele ondersteuning, praktische begeleiding.	Huisarts: focus op werkbaarheid. Digicoach: richt zich op directe hulp en herhaling.
Reflexieve monitoring	Zorgverleners reflecteren op gebruik en passen werkwijze aan.	Tijd voor reflectie, managementsteun, overlegmomenten.	Ruimte voor feedback, terugkoppeling van ervaringen.	Huisarts: ziet noodzaak tot evaluatie. Digicoach: haalt signalen op, zoekt verbetering.

Figuur 4: Tabel: Overzicht samenhang tussen mechanismen, context en perspectieven.

5. Discussie en Conclusie.

In dit hoofdstuk worden de bevindingen geplaatst binnen het theoretisch kader van de Normalization Process Theory en het ICMO-model. De nadruk ligt op de wisselwerking tussen context, interventie en sociale processen die technologiegebruik vormgeven. Vervolgens wordt gereflecteerd op de implicaties voor beleid, praktijk en methode, met afsluitend een samenvatting en aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

5.1 ICMO als versterking van NPT in context

De resultaten laten zien dat de vier mechanismen uit de Normalization Process Theory; coherentie, cognitieve participatie, collectieve actie en reflexieve monitoring, zich niet afzonderlijk of in vaste volgorde ontwikkelen. In de praktijk beïnvloeden ze elkaar, overlappen ze deels, en zijn ze sterk afhankelijk van de context waarin ze tot stand komen. Zoals eerder uitgelegd in hoofdstuk 2, biedt NPT een raamwerk om deze sociale processen binnen implementatie te begrijpen. Wat dit onderzoek laat zien, is dat deze processen pas betekenisvol worden wanneer ze geplaatst worden binnen een specifieke praktijkomgeving.

Hierin blijkt het ICMO-model een waardevolle aanvulling. In plaats van NPT te vervangen, biedt ICMO een manier om te analyseren wanneer en waarom deze mechanismen al dan niet worden geactiveerd. Door de interactie tussen interventie, context, mechanisme en uitkomst in samenhang te beschouwen, ontstaat een vollediger beeld van wat implementatie in de huisartspraktijk succesvol maakt. Zo werd in sommige praktijken duidelijk dat het ontbreken van teamruimte, managementsteun of vertrouwen in de digicoach het proces van normalisatie blokkeerde, zelfs wanneer de interventie op papier aanwezig was.

Daarmee bevestigen de bevindingen dat context geen achtergrondvariabele is, maar een bepalende factor die richting geeft aan hoe mechanismen zich ontwikkelen. Het ICMO-model maakt deze dynamiek zichtbaar en helpt verklaren waarom ogenschijnlijk vergelijkbare interventies uiteenlopende effecten kunnen hebben. Door NPT binnen een ICMO-benadering te plaatsen, wordt de verklarende kracht van beide modellen vergroot.

5.2 Beperkingen van NPT, de rol van macht en structurele factoren

Uit de resultaten blijkt dat de effectiviteit van digicoaching niet alleen wordt bepaald door de interventie zelf, maar in belangrijke mate afhankelijk is van contextuele factoren. Praktijken met ruimte voor leren, duidelijke ondersteuning door leidinggevenden en onderlinge

samenwerking lieten vaker positieve uitkomsten zien. In deze contexten ontstonden condities waarin mechanismen zoals betrokkenheid en betekenisgeving daadwerkelijk tot stand konden komen. Tegelijkertijd liet het onderzoek zien dat in afwezigheid van zulke voorwaarden, dezelfde interventie weinig effect had.

In aanvulling op wat NPT verklaart, maakt het ICMO-model inzichtelijk dat context en interventie samen mechanismen mogelijk maken of juist blokkeren. Dat betekent ook dat mechanismen als collectieve actie of reflexieve monitoring pas ontstaan wanneer zorgverleners zich gesteund en erkend voelen. Cruciaal daarbij is de formele positionering van de digicoach. Wanneer deze rol onvoldoende is ingebed in de organisatie, ontbreekt vaak de bevoegdheid om knelpunten aan te kaarten of structurele verandering te stimuleren.

