



Beeldcommunicatie in de GGZ

Professionele afwegingen
in een veranderende zorgpraktijk

LECTORAAT ICT-INNOVATIES IN DE ZORG

12 mei 2014

COLOFON

Titel : Beeldcommunicatie in de GGZ
Ondertitel : Professionele afwegingen in een veranderende zorgpraktijk
Versie : 1.0
Datum : 12 mei 2014
Auteurs : Ruud Janssen, Marike Hettinga, Lian van der Krieke, Sjoerd Sytema

Christelijke Hogeschool Windesheim | Lectoraat ICT-innovaties in de Zorg
Campus 2-6 | Postbus 10090 | 8000 GB Zwolle | 088 469 99 11 www.windesheim.nl/onderzoek/onderzoeksthemas/ict

Dit is een uitgave van Christelijke Hogeschool Windesheim

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	1
1 Inleiding.....	2
De maatschappelijke urgentie van beeldbellen in de GGZ	2
Het dilemma van de GGZ-professional.....	2
De bijdrage van dit project	2
2 Vraagarticulatie.....	3
Het proces	3
De gesprekken in een notendop	3
De praktijkvraagstelling.....	3
3 Netwerkvorming	4
Gezamenlijke ambitie en doelstellingen.....	4
Samenstelling consortium: ambities, belangen, expertises, en rollen	4
Aansluiting op regionale speerpunten en landelijke initiatieven	5
Bijdrage aan de strategische doelstellingen van de hogescholen.....	5
Borging van de duurzaamheid van de netwerkvorming	5
4 Onderzoeksplan.....	6
4.1 State of the Art.....	6
Beeldbellen in de GGZ	6
Beleid en trends.....	6
Wetenschap.....	6
4.2 Onderzoeksvraag	8
Vraagarticulatie.....	8
Vertaling van praktijkvragen naar onderzoeksvragen	8
4.3 Methoden en beoogde resultaten	9
Dataverzameling.....	9
Analyse.....	9
Resultaten	10
4.4 Activiteitenplan.....	10
Fase 1: Beeldbellen vanuit het perspectief van de zorgontwerper [6 maanden].....	10
Fase 2: Beeldbellen vanuit de perspectieven van de zorgverlener en de coach [6 maanden]	11
Fase 3: Doorvertaling en validatie [9 maanden].....	11
Fase 4: Bouw van hulpmiddelen [9 maanden]	12
Planning van de onderzoeksfasen	12
Overige activiteiten	12
5 Projectorganisatie en management	14
5.1 Projectmanagement.....	14
5.2 Projectbemensing	14
Wetenschappelijk onderzoeksteam	14
Betrokken GGZ-professionals.....	15
5.3 Bestaande structuren en organisaties	15
eHNN & RGOc.....	15
Onderzoeksstructuur	15
Penvoerend lectoraat.....	15
5.4 SWOT-analyse en voorgenomen maatregelen.....	15
6 Bijlagen bij het projectvoorstel	16

6.1	Curriculum vitae van hoofdonderzoeker dr.ir. Ruud Janssen	16
6.2	Publicatieoverzicht van dr.ir. Ruud Janssen	16
	Artikelen in wetenschappelijke tijdschriften.....	16
	Artikelen in conferentie proceedings.....	17
	Boeken	17
7	Referenties	18

Samenvatting

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) staat, net zoals andere sectoren in de zorg, voor een grote maatschappelijke opgave: er moet fors bezuinigd worden terwijl de kwaliteit van de zorg gehandhaafd moet blijven. Verwacht wordt dat de inzet van beeldcommunicatie in de zorg hieraan een bijdrage kan leveren. Beeldcommunicatie is echter iets dat de zorgverleners 'overkomt': ze zijn er vanuit de genoten opleidingen niet of nauwelijks op toegerust, terwijl ze juist geoefend zijn om subtiele signalen te interpreteren die via beeldcommunicatie niet of veel moeilijker waarneembaar zijn. GGZ-zorgverleners zitten dus klem tussen de maatschappelijke opgave van bezuinigen enerzijds, en de verantwoordelijkheid die ze voelen voor hun cliënten anderzijds.

Uit een serie focusgroepgesprekken met GGZ-zorgverleners is gebleken dat het bovenstaande dilemma bij hen tot de volgende praktijkvragen leidt:

1. Hoe kunnen GGZ-zorgverleners beeldbellen integreren in hun zorgprogramma's en behandelplannen, en daarbij de kwaliteit van de zorg handhaven? Hoe kunnen ze het intensiever inzetten, of in complexere situaties?
2. Wat moeten ze meewegen wanneer ze de afweging maken om beeldbellen op een concreet moment of in een concrete situatie in te zetten? Hoe verandert de zorg erdoor, en is het dan verantwoord?
3. Hoe kunnen ze hun minder ervaren collega's overtuigen dat beeldbellen niet een verschraling is maar dat het een eigen meerwaarde kan hebben voor de zorg? Hoe kunnen ze hen helpen om dit te benutten?

Windesheim, Hanzehogeschool, het Rob Giel Onderzoekcentrum, de Universiteit van Amsterdam, het Zorg Innovatie Forum, en zeven GGZ-instellingen in Noord-Nederland hebben met dit project de ambitie om GGZ-zorgverleners te ondersteunen bij het effectief inpassen van beeldbellen in de eigen zorgverlening. Een eerste doelstelling die daarvoor bereikt moet worden, is het verkrijgen van kennis en inzichten over de vraag waarom het (intensiever) inzetten van beeldbellen voor de GGZ-zorgverleners nu zo moeilijk is. Een tweede doelstelling is het omzetten van deze kennis en inzichten in producten die recht doen aan de complexiteit van de GGZ-problematiek en daarnaast praktisch toepasbaar voor de drukbezette professional. Een derde doelstelling is het verrijken van de opleidingen Verpleegkunde van deelnemende hogescholen Windesheim en Hanzehogeschool met modules en minoren waarin de verworven kennis en producten zijn geïntegreerd.