Daarmee raakt dit onderzoek aan een aspect dat binnen NPT relatief onderbelicht blijft: machtsverhoudingen. Hoewel NPT aandacht heeft voor samenwerking en gedeeld eigenaarschap, biedt het weinig aanknopingspunten om te analyseren hoe institutionele logica, hiërarchieën of organisatiecultuur invloed uitoefenen op implementatieprocessen. In dit onderzoek kwam bijvoorbeeld naar voren dat digicoaches vaak als collega onder collega's opereerden, zonder formele steun of duidelijke bevoegdheid. Dit beperkte hun effectiviteit, ondanks inhoudelijke deskundigheid of enthousiasme.

Om dit analytisch gat te overbruggen, kunnen aanvullende theoretische perspectieven worden ingezet. De Structuratietheorie van Giddens (1984) biedt bijvoorbeeld aanknopingspunten om te analyseren hoe individueel handelen en institutionele structuren elkaar wederzijds beïnvloeden. Ook de Institutionele Theorie (Scott, 2013) kan relevant zijn om te begrijpen hoe formele normen, professionele logica en organisatorische legitimiteit de ruimte bepalen waarin digicoaches opereren. Het integreren van deze machtsaspecten binnen een bredere contextuele analyse, zoals het ICMO-model mogelijk maakt, versterkt het verklarend vermogen van implementatieonderzoek. Het laat zien dat mechanismen niet alleen sociaal en psychologisch zijn, maar ook ingebed in structurele en institutionele verhoudingen.

5.3 Methodologische reflectie

Binnen realist evaluation wordt de onderzoeker gezien als iemand die betekenisvolle patronen en verklaringen probeert af te leiden uit praktijkervaringen. Pawson en Tilley (1997) stellen dat respondenten experts zijn van hun eigen praktijk, terwijl de onderzoeker deze ervaringen duidt binnen een bredere context. In dit onderzoek betekende dat dat respondenten ICMO-

samenstellingen beoordeelden vanuit hun eigen perspectief, terwijl de onderzoeker probeerde deze in verband te brengen met onderliggende mechanismen en theoretische concepten. Hoewel deze benadering sterke verklarende kracht heeft, kent realist evaluation ook beperkingen. Door te werken met vooraf ontwikkelde aannames bestaat het risico dat de analyse vooral bevestigt wat al verondersteld werd, een fenomeen dat bekend staat als confirmation bias (Flyvbjerg, 2006). Dit risico vraagt om voortdurende reflexiviteit, zowel bij het opstellen van interviewvragen als bij het interpreteren van uitspraken. In dit onderzoek betekende dat bijvoorbeeld het kritisch bevragen van aannames over ‘vertrouwen’ als voorwaarde voor verandering: gaat het om relationeel vertrouwen tussen collega’s, of om vertrouwen in systemen? Ook ‘betekenisgeving’ moest worden verduidelijkt: bedoelen respondenten daarmee rationele overtuiging, of juist gedeeld begrip binnen het team?

Daarnaast is er kritiek dat realist evaluation weinig ruimte laat voor benaderingen waarin machtsverhoudingen, taalgebruik of institutionele spanningen centraal staan. Eakin et al. (1996) wijzen erop dat realist evaluation gebaseerd is op een onderliggende kennisopvatting die uitgaat van een objectieve en verklaarbare werkelijkheid. Dit staat tegenover een constructivistische benadering, waarin juist wordt benadrukt dat werkelijkheid sociaal geconstrueerd is, mede gevormd door perspectieven, taalgebruik en machtsrelaties. In praktijken waar digicoaching afhankelijk is van formele status of hiërarchische erkenning, is het belangrijk dat zulke dimensies niet slechts als context, maar als analytisch uitgangspunt worden meegenomen. Hoewel realist evaluation deze structuren wel benoemt, ontbreekt vaak de ruimte om hun dynamiek en invloed fundamenteel te analyseren.

De onderzoeker speelt in dit alles een actieve rol. De eigen positionering, theoretische achtergrond en interpretatiekaders hebben invloed op de data-analyse. Door deze rol expliciet te maken, en niet te doen alsof interpretaties neutraal of objectief zijn, kan de transparantie van het onderzoeksproces worden vergroot (Pawson & Tilley, 1997).

Samengevat biedt realist evaluation een bruikbare structuur voor het begrijpen van implementatieprocessen, maar vraagt het tegelijk om aanvulling met andere perspectieven. Constructivistische of kritisch-discursieve benaderingen, zoals die van Eakin et al. (1996), kunnen juist aspecten van macht, betekenis en context blootleggen die buiten de scope van configuraties zoals ICMO vallen. Zij benadrukken hoe discursieve praktijken en institutionele structuren invloed uitoefenen op gedrag, perceptie en de verdeling van zeggenschap, aspecten die in realist evaluation vaak impliciet blijven, maar essentieel zijn in implementatieonderzoek binnen complexe zorgomgevingen.

5.4 Beleidsimplicaties

De bevindingen van dit onderzoek benadrukken dat succesvolle implementatie van digitale innovaties in de huisartspraktijk niet uitsluitend afhankelijk is van de interventie zelf, maar van de context waarin deze wordt toegepast. Beleidsmaatregelen die vooral inzetten op scholing of instructie schieten tekort als zij geen oog hebben voor werkdruk, teamcultuur en organisatorische ondersteuning.

Digicoaching blijkt alleen effectief wanneer zorgverleners zich gesteund voelen, de rol van de digicoach duidelijk gepositioneerd is, en er ruimte is voor leren, samenwerking en reflectie. In praktijken waar deze voorwaarden ontbreken, raken mechanismen als betrokkenheid en collectieve actie moeilijk geactiveerd. Beleidsmakers doen er daarom goed aan niet alleen de inhoud van de interventie te ontwerpen, maar ook de condities waarin die tot uiting moet komen zorgvuldig te faciliteren.

Dit vraagt om een verschuiving van generiek beleid naar maatwerk per praktijk. In plaats van uniforme uitrol van interventies, is het zinvoller om praktijk-specifieke contexten serieus te nemen en implementaties daarop af te stemmen. Door het implementatieproces als contextueel en iteratief te benaderen, kunnen interventies realistischer worden ontworpen, beter begeleid, en duurzamer ingebed in de zorgpraktijk, wat resulteert in een betere zorg.

5.5 Suggesties voor vervolgonderzoek

Het ICMO-model bood houvast om de wisselwerking tussen interventie, context, mechanismen en uitkomsten systematisch te analyseren. Tegelijkertijd bleek dat structurele factoren zoals machtsverhoudingen en hiërarchie sterk van invloed zijn op de effectiviteit van digicoaching. Deze aspecten worden in de Normalization Process Theory nauwelijks behandeld, en verdienen in toekomstig onderzoek nadrukkelijker aandacht. Aanvullende theoretische kaders, zoals kritisch institutionalisme of structuratietheorie, zouden kunnen bijdragen aan een vollediger begrip van de institutionele voorwaarden voor succesvolle implementatie. Deze benaderingen maken het mogelijk om stil te staan bij hoe formele regels, rolverdeling en sociale structuren de ruimte voor gedragsverandering beïnvloeden. In de context van digicoaching betekent dit bijvoorbeeld aandacht voor de formele positie, mandatering en erkenning van de digicoach in de organisatie.

Ook de positie van de onderzoeker vraagt blijvende reflectie. De inzet van vooraf ontwikkelde samenstellingen zoals ICMO-configuraties biedt structuur, maar kan ook leiden tot bevestiging van bestaande aannames. Vervolgonderzoek zou kunnen verkennen hoe realist

evaluation zich verhoudt tot meer constructivistische of kritisch-discursieve benaderingen, die andere aspecten van praktijkverandering belichten. Deze perspectieven maken onder meer zichtbaar hoe taalgebruik, culturele opvattingen en machtsdynamieken invloed uitoefenen op implementatieprocessen, en kunnen daarmee bijdragen aan een meer genuanceerde analyse van verandering binnen zorgorganisaties (Eakin et al., 1996).

Samengevat laat dit onderzoek zien dat digicoaching bijdraagt aan digitale transformatie wanneer deze ingebed is in een context die sociale mechanismen zoals coherentie, participatie en collectieve actie mogelijk maakt. De inzet van het ICMO-model maakt zichtbaar hoe juist de wisselwerking tussen interventie en context bepalend is voor succes.

Literatuurlijst.

Atkinson, R., & Flint, J. (2001). Social research update. *Department of Sociology, University of Surrey*, 33.

Bijleveld, C. (2023). *Research Methods for Empirical Legal Studies: An Introduction - ELS Academy*. ELS Academy. <https://elsacademy.nl/research-methods-for-empirical-legal-studies-an-introduction/>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

CMIO Netwerk Eerste Lijn. (2022). *Manifest IT in de huisartsenzorg*.