1 Inleiding

De maatschappelijke urgentie van beeldbellen in de GGZ

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is met bijna 90.000 werknemers, ruim 800.000 cliënten, en een omzet van bijna 5,5 miljard euro één van de grootste sectoren binnen de zorg¹. Net als de gehele zorg, staat ook de GGZ voor een grote maatschappelijke opgave: er moet fors bezuinigd worden terwijl de kwaliteit van de zorg gehandhaafd moet blijven. De inzet van diverse vormen van e-mental health², waaronder beeldbellen, wordt gezien als een belangrijke bijdrage aan deze doelstelling: door afname van reistijd, het flexibeler inplannen van afspraken, en door bevordering van het zelfmanagement van de cliënt. Deze verwachtingen zijn inmiddels het uitgangspunt geworden voor beleid dat door overheden, zorgverzekeraars, en GGZ-instellingen is ingezet. Er worden concrete doelstellingen benoemd: consortiumpartner GGZ Noord-Holland-Noord, bijvoorbeeld, wil straks tenminste 20 procent van de contacten met cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen vervangen door beeldbellen.

Onderzoek naar de daadwerkelijke effecten van beeldbellen in de GGZ - in termen van besparingen en kwaliteitswinst - kan de hooggespannen verwachtingen echter nog niet bevestigen: de effecten die worden gevonden zijn niet eenduidig, en het 'waarom' van dit beeld wordt uit het gehanteerde type studies (grootschalige kwantitatieve effectstudies) niet duidelijk³. Bovendien blijkt in de praktijk dat veel pilots (waar vaak aanzienlijk in is geïnvesteerd) niet of nauwelijks 'beklijven'. Het enthousiasme onder zorgprofessionals lijkt beperkt, en hen wordt soms 'weerstand' en gebrek aan affiniteit met ICT verweten. Hoe dit komt, is eveneens niet goed onderzocht.

Het dilemma van de GGZ-professional

Vanuit het perspectief van de zorgverlener is het beeld heel anders. Beeldbellen 'overkomt' de zorgverlener, terwijl hij of zij er vanuit de genoten opleidingen niet of nauwelijks op is toegerust. GGZ-professionals zijn getraind om subtiele signalen als lichaamshouding en mimiek van een verwarde cliënt te interpreteren, of interactie tussen de leden in een 'probleemgezin': signalen die via beeldbellen niet of veel moeilijker waarneembaar zijn. De professionals weten dit of voelen dit aan, en worstelen met de vraag wat dit betekent voor de zorg die ze verlenen. Ze vragen zich af wat ze hierdoor aan signalen zullen missen, en waar beeldbellen wel en waar het niet meer verantwoord inzetbaar is. Deze zorgen verklaren voor een belangrijk deel hun huiver of gebrek aan enthousiasme voor het intensiever of breder inzetten van beeldbellen: ze hebben tenslotte een zorgplicht voor hun cliënten. Zo bezien is het heel begrijpelijk dat zorgverleners nog niet warm lopen voor beeldbellen, ook al zijn ze zich bewust van de maatschappelijke noodzaak van bezuinigingen.

GGZ-professionals zitten dus klem tussen de maatschappelijke opgave van bezuinigen enerzijds, en de verantwoordelijkheid die ze voelen voor hun cliënten anderzijds. In de vraagarticulatie in het volgende hoofdstuk zullen hun vragen hieromtrent nader worden toegelicht.

De bijdrage van dit project

In dit project hebben wij, een consortium van deskundige partijen onder leiding van het lectoraat ICT-innovaties in de Zorg van Windesheim, bovenstaande context en zorgen van de professionals als uitgangspunt genomen. Samen met GGZ-zorgverleners gaan we onderzoeken wat beeldbellen met de zorg 'doet': Wat zijn van tevoren, bij het ontwerpen van zorgprogramma's of het opstellen van individuele behandelplannen de verwachtingen ten aanzien van beeldbellen? Wat 'doet' beeldbellen nu eigenlijk met de zorg die wordt verleend, en hoe proberen zorgverleners daarmee om te gaan? En hoe kunnen de koplopers onder de GGZ-professionals hun minder ervaren collega's overtuigen en ondersteunen om met beeldbellen aan de slag te gaan?

Samen met GGZ-professionals proberen we zo antwoorden te vinden op de vragen die ten grondslag liggen aan de huiver of het gebrek aan enthousiasme. Niet om de zorgen weg te nemen, maar om zorgverleners inzicht en hulpmiddelen te bieden waarmee ze op een gefundeerde manier afwegingen kunnen maken om beeldbellen optimaal in te zetten in hun dagelijkse zorgverlening. Hiermee leveren we niet alleen een bijdrage aan het succes van beeldbellen in de zorg, maar vooral aan een omslag in het denken en handelen die GGZ-professionals (al dan niet in opleiding) in de komende jaren hoe dan ook zullen moeten gaan maken.



De deelnemers aan twee van de vier focusgroepgesprekken die ten behoeve van de vraagarticulatie zijn gehouden.

¹ Zie www.ggz nederland.nl/uploads/assets/GGZ%20Kerncijfers%20ggz.pdf. Cijfers betreffen 2010.

² E-mental health is het gebruik van ICT om de geestelijke gezondheid te ondersteunen.

³ Zie paragraaf 4.1, de State of the Art.

2 Vraagarticulatie

Het proces

In de inleiding is al aangegeven dat GGZ-zorgverleners met belangrijke vragen worden geconfronteerd wanneer zij beeldbellen proberen in te zetten als onderdeel van de door hen geboden zorg. We hebben deze vragen in vier focusgroepgesprekken samen met hen verder uitgediept⁴:

- op 3 maart bij Dimence in Deventer (met 3 zorgverleners IPG⁵);
- op 6 maart bij Dimence in Almelo (met 3 zorgverleners IPG);
- op 10 maart bij GGZ Drenthe in Hoogeveen (met 4 zorgverleners FACT⁶);
- en op 17 maart bij GGZ Noord-Holland-Noord in Alkmaar (met 9 zorgverleners, waarvan 6 FACT).

Alle deelnemende zorgverleners waren HBO-opgeleid. De gesprekken werden gemodereerd door twee onderzoekers van het lectoraat ICT-innovaties in de Zorg van Windesheim. De gesprekken zijn een rijke bron van praktijkvragen rondom beeldbellen gebleken; er is veel meer besproken dan we hier kunnen vermelden. De vragen die de zorgverleners naar voren brachten, kunnen worden verdeeld in technische vragen, organisatorische vragen, en zorginhoudelijke vragen. Met name deze laatste vragen zijn tijdens de gesprekken samen met de zorgverleners uitgediept.