Davis, F. D. (1989). Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology. *MIS Quarterly*, 13(3), 319–340.
<https://doi.org/10.2307/249008>

De Boer, J., & Bosman, Q. (2018). Toekomst digitalisering eerstelijnszorg Huisartsen.

Denis, J. (2007). La prescription ordinaire: Circulation et énonciation des règles au travail. *Sociologie Du Travail*, 49, 496–513.

Denzin, N. K. (2017). The Research Act. In *Routledge eBooks*.
<https://doi.org/10.4324/9781315134543>

Digitaal Vaardig. (2021). *Wat is een digicoach? - Digivaardiginezorg*. Digivaardiginezorg.
<https://www.digivaardiginezorg.nl/wat-is-een-digicoach/>

Digitaal Vaardig. (2023). “De digicoaches hebben al 90 procent van de medewerkers kunnen helpen in een jaar”. Digivaardiginezorg. <https://www.digivaardiginezorg.nl/de-digicoaches-hebben-al-90-procent-van-de-medewerkers-kunnen-helpen-in-een-jaar/>

- Eakin, J., Robertson, A., Poland, B., Coburn, D., & Edwards, R. (1996). Towards a critical social science perspective on health promotion research. *Health Promotion International*, 11(2), 157–165.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about Case-Study research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219–245. <https://doi.org/10.1177/1077800405284363>
- Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. Univ of California Press.
- Greenhalgh, T., Wherton, J., Papoutsis, C., Lynch, J., Hughes, G., A’Court, C., Hinder, S., Fahy, N., Procter, R., & Shaw, S. (2017). Beyond Adoption: A New Framework for Theorizing and Evaluating Nonadoption, Abandonment, and Challenges to the Scale-Up, Spread, and Sustainability of Health and Care Technologies. *Journal Of Medical Internet Research*, 19(11), e367. <https://doi.org/10.2196/jmir.8775>
- Joseph, J., Moore, Z. E. H., Patton, D., O’Connor, T., & Nugent, L. E. (2020). The impact of implementing speech recognition technology on the accuracy and efficiency (time to complete) clinical documentation by nurses: A systematic review. *Journal Of Clinical Nursing*, 29(13–14), 2125–2137. <https://doi.org/10.1111/jocn.15261>
- KNAW; NFI; NWO; TO2-federatie; Vereniging Hogescholen; VSNU (2018): *Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit*. DANS. <https://doi.org/10.17026/dans-2cj-nvwu>
- Lennon, M. R., Bouamrane, M., Devlin, A. M., O’Connor, S., O’Donnell, C., Chetty, U., Agbakoba, R., Bikker, A., Grieve, E., Finch, T., Watson, N., Wyke, S., & Mair, F. S. (2017). Readiness for Delivering Digital Health at Scale: Lessons From a Longitudinal Qualitative Evaluation of a National Digital Health Innovation Program in the United Kingdom. *Journal Of Medical Internet Research*, 19(2), e42. <https://doi.org/10.2196/jmir.6900>

May, C. R., Cummings, A., Girling, M., Bracher, M., Mair, F. S., May, C. M., ... & Finch, T. (2018). Using normalization process theory in feasibility studies and process evaluations of complex healthcare interventions: a systematic review. *Implementation science*, 13, 1-27.

May, C. R., Mair, F., Finch, T., MacFarlane, A., Dowrick, C., Treweek, S., ... & Montori, V. M. (2009). Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. *Implementation science*, 4, 1-9.

McEvoy, R., Ballini, L., Maltoni, S., O'Donnell, C. A., Mair, F. S., & MacFarlane, A. (2014). A qualitative systematic review of studies using the normalization process theory to research implementation processes. *Implementation Science*, 9(1).
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-2>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022). *Informatieplan VWS 2023-2027*. Rapport | Rijksoverheid.nl.
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2022/10/10/dicio-1038977-b-informatieplan-vws-2023-2027>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2024). *Wegiz: elektronische gegevensuitwisseling voor goede zorg*. Over Ons | Zorginstituut Nederland.
<https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/werkwijzen-en-procedures/bevorderen-kwaliteit-en-inzichtelijkheid-van-de-zorg/wegiz#:~:text=Vanaf%201%20juli%202023%20geldt,zorggegevens%20elektronisch%20uit%20te%20wisselen>.

Murray, E., Treweek, S., Pope, C., MacFarlane, A., Ballini, L., Dowrick, C., Finch, T., Kennedy, A., Mair, F., O'Donnell, C., Ong, B. N., Rapley, T., Rogers, A., & May, C.

(2010). Normalization process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions. *BMC Medicine*, 8(1).

Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. SAGE Publications.

Rijnmond Dokters. (2025). *Digicoach opleiden – Rijnmond Dokters*.

<https://rijnmonddokters.nl/ondersteuning-op-de-praktijk/digicoach-opleiden-6716>

Scott, W. R. (2013). *Institutions and organizations: Ideas, interests, and identities*. Sage publications.

Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. D. (2003). User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View. *MIS Quarterly*, 27(3), 425–478.
<https://doi.org/10.2307/30036540>

Bijlage 1: Topiclijst Realistische Interviews: Digicoaches in de Huisartsenzorg

De onderstaande topiclijst is opgebouwd volgens het ICMO-model en geïnformeerd door de Normalization Process Theory (NPT). Deze lijst wordt gebruikt als leidraad tijdens de semi-gestructureerde interviews en dient om inzicht te verkrijgen in de werking van digicoaching binnen de huisartsenzorg.

Algemene introductievragen:

- Kunt u iets vertellen over uw functie en achtergrond?
- Wat is uw persoonlijke ervaring met digicoaching?
- Wat is uw betrokkenheid bij de inzet van digicoaches (als digicoach, trainer, huisarts, praktijkondersteuner)?

Beginsituatie (voordat digicoaches werden ingezet):

- Hoe verliep de digitalisering binnen uw praktijk voordat digicoaches werden ingezet?
- Wat waren de grootste problemen of uitdagingen met betrekking tot digitale innovaties voordat er ondersteuning van digicoaches was?
- Kunt u concrete situaties geven waarin digitale toepassingen problemen opleverden?

Realistic Interviewing vragen: Hieronder volgt een aantal concrete mechanismen, interventies en contextfactoren gebaseerd op de theoretische aannames. Wilt u aan de hand van uw praktijkervaring toelichten of en hoe deze voor u herkenbaar zijn?

Interventie (I): De inzet en werkwijze van digicoaches:

- De theorie stelt dat digicoaches vooral effectief zijn door praktische en persoonlijke begeleiding te geven. Herkent u dit in uw praktijk? Kunt u dit toelichten met een concreet voorbeeld?
- Digicoaches zouden volgens de theorie vooral succesvol zijn als zij structureel ondersteund worden door het management. Is dit in uw ervaring inderdaad essentieel?

Context (C): Omgevingsfactoren die invloed hebben op digicoaching:

- De theorie geeft aan dat werkdruk een belangrijke contextfactor is voor het al dan niet slagen van digicoaching. Heeft werkdruk in uw praktijk inderdaad invloed op het functioneren van digicoaches? Kunt u een concreet voorbeeld geven?

- Is de organisatiecultuur binnen uw praktijk volgens u ondersteunend voor de inzet van digicoaches? Hoe beïnvloedt dit hun effectiviteit?

Mechanismen (M): Sociale processen gekoppeld aan digicoaches (NPT):

Coherentie:

- De theorie stelt dat digicoaches zorgen voor een duidelijker begrip van de toegevoegde waarde van digitale systemen. Kunt u een situatie beschrijven waarin dit voor u of collega's het geval was?

Cognitieve participatie:

- Volgens de theorie zorgen digicoaches ervoor dat zorgverleners actiever deelnemen aan digitale innovaties. Heeft u hier een concreet voorbeeld van uit uw praktijk?

Collectieve actie:

- De theorie stelt dat digicoaches praktische ondersteuning bieden waardoor zorgverleners digitale systemen zelfstandig kunnen gebruiken. Is dit herkenbaar? Heeft u situaties meegemaakt waarin dit minder goed werkte?

Reflexieve monitoring:

- Volgens de theorie helpen digicoaches om feedback te verzamelen en daarmee het gebruik van technologie te verbeteren. Heeft u voorbeelden waarin dit daadwerkelijk is gebeurd?

Uitkomsten (O): Effecten van digicoaches:

- Welke concrete veranderingen merkt u sinds de inzet van digicoaches in uw dagelijkse werk?
- Kunt u voorbeelden geven waarin het werk dankzij digicoaching efficiënter is geworden?
- Heeft digicoaching geleid tot een afname van weerstand tegen digitale systemen? Heeft u concrete situaties die dit illustreren?