De gesprekken in een notendop

Dat beeldbellen 'iets' doet met de zorg, staat buiten kijf voor de zorgverleners waarmee we hebben gesproken. Dit wordt goed geïllustreerd door de volgende uitspraken:

- *"Beeldbellen blijft toch wat oppervlakkiger, je mist de diepere laag, bepaalde signalen."*
- *"Als je beeldbelt dan ben je functioneler, zakelijker, doelgericht; er is letterlijk en figuurlijk meer afstand."*
- *"Bij het gezin thuis zie je de interacties en de mensen bij elkaar. Waar gaan ze zitten, hoe staan de spullen, hoe staan de gezichten, wat doet de puberdochter op de achtergrond?"*
- *"Mensen zijn thuis meer op hun gemak en meer zichzelf dan bij beeldbellen. Je zit in hún territorium, je bent er te gast."*

De professionals waarmee we hebben gesproken, geven aan dat ze steeds vaker te maken hebben met complexe situaties, omdat enkelvoudige vragen steeds vaker in de eerstelijnszorg worden opgevangen. Er leven vragen bij hen omtrent de geschiktheid van beeldbellen voor deze situaties:

- *"We krijgen steeds vaker de 'lastige' gevallen, met verslavingsproblematiek en multi-problemen. Is beeldbellen in die situaties nog wel inzetbaar?"*
- *"Wat doe je in situaties waar mogelijk mishandeling speelt? Je hebt dan een zorgplicht, maar door beeldbellen zou je dit wel kunnen missen."*

Tegelijkertijd zien de zorgverleners in dat ze beeldbellen steeds intensiever zullen moeten inzetten, niet alleen vanwege kostenbesparingen, maar ook om flexibeler aan te sluiten bij de behoefte van cliënten. Ze proberen hier zo goed mogelijk rekening mee te houden bij het ontwerp van zorgprogramma's en behandelplannen, maar ze hebben er ook vragen bij:

- *"De kracht van IPG zit hem in het in huis komen en het gezin zien. Hoe voorkomen we dat we die kracht verliezen?"*
- *"Beeldbellen is gefocust. Dat helpt voor doelgericht werken, maar in de fase van aftasten en analyseren is het minder geschikt."*
- *"Als er heldere doelen zijn dan werkt het, niet als er veel ruis en beweging is. Dan is beeldbellen veel moeilijker."*

Enthousiaste koplopers, die ervaring hebben opgedaan met beeldbellen en tot het inzicht zijn gekomen dat beeldbellen ook een meerwaarde kan hebben voor de zorg (bijvoorbeeld omdat het een laagdrempelige vorm van contact biedt, of omdat het kan worden ingezet bij het opbouwen van een zorgrelatie), geven daarnaast nog aan dat ze moeten opboksen tegen de perceptie onder hun collega's dat beeldbellen een 'ordinaire bezuiniging' is die alleen maar leidt tot een verschraling:

- *"We dachten zelf eerst ook 'dit is een verkapte bezuiniging' maar we hebben dit beeld moeten bijstellen."*
- *"We zoeken een objectieve partij die een eerlijk verhaal kan houden, want onze eigen positieve verhalen worden niet altijd geloofd."*

De praktijkvraagstelling

Kort samengevat worden GGZ-zorgverleners bij de inzet van beeldbellen geconfronteerd met de volgende zorginhoudelijke vragen:

1. Hoe kunnen GGZ-zorgverleners beeldbellen integreren in hun zorgprogramma's en behandelplannen, en daarbij de kwaliteit van de zorg handhaven? Hoe kunnen ze het intensiever inzetten, of in complexere situaties?
2. Wat moeten ze meewegen wanneer ze de afweging maken om beeldbellen op een concreet moment of in een concrete situatie in te zetten? Hoe verandert de zorg erdoor, en is het dan verantwoord?
3. Hoe kunnen ze hun minder ervaren collega's overtuigen dat beeldbellen niet een verschraling is maar dat het een eigen meerwaarde kan hebben voor de zorg? Hoe kunnen ze hen helpen om dit te benutten?

Deze drie vragen vormen tezamen de praktijkvraagstelling die het uitgangspunt is voor dit project.

⁴ Consortiumpartner Lentis heeft in een eerder stadium de praktijkvragen van GGZ-professionals geïnventariseerd via een enquête, deze vragen zijn in de praktijkvraagstelling meegenomen.

⁵ Intensieve Psychiatrische Gezinsbegeleiding, zie [www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Intensieve-Psychiatrische-Gezinsbehandeling-\(IPG\)](http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Intensieve-Psychiatrische-Gezinsbehandeling-(IPG)).

⁶ Flexible Assertive Community Treatment, zie www.movisie.nl/esi/flexible-assertive-community-treatment-fact.

3 Netwerkvorming

Het consortium dat dit onderzoek uitvoert, wordt aangevoerd door het lectoraat ICT-innovaties in de Zorg van Windesheim. Het bestaat uit twee hogescholen, zeven GGZ-instellingen, een Universitair Centrum Psychiatrie en een Universitair Medisch Centrum, en een netwerkorganisatie. Gezamenlijk beheersen deze organisaties alle aspecten van het project: onderzoek, ontwikkeling en evaluatie van hulpmiddelen, borging van resultaten in het onderwijs en de beroepspraktijk, en disseminatie.

Gezamenlijke ambitie en doelstellingen

De ambitie van dit consortium is om GGZ-zorgverleners te ondersteunen bij het effectief inpassen van beeldbellen in de eigen zorgverlening. Een eerste doelstelling die daarvoor bereikt moet worden, is het verkrijgen van kennis en inzichten over de vraag waarom het (intensiever) inzetten van beeldbellen voor de GGZ-zorgverleners nu zo moeilijk is. Een tweede doelstelling is het omzetten van deze kennis en inzichten in producten die recht doen aan de complexiteit van het de GGZ-problematiek en daarnaast praktisch toepasbaar voor de drukbezette professional. Een derde doelstelling is het verrijken van de opleidingen Verpleegkunde van Windesheim en de Hanzehogeschool met modules en minoren waarin de verworven kennis en producten zijn geïntegreerd.

Samenstelling consortium: ambities, belangen, expertises, en rollen

De ambities, belangen, expertises en rollen van de consortiumpartijen zijn weergegeven in onderstaande tabel:

Lectoraat ICT-innovaties in de Zorg, Windesheim	
Algemeen	Het hoofdthema van het penvoerend lectoraat is de structurele inbedding van ICT-innovaties in de zorg. Dit thema wordt al vanuit verschillende perspectieven onderzocht waaronder de problematiek rond levensvatbare business modellen, de complexe innovatieroutes in de zorg, en het evidence based maken van eHealth. Vanuit eerdere projecten die het lectoraat heeft uitgevoerd, zijn meerdere aanwijzingen gekomen dat de inhoud van zorg op microniveau verandert wanneer deze op afstand aangeboden wordt en dat dit mogelijk een rol speelt bij structurele inbedding van zorg op afstand.
Ambitie en belang	Het belang van het penvoerend lectoraat is het uitvoeren van onderzoek naar de veranderingen van de inhoud van telezorg en dit RAAK-Publiek project biedt hiervoor een rijke onderzoeksomgeving. Dit past binnen de ambitie van het lectoraat om een volwaardige onderzoekslijn neer te zetten op dit thema 'Inhoud van Telezorg'. Daarnaast is het voor de opleiding Verpleegkunde van Windesheim van belang dat kennis en producten uit dit project ingezet worden voor het speerpunt eHealth van het nieuwe curriculum.
Rol en expertise	Het lectoraat levert de projectleider en de leider van het wetenschappelijk onderzoeksteam. Daarnaast voert het lectoraat in alle fasen onderzoek uit en zorgt het voor kenniscirculatie en -disseminatie.
Lectoraat New Business & ICT, Hanzehogeschool	
Algemeen	Het lectoraat New Business & ICT draagt bij aan drie speerpunten van de Hanzehogeschool: ICT & Energie, ICT & Healthy Ageing, en ICT & Ondernemerschap. Dit gebeurt steeds met aandacht voor de zakelijke kant en het creëren van economische waarde. Het speerpunt Zorg & Technologie richt zich op onderzoek naar en ontwikkeling van succesvolle ICT-innovaties in de zorg. Speciale aandacht gaat uit naar gebruikersacceptatie en het ontwikkelen van duurzame business modellen voor alle partijen in een zorgketen.
Ambitie en belang	Het belang van het lectoraat is het uitvoeren van onderzoek naar en ontwikkeling van succesvolle ICT-innovaties in de zorg en naar het effect van deze innovaties op de zorg. Het binnen het consortium voorgenomen onderzoek naar de inhoud van zorg bij beeldbellen in de GGZ sluit direct aan op het promotieonderzoek naar effectiviteit van beeldbellen bij groepsinterventies binnen de GGZ en de geïndiceerde preventieve zorg dat momenteel binnen het lectoraat plaatsvindt. Daarnaast ligt er een belang bij de academie voor Verpleegkunde. Deze verkeert momenteel middenin de ontwikkeling van het assimeren van eHealth in haar curriculum. Eveneens nauw betrokken is het nieuwe lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek (vanaf september 2014) waarbinnen eHealth een plek krijgt.
Rol en expertise	Het lectoraat heeft ervaring in effectiviteitsonderzoek naar internetinterventies in de zorg en draait in alle fasen van het project mee in het onderzoek. Het lectoraat levert een (junior) onderzoeker en draagt bij aan kennisdisseminatie en kenniscirculatie ten aanzien van effectiviteitsonderzoek naar eHealth-interventies.
GGZ-instellingen	
Algemeen	Aan het consortium nemen zeven GGZ-instellingen deel. Deze instellingen zijn: GGZ Noord-Holland-Noord; GGZ Friesland; Lentis; GGZ Drenthe; Verslavingszorg Noord-Nederland; de Dimence Groep en Accare. De instellingen werken reeds samen in het Rob Giel Onderzoekcentrum (RGOc) en het eHealth Netwerk Noord-Nederland (eHNN).
Ambitie en belang	(zie onder eHealth Netwerk Noord-Nederland, hieronder)
Rol en expertise	(zie onder eHealth Netwerk Noord-Nederland, hieronder)
Rob Giel Onderzoekcentrum (RGOc)	
Algemeen	Het RGOc is een samenwerkingsverband van de zeven hierboven genoemde GGZ-instellingen en het Universitair Centrum Psychiatrie (UCP) van het UMCG. Het RGOc is in 2000 van start gegaan en heeft vanuit de GGZ-instellingen een structureel budget voor onderzoek. Het RGOc heeft als belangrijkste doel het doen van klinisch relevant wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de GGZ. Het onderzoek is ondergebracht in een aantal onderzoeksnetwerken (psychosen; angst en stemmingsstoornissen; ouderenpsychiatrie; eHealth), gecoördineerd door RGOc-onderzoekers en met betrokkenheid van UCP-hoogleraren. Hierin participeren tevens vertegenwoordigers van de GGZ-instellingen.
Ambitie en	Het RGOc heeft een onderzoeks- en disseminatiebelang specifiek gericht op de GGZ. Als trekker van het

belang	eHealth Netwerk Noord-Nederland (zie hieronder) heeft het RGOc belang bij versterking van het onderzoek op het gebied van eHealth-toepassingen in de GGZ.
Rol en expertise	Het RGOc beschikt over ruime ervaring in het doen van toegepast onderzoek binnen de GGZ, en neemt in alle projectfasen deel aan het onderzoek. Daarnaast beschikt het RGOc over onderzoekservaring met eHealth binnen de GGZ. Dit jaar verscheen een RGOc proefschrift over dit thema en een aantal internationale publicaties.
eHealth Netwerk Noord-Nederland (eHNN)	
Algemeen	Het eHNN is een van de onderzoeksnetwerken in het RGOc. De zeven betrokken GGZ-instellingen hebben allen vanuit de huidige maatschappelijke en beleidsontwikkelingen het grote belang om beeldbellen gemeengoed te laten worden. Het is daarom gekozen als een van de eerste onderzoeksthema's binnen het eHNN. Vier GGZ-instellingen uit het netwerk hebben inmiddels beeldbellen voor specifieke doelgroepen geïmplementeerd (GGZ Noord-Holland-Noord, Lentis, GGZ Drenthe, en de Dimence Groep) en ook het UCP werkt er al mee. De overige GGZ-instellingen zijn toegetreden tot het consortium omdat ook daar beeldbellen zal worden geïmplementeerd. Het ZIF (zie hieronder) helpt het RGOc met de organisatie en de inhoud van de netwerkbijeenkomsten.
Ambitie en belang	Het belang van de GGZ-instellingen die al beeldbellen toepassen, is het opdoen van kennis, inzichten en praktische producten die de zorgverleners ondersteunen bij het succesvol opschalen van pilotfase naar structureel gebruik. Het belang van de GGZ-instellingen die nog niet beeldbellen is het op voorhand leren van ervaringen en onderzoek om implementatie zo succesvol mogelijk te laten verlopen.
Rol en expertise	De GGZ-zorgverleners van de instellingen die al beeldbel-pilots uitvoeren, participeren actief in dit onderzoek door het geven van interviews, deelnemen aan focusgroepen, meewerken aan observaties en bijhouden van logboeken. De GGZ-instellingen die nog niet beeldbellen spelen met name een belangrijke rol in de borging van de resultaten en zijn dus ook zeer van belang.
Zorg Innovatie Forum (ZIF)	
Algemeen	Het ZIF is een samenwerkingsverband van 23 organisaties in Noord Nederland: zorgaanbieders, zorgverzekeraars, maatschappelijke organisaties, gemeenten en kennisinstellingen.
Ambitie en belang	Het ZIF inspireert en helpt partners bij vernieuwing, ontsluit kennis, en brengt organisaties bij elkaar met als doel: organiseer de zorg dichtbij mensen, toegankelijk, van hoge kwaliteit en betaalbaar. eHealth als instrument, en daarmee dit project, dragen bij om deze doelstellingen te realiseren.
Rol en expertise	Het ZIF is lid van het consortium vanwege hun ervaring in eerdere projecten, en levert een bijdrage aan borging en disseminatie van de resultaten en producten.
UvA/AMC	
Algemeen	Het onderzoek van Prof.dr. Jeannette Pols richt zich op de feitelijke en wenselijke manieren waarop technologie de zorg mede vormgeeft. Haar onderzoek en ook haar boek "Care at a distance. On the closeness of technology" (Pols, 2012) sluiten naadloos aan bij zowel de vraagstelling van dit project als de onderzoeksmethoden.
Ambitie en belang	Dit project voegt een nieuw domein toe aan het eerder uitgevoerde onderzoek van prof. Pols met daarnaast een doorvertaling van opgedane kennis naar de praktijk.
Rol en expertise	Prof. Pols beschikt over ervaring in het opzetten en uitvoeren van onderzoek in contexten die door ingebrachte innovaties aan verandering onderhevig zijn. Haar rol is die van adviserend expert.

Aansluiting op regionale speerpunten en landelijke initiatieven

- *eHealth Netwerk Noord-Nederland (eHNN)*: Netwerkvorming vindt plaats binnen en rond het eHNN. Het specifieke doel van dit netwerk is het doen van onderzoek op het gebied van eHealth-ontwikkelingen en -toepassingen in de GGZ. Het netwerk is van start gegaan in 2013 en organiseert driemaandelijks bijeenkomsten.
- *Health Innovation Park (HIP)*: In Zwolle e.o., de regio van de penvoerende hogeschool Windesheim, is zorginnovatie een belangrijk thema. Het HIP, dat op 1 januari 2014 van start is gegaan, heeft als doelstelling om zorginstellingen en innovatieve bedrijven in de regio Zwolle bij elkaar te brengen.
- *TechForFuture*, het Centre of Expertise HTSM Oost voortgekomen uit het topsectorenbeleid, heeft als één van de thema's Zorg & Technologie. Het lectoraat ICT-innovaties in de Zorg neemt met meerdere projecten deel aan dit CoE, waaronder het project Hightech@home.

Bijdrage aan de strategische doelstellingen van de hogescholen

- *Windesheim*: Intensieve samenwerking met het werkveld van opleiding past in het strategische beleid van Windesheim waarbij ICT en zorg twee centrale thema's zijn. eHealth is één van de twee speerpunten van het nieuw op te zetten curriculum van de opleiding Verpleegkunde. De resultaten van dit project gaan een belangrijke bijdrage leveren aan de invulling van dit speerpunt, hetgeen de taak is van het penvoerend lectoraat.
- *Hanzehogeschool*: Het doel van de Hanzehogeschool is om, binnen het strategische speerpunt Healthy Ageing en als onderdeel van de ambities van het CoE Healthy Ageing, eHealth te ontwikkelen tot een kennisgebied op internationaal niveau. De Hanzehogeschool ziet het functioneel en effectief inzetten van technologie in de zorg als een noodzakelijke aanvulling op het huidige curriculum van haar zorggerelateerde opleidingen.

Borging van de duurzaamheid van de netwerkvorming

In bovenstaande paragrafen is reeds aangegeven dat het eHNN een duurzaam karakter heeft en dat de betrokken GGZ-instellingen (zowel met als zonder ervaring met beeldbellen) belang hechten aan de uitkomsten van dit onderzoek. Bovendien is het doel van het netwerk om structureel onderzoek uit te voeren en dus vervolgonderzoek te formuleren op grond van de resultaten van dit project. Duurzaamheid wordt daarnaast ondersteund door zorgvuldige vraagarticulatie en vraagsturing. Zo is in het voortraject tijdens de focusgroepen niet alleen aandacht geweest voor de handelings-verlegenheid, maar is er ook al gevraagd naar gewenste inhoud en vorm van resultaten om een zo stevig mogelijke borging te creëren.

4 Onderzoeksplan

4.1 State of the Art

Beeldbellen in de GGZ

In de afgelopen jaren hebben de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg een flinke slag gemaakt met de invoering van e-mental health. Voor zover instellingen niet zelf hiertoe het initiatief hebben genomen, werden ze daar wel toe gestimuleerd door de zorgverzekeraars. De meeste zorgverzekeraars hebben een ondergrens vastgesteld die aangeeft welk percentage van de zorg minimaal met behulp van e-mental health geleverd moet worden. Deze ondergrens loopt per jaar op. Menzis heeft bijvoorbeeld vastgesteld dat over 2013 5% van de behandeltrajecten een component van e-mental health moest bevatten. Voor 2014 geldt dat tenminste 5% van de face-to-face contacten in de reguliere zorg in de specialistische GGZ en 10 tot 20% van de zorg in de basis-GGZ aantoonbaar gesubstitueerd moeten worden door e-mental health⁷.

E-mental health wordt binnen de GGZ op diverse manieren toegepast, zoals via digitale zelfhulpscreeners, zelfhulp psycho-educatiemodules, online en blended (d.w.z. gecombineerd online en face-to-face) cognitieve gedragstherapie, online diagnostische tools en emailcontact (o.a. Riper 2010, 2013). Een van de snelst ontwikkelende toepassingen is het gebruik van beeldcommunicatie in het behandelcontact (GGZ Nederland, 2013).

Beeldbellen wordt in de GGZ ingezet bij uiteenlopende doelgroepen (o.a. mensen met autisme, psychosen, angst- en dwangklachten, bij gezinnen met problemen en in de forensische setting), voor een variëteit aan doeleinden (o.a. begeleiding, behandeling, diagnostiek, uitleg bij medicatie, crisisinterventie) en op diverse manieren (o.a. contactmomenten volgens een vast protocol, inbellen naar behoefte). Vooralsnog gebeurt dit meestal op beperkte schaal, o.a. in het kader van (tijdelijke) pilots. Beeldcommunicatie is niettemin de meest prominente e-mental health toepassing die momenteel bij mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen wordt toegepast; het overige e-mental health aanbod voor deze groep mensen is vooralsnog beperkt.

In Nederland zijn de meeste GGZ-instellingen bezig met de invoer van beeldbellen. In het eHNN zijn alle GGZ-instellingen, zonder uitzondering, bezig met beeldbellen in de zorg, variërend van oriëntatie en aankoop of ontwikkeling van beeldsystemen (GGZ Friesland, Accare, Verslavingszorg Noord-Nederland) naar implementatie (GGZ Drenthe, Universitair Centrum Psychiatrie) naar verregaande uitrol van beeldbellen (GGZ Noord-Holland-Noord, de Dimence Groep, Lentis). GGZ Noord-Holland-Noord heeft recent besloten dat het de mogelijkheid van beeldbellen wil realiseren voor alle cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening die door FACT-teams worden behandeld. De verwachting is dat andere instellingen dit voorbeeld in de toekomst zullen volgen.

Beleid en trends

Inzet en uitbreiding van beeldbellen is door veel GGZ-instellingen opgenomen in hun beleid voor de komende jaren. De aanname is dat de toepassing van beeldbellen, samen met andere e-mental health toepassingen, tegemoet kan komen aan de veranderende situatie in de GGZ (GGZ Nederland, 2013). Deze veranderingen betreffen, ten eerste, een flinke bezuinigingsslag in een periode dat de toestroom van cliënten alleen maar stijgt, waardoor hetzelfde werk, of zelfs meer werk, door minder professionals gedaan moet worden en, ten tweede, verschuivende rollen en verantwoordelijkheden van behandelaar en cliënt.

Aangenomen wordt dat het gebruik van beeldbellen kosten reducerend kan zijn doordat het beeldcontact het face-to-face contact (gedeeltelijk) kan vervangen, waardoor bespaard kan worden op de tijd die professionals doorgaans kwijt zijn aan reizen tussen de instelling en woonplaats van de cliënt. Daarnaast sturen beleidsmakers aan op het vergroten van de zelfredzaamheid van cliënten door middel van e-mental health. Beeldcommunicatie zou zelfredzaamheid kunnen bevorderen doordat cliënten ook op eigen initiatief contact kunnen zoeken, in plaats van dat ze afhankelijk zijn van een geplande afspraak met hun behandelaar. Verwacht wordt dat wanneer de zelfredzaamheid van cliënten toeneemt, de bemoeienis van de behandelaar minder kan worden. De rolverschuiving van de behandelaar is al eens aangeduid als een verandering van 'God' naar 'gids'⁸: van een behandelaar die weet wat het beste is voor zijn/haar cliënten en hen vertelt wat zij moeten doen, naar iemand die cliënten begeleidt in hun behandeltraject.

Wetenschap

Internationaal onderzoek naar beeldcommunicatie in de psychiatrie

De internationale onderzoeksliteratuur laat zien dat beeldbellen in de jaren vijftig voor het eerst in de psychiatrie werd gebruikt en dat het lang alleen in een onderzoekcontext of in noodsituaties werd toegepast (Baer e.a., 1997). In het laatste decennium is beeldcommunicatie uitgegroeid tot een volwassen vorm van zorgverlening. Diverse overzichtsstudies tonen aan dat het gebruik van beeldcommunicatie haalbaar en mogelijk ook effectief is (verkorte reistijd, verbeterde zorgcoördinatie, kostenvermindering door vroege interventie) bij verschillende cliëntengroepen, in verschillende contexten en voor uiteenlopende toepassingen (o.a. Frueh e.a., 2000; Hyler e.a., 2005; Garcia-Lizana e.a., 2010). In het meest recente overzichtsartikel over beeldcommunicatie dat vorig jaar verscheen in het toonaangevende tijdschrift *American Journal of Psychiatry* (Shore, 2013) wordt deze evidentie herhaald, maar tevens wordt benadrukt dat er een aantal belangrijke vragen zijn ontstaan die nog niet door de wetenschappelijke literatuur zijn beantwoord. Deze vragen hebben betrekking op de impact van beeldcommunicatie op klinische processen en de therapeutische relatie (Shore, 2013). De conclusie van het artikel luidt dat professionals zich niet moeten laten intimideren door de technologie, maar dat ze zichzelf op de hoogte moeten stellen van, en bekwamen in, de nieuwe processen die beeldcommunicatie met zich mee brengt.

⁷ Zie www.menzis.nl/web/Zorgaanbieders/Zorgsoorten/GGZ/Contractering.htm.

⁸ Uitspraak van hoogleraar Bas Bloem tijdens een presentatie op TEDx Maastricht, 4 april 2011.

Onderzoek in Nederland

In Nederland is ook onderzoek gedaan naar beeldcommunicatie in de psychiatrie. Het Trimbos Instituut en GGZ Noord-Holland-Noord hebben gezamenlijk een gerandomiseerde, gecontroleerde studie gedaan naar het effect van beeldcommunicatie bij FACT-teams (Hulsbosch e.a., 2011). FACT-teams verlenen outreachende zorg aan mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. De focus van dit onderzoek lag bij uitkomsten aan de kant van de cliënt. Resultaten lieten zien dat cliënten die gebruik konden maken van beeldcommunicatie, in vergelijking met de controlegroep, meer tevreden waren met de zorg. Opvallend was echter dat cliënten over het algemeen niet veel gebruik maakten van beeldcommunicatie (Hulsbosch e.a., 2011). Onlangs is als vervolg op de RCT een cross-sectionele studie naar beeldcommunicatie gestart bij GGZ Noord-Holland-Noord, Altrecht, en de zorgbedrijven Parnassia, Bavo Europoort, Dijk en Duin van de Parnassia Bavo Groep (PBG) (Engelsbel, z.d.). De doelstelling van deze studie is om te onderzoeken welke aspecten bijdragen aan de grotere tevredenheid over de zorg die beeldbellende cliënten ervaren. Als secundaire vraagstelling wordt ook de tevredenheid van de behandelaar meegenomen. De uitkomsten zijn nog niet beschikbaar. Behalve deze twee grote studies zijn ook diverse kleinere, ongecontroleerde studies gedaan die de haalbaarheid van beeldcommunicatie aantonen, o.a. een studie bij Dimence (Jansen, 2011) en een studie bij Lentis (Kroese, 2013).

De hierboven genoemde Nederlandse studies richten zich met name op uitkomsten van de zorg op macroniveau. Ze brengen in kaart welke effecten een periode van beeldbellen volgens cliënten en zorgverleners hebben op de zorg in het algemeen en hoe ze deze zorg ervaren. Er is echter nauwelijks aandacht voor het microniveau van de zorg- en werkprocessen. De onderzoeken geven daarom geen inzicht in hoe zorgverlening met behulp van beeldcommunicatie precies verandert.

Onderzoek in de grillige praktijk van innovatie

In haar boek "Care at a distance. On the closeness of technology" stelt Jeannette Pols, bijzonder hoogleraar Social Theory, Humanism and Materialities, dat er sprake is van een paradoxale situatie ten aanzien van de kennis over zorg op afstand, zoals beeldcommunicatie (Pols, 2012). Gezien het groeiende aantal internationale gerandomiseerde, gecontroleerde studies naar deze nieuwe vorm van zorg lijkt het alsof er veel kennis is, maar volgens Pols is dit beeld vertekend omdat deze studies niet de kennis opleveren waar de praktijk daadwerkelijk iets mee kan. Pols benadrukt dat het design van de RCT niet compatibel is met onderzoek naar de effecten van innovatieve zorg. Juist wanneer een toepassing nieuw is, zou onderzoek zich moeten richten op wat er op de werkvloer precies gebeurt, en welke variëteit aan effecten er optreedt. Volgens Pols laat het design van de RCT dit niet toe: het is te rigide, onder andere doordat het alleen uitsluitend geeft over effecten op een vooraf bepaalde uitkomstmaat, en het laat geen ruimte voor opsporing van niet-geanticiperde effecten die wel degelijk van belang kunnen zijn voor de praktijk. De RCT is daardoor vooral geschikt voor het onderzoeken van relatief stabiele interventies in een gestandaardiseerde omgeving: minder stabiele interventies vereisen een andere aanpak.

Pols pleit er daarom voor om, naast effectonderzoek, ook onderzoek te doen dat beter past bij het grillige karakter van een innovatieve praktijk. Dit onderzoek zou de volgende kenmerken moeten hebben: (1) het beschrijft de processen die mede vormgeven aan het doel en de uitkomsten van innovatieve praktijken, (2) het mobiliseert praktische kennis, inclusief praktische normativiteit, daarbij rekening houdend met het feit dat deze kennis situationeel is, (3) de nieuwe praktijken worden geobserveerd en beschreven, zonder de innovatieve processen van deze praktijk in de weg te staan, en (4) het neemt concepten, constructen en theoretische raamwerken niet voor lief, maar reflecteert hierover in relatie tot het doel van het onderzoek.

De invloed van telezorgtechnologie op de zorgpraktijk

Ook Nelly Oudshoorn, hoogleraar Technology Dynamics and Health Care, stelt dat er nog maar weinig is nagedacht over de effecten van technologieën die zorg op afstand mogelijk maken op de zorgpraktijk. In haar boek "Telecare technologies and transformation of healthcare" (Oudshoorn, 2011) beschrijft ze, aan de hand van voorbeelden in de zorg voor patiënten met hartklachten, hoe de verantwoordelijkheden en rollen van patiënten en artsen herdefinieerd worden. Ze staat kritisch tegenover het eHealth discours waarin de onafhankelijkheid van tijd en plaats van de nieuwe, technologische zorg wordt bejubeld. Terwijl het lijkt alsof 'plaats' in eHealth steeds minder relevant wordt, wijst Oudshoorn erop dat de locatie van zorg juist van groot belang is. Doordat zorgtechnologie bijvoorbeeld doordringt in de privésituatie van patiënten is de betekenis van 'thuis' en de omgeving aan verandering onderhevig.

Het belang van aandacht voor wat er daadwerkelijk in de praktijk gebeurt, wordt onderschreven door Maartje Schermer, bijzonder hoogleraar Filosofie van de geneeskunde en de maakbaarheid van de mens. In haar kritische discussie over e-mental health en zelfmanagement analyseert Schermer de manieren waarop beeldcommunicatie kan functioneren (Schermer, 2009). Ze laat zien dat beeldcommunicatie niet per definitie bijdraagt aan zelfmanagement en empowerment van cliënten, zoals vaak wordt aangenomen. Schermer beschrijft verschillende gradaties van zelfmanagement en maakt onderscheid tussen 'compliant' en meer 'concordante' vormen van zelfmanagement, waarbij cliënten meer of minder zelf de touwtjes in handen hebben. Volgens Schermer zijn er grofweg twee toekomstscenario's mogelijk: ofwel zorg op afstand wordt gekenmerkt door processen van gezamenlijke besluitvorming tussen cliënt en behandelaar en draagt daarmee daadwerkelijk bij aan de zelfredzaamheid van cliënten, of er ontstaat een situatie waarin compliance en monitoring centraal staan.

Geïnspireerd door wat Pols, Oudshoorn en Schermer zeggen, richten we ons in dit onderzoek op de vraag wat beeldbellen doet met de praktijk van de GGZ zorg: hoe verandert de zorg erdoor, en hoe gaan zorgverleners om met deze veranderingen?

4.2 Onderzoeksvraag

Vraagarticulatie

Uit de focusgroepgesprekken is gebleken dat GGZ-zorgverleners bij de inzet van beeldbellen met de volgende zorginhoudelijke vragen worden geconfronteerd (zie ook paragraaf 2.3):

1. Hoe kunnen GGZ-zorgverleners beeldbellen integreren in hun zorgprogramma's en behandelplannen, en daarbij de kwaliteit van de zorg handhaven? Hoe kunnen ze het intensiever inzetten, of in complexere situaties?
2. Wat moeten ze meewegen wanneer ze de afweging maken om beeldbellen op een concreet moment of in een concrete situatie in te zetten? Hoe verandert de zorg erdoor, en is het dan verantwoord?
3. Hoe kunnen ze hun minder ervaren collega's overtuigen dat beeldbellen niet een verschraving is maar dat het een eigen meerwaarde kan hebben voor de zorg? Hoe kunnen ze hen helpen om dit te benutten?

Uit de gesprekken die we hebben gevoerd, komt het beeld naar boven dat individuele GGZ-zorgverleners momenteel bij de inzet van beeldbellen al werkende weg moeten ontdekken wanneer en hoe beeldbellen kan worden toegepast in de zorgverlening. Op basis van hun professionele ervaring geven ze de techniek een plaats in de zorgprogramma's die ze ontwikkelen, waarna ze de verwachte én onverwachte gevolgen gaandeweg en van geval tot geval proberen op te lossen. Elke nieuwe situatie vraagt daarbij om trial-and-error, inclusief de ruimte en tijd die daarvoor nodig is.

Met dit onderzoek willen we zorgverleners inzicht bieden in hoe ze dit 'gaandeweg oplossen' nu precies doen, door te analyseren hoe beeldbellen de zorg verandert en hoe zorgverleners daarmee omgaan. Hiermee wordt bereikt dat GGZ-zorgverleners straks bewustere keuzes kunnen maken en beter kunnen anticiperen op wat ze zullen tegenkomen: in complexere situaties, in situaties waar ze beeldbellen nu nog niet inzetten, of als ze het beeldbellen intensiever moeten gaan inzetten dan ze tot nu toe doen. Hiermee wordt tevens bereikt dat de professionele kennis en kunde ten aanzien van beeldbellen worden vergroot.

Vertaling van praktijkvragen naar onderzoeksvragen

We hebben de beroepsrollen van de HBO-verpleegkundige gebruikt als structurerend element voor de vertaling van de praktijkvragen naar de onderzoeksvragen. De competenties van de HBO-verpleegkundige zijn in 2001 beschreven aan de hand van vijf rollen (Pool-Tromp e.a., 2001). Deze beroepscompetenties zijn nog steeds in gebruik op de HBO-verpleegkunde opleidingen⁹. De vragen van de HBO-professionals over het gebruik van beeldbellen komen voort uit drie van de vijf rollen die zij dienen te vervullen:

1. Vanuit de rol van *ontwerper* (competenties: nieuwe zorgprogramma's ontwikkelen, verpleegbeleid ontwerpen, kwaliteitszorg ontwikkelen): Op welke wijze kan beeldbellen ingebed worden in zorgprogramma's die enerzijds recht doen aan de problemen en karakteristieken van de doelgroep, en anderzijds rekening houden met beperkte middelen?
2. Vanuit de rol van *zorgverlener* (competenties: professioneel zorg verlenen op menselijke maat, preventieve taken verrichten, voorlichten): Wanneer en hoe draagt beeldbellen bij aan het bieden van zorg op maat aan individuele cliënten?
3. Vanuit de rol van *coach* (competenties: raadgever, gids, en mentor zijn voor collega-verpleegkundigen en stagiaires op het gebied van vastgestelde taken en functies en in de professionele identiteit): Hoe kunnen collega's (al dan niet in opleiding) gemotiveerd en ondersteund worden om beeldbellen op gepaste wijze toe te passen bij hun zorgverlening aan individuele cliënten?

De vertaling is weergegeven in de onderstaande tabel:

	Ontwerper	Zorgverlener	Coach
Praktijk-vragen	• Hoe kunnen we beeldbellen integreren in onze zorgprogramma's en daarbij de kwaliteit van onze zorg handhaven? • Hoe kunnen we het intensiever inzetten, of in complexere situaties?	• Wat moeten we meewegen wanneer we de afweging maken om beeldbellen in een concrete situatie in te zetten? • Hoe verandert de zorg erdoor, en is het dan verantwoord?	• Hoe overtuigen we onze collega's dat beeldbellen niet een verschraving is maar dat het een eigen meerwaarde heeft voor onze zorg? • Hoe kunnen we onze collega's helpen om dit te benutten?
Onderzoeks-vragen	• Welke afwegingen gelden er ten aanzien van beeldbellen als er een nieuw zorgprogramma wordt ontworpen? • Welke kennis en ervaring worden er daarbij gebruikt? • Aan welke ontbrekende kennis en vaardigheden is er behoefte? • Hoe kunnen deze kennis en vaardigheden worden aangeboden of aangeleerd?	• Hoe verandert de zorg door de inzet van beeldbellen? • Wat betekenen deze veranderingen voor de zorg? • Hoe gaan professionals met deze veranderingen om? • Waarom wordt beeldbellen in bepaalde situaties wel of niet (meer) ingezet? • Wat kenmerkt deze situaties? • Hoe maken zorgverleners	• Hoe verandert de zorg door de inzet van beeldbellen? • Hoe worden deze veranderingen door zorgverleners en cliënten ervaren? • Welke veranderingen worden ervaren als een meerwaarde voor de zorg? • Hoe kan deze meerwaarde in de praktijk optimaal worden benut? • Hoe kunnen onervaren

⁹ De vijf rollen zullen naar verwachting worden vervangen door de zeven kerncompetenties uit het nieuwe beroepsprofiel van de HBO-verpleegkundige (Schuurmans & Lambregts, 2012). De onderzoeksvragen passen het best bij de kerncompetenties *professional en kwaliteitsbevorderaar* (vraag 1), *zorgverlener* en *communicator* (vraag 2), en *reflectieve EBP professional* (vraag 3).

- | | |
|---|--|
| <p>deze afweging?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aan welke ontbrekende kennis en vaardigheden is er behoefte? • Hoe kunnen deze kennis en vaardigheden worden aangeboden of aangeleerd? | <p>zorgverleners hierin beter begeleid worden?</p> |
|---|--|

4.3 Methoden en beoogde resultaten

Uit de vraagarticulatie blijkt dat zorgprofessionals hindernissen ervaren bij het inzetten van beeldbellen in hun zorgprogramma's en dat ze hierover vragen hebben. Het is nog niet goed bekend wat hieraan ten grondslag ligt. Het onderzoek zal daarom een exploratief karakter hebben, passend bij de exploratieve fase waarin de innovatie 'beeldbellen' zich bevindt (zie Pols (2012) voor een onderbouwing). Kwalitatief, etnografisch