Verschillen tussen perspectieven:

- Merkt u verschillen in hoe huisartsen, praktijkondersteuners en digicoaches naar digitale innovaties kijken? Kunt u hier voorbeelden van geven?

- Hoe verschillen volgens u de ervaringen en behoeftes van huisartsen en praktijkondersteuners als het gaat om ondersteuning van digicoaches?

Barrières en uitdagingen:

- Wat zijn volgens u de belangrijkste obstakels die digicoaches ervaren bij het uitvoeren van hun taken?
- Kunt u een voorbeeld geven van een situatie waarin digicoaching niet effectief bleek, en wat was volgens u de reden daarvan?

Evaluatie en effectmeting:

- Hoe worden de resultaten van digicoaching geëvalueerd in uw praktijk? Welke indicatoren worden gebruikt om succes te meten?
- Hoe zou u zelf bepalen of de inzet van digicoaches geslaagd is? Welke criteria vindt u belangrijk?

Leerervaringen en verbeterpunten:

- Wat zijn belangrijke lessen geweest in het werken met digicoaches volgens uw ervaring?
- Welke verbeterpunten ziet u nog in de manier waarop digicoaching wordt ingezet?

Afsluiting:

- Zijn er nog andere relevante zaken omtrent digicoaches die u wilt benoemen of toevoegen?

Deze topiclijst dient als richtlijn. Tijdens het interview wordt flexibel doorgevraagd afhankelijk van de antwoorden van de respondent en de relevantie voor het beleidsonderzoek.

Bijlage 2: INFORMED CONSENTFORMULIER

De rol van digicoaches in de digitale transformatie van de huisartsenzorg

Onderzoeker: Diederik Gielen

Begeleider: Prof. Dr. Peter Mascini

Afdeling: Sociologie, Erasmus Universiteit Rotterdam

Contactgegevens onderzoeker: 510350dg@student.eur.nl

Contactgegevens EUR Data Protection Officer: privacy@eur.nl

1. Doel van het onderzoek

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een wetenschappelijk onderzoek naar de rol van digicoaches bij de implementatie van digitale innovaties in de huisartsenzorg. Dit onderzoek richt zich op de ondersteuning die digicoaches bieden, de factoren die hun effectiviteit beïnvloeden en de belemmeringen en kansen bij digitale transformatie in de eerstelijnszorg.

2. Wat houdt deelname in?

Indien u instemt met deelname, wordt u gevraagd om deel te nemen aan een **interview van ongeveer 30-60 minuten**. Dit gesprek zal plaatsvinden op locatie of online via teams, wat voor u het beste uitkomt, en wordt, indien u toestemming geeft, opgenomen voor analyse. Tijdens het interview wordt u gevraagd naar uw ervaringen met digitalisering en de rol van digicoaches in uw praktijk.

3. Vrijwilligheid en rechten van de deelnemer

- Uw deelname is **volledig vrijwillig**. U kunt op elk moment zonder opgaaf van reden besluiten om niet deel te nemen of uw deelname stop te zetten.
- U heeft het recht om uw gegevens in te zien, te corrigeren of te laten verwijderen.
- U heeft het recht om uw toestemming op elk moment in te trekken zonder negatieve gevolgen.
- Indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de **EUR Data Protection Officer** via privacy@eur.nl of een klacht indienen bij de **Autoriteit Persoonsgegevens**.

4. Vertrouwelijkheid en gegevensbescherming

- Uw gegevens worden **anoniem** verwerkt en vertrouwelijk behandeld.
- Uw naam of andere identificeerbare informatie zal niet in publicaties worden opgenomen.
- De verzamelde data worden **veilig opgeslagen op een beveiligde server van de Erasmus Universiteit** en worden maximaal **5 jaar** bewaard, conform de wetenschappelijke en ethische richtlijnen.
- Alleen de onderzoeker, de begeleider en de tweede lezer hebben toegang tot deze data.
- De gegevens zullen niet worden gedeeld met derden zonder uw expliciete toestemming.

5. Mogelijke risico's en voordelen

Er zijn geen bekende risico's verbonden aan deelname aan dit onderzoek. Uw bijdrage kan echter helpen bij het ontwikkelen van *betere ondersteuning voor zorgprofessionals in digitale transformaties*, wat beleidsmakers en zorgorganisaties kan helpen om effectievere strategieën te formuleren.

6. Toestemming

Door ondertekening van dit formulier geeft u aan dat:

- U de informatie hierboven heeft gelezen en voldoende geïnformeerd bent over het onderzoek.
- U *vrijwillig* instemt met deelname aan dit onderzoek.
- U toestemming geeft voor het opnemen en verwerken van uw gegevens zoals hierboven beschreven.

Naam deelnemer: _____

Handtekening: _____

Datum: ____ / ____ / 2025

Naam onderzoeker: __Diederik Gielen__

Handtekening onderzoeker: _____

Datum: ____ / ____ / 2025



Bijlage 3: PRIVACYVERKLARING.

De rol van digicoaches in de digitale transformatie van de huisartsenzorg

Onderzoeker: Diederik Gielen

Begeleider: Prof. Dr. Peter Mascini

Afdeling: Sociologie, Erasmus Universiteit Rotterdam

Contactgegevens onderzoeker: 510350dg@student.eur.nl

Contactgegevens EUR Data Protection Officer: privacy@eur.nl

1. Doel van gegevensverwerking

Dit onderzoek richt zich op de rol van digicoaches in de adoptie en implementatie van digitale innovaties in de huisartsenzorg. In het kader van dit onderzoek worden persoonsgegevens verzameld en verwerkt om inzichten te verkrijgen in de ervaringen van huisartsen en andere betrokkenen met digicoaches en digitale transformatie.

De verwerking van persoonsgegevens vindt plaats op basis van de **vrijwillige en geïnformeerde toestemming** van de deelnemers, conform de **Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)**.

2. Welke gegevens worden verzameld?

Voor dit onderzoek kunnen de volgende gegevens worden verzameld:

- **Algemene persoonsgegevens:** Naam (indien vrijwillig verstrekt), functie, werkervaring.
- **Interviewgegevens:** Opgenomen interviews en gespreksnotities.
- **Indien relevant:** Werk gerelateerde ervaringen met digitalisering en digicoaches.

Er worden **geen** bijzondere categorieën van persoonsgegevens verwerkt, zoals gezondheidsgegevens, etniciteit of politieke voorkeuren.

3. Hoe worden gegevens verwerkt en opgeslagen?

- Alle verzamelde gegevens worden **anoniem verwerkt** en geanonimiseerd zodra dit mogelijk is.

- De gegevens worden opgeslagen op een **beveiligde server van de Erasmus Universiteit Rotterdam** en zijn alleen toegankelijk voor de onderzoeker en de begeleider.
- Interviews worden met toestemming van de deelnemers opgenomen en uitgeschreven. De opnames worden na **1 jaar** verwijderd.
- De geanonimiseerde gegevens worden maximaal **5 jaar** bewaard, in lijn met de wetenschappelijke richtlijnen van de Erasmus Universiteit.

4. Wie heeft toegang tot de gegevens?

- Alleen de onderzoeker (Diederik Gielen) en de begeleider (Prof. Dr. Peter Mascini) hebben toegang tot de onderzoeksgegevens.
- De gegevens worden **niet gedeeld** met externe partijen zonder expliciete toestemming van de deelnemer.

5. Rechten van de deelnemer

Deelnemers hebben volgens de **AVG** de volgende rechten met betrekking tot hun gegevens:

- **Inzage** – U heeft het recht om uw gegevens in te zien.
- **Correctie** – U kunt uw gegevens laten corrigeren of aanvullen
- **Verwijdering** – U kunt op elk moment verzoeken om verwijdering van uw gegevens.
- **Beperking van verwerking** – U kunt vragen om de verwerking van uw gegevens tijdelijk stop te zetten.
- **Intrekken van toestemming** – U kunt uw toestemming op elk moment intrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw deelname aan het onderzoek.
- **Klachten indienen** – U kunt een klacht indienen bij de **EUR Data Protection Officer** via privacy@eur.nl of bij de **Autoriteit Persoonsgegevens**.

6. Contact en meer informatie

Voor vragen over deze privacyverklaring of de verwerking van uw gegevens kunt u contact opnemen met:

- **Onderzoeker:** Diederik Gielen – 510350dg@student.eur.nl
- **Begeleider:** Prof. Dr. Peter Mascini – mascini@essb.eur.nl
- **EUR Data Protection Officer:** privacy@eur.nl

Handtekening
Peter Mascini

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'P. Mascini', with a long horizontal stroke extending to the right.

Handtekening
Diederik Gielen.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'D. Gielen', with a large loop at the top and a long, sweeping stroke extending downwards and to the left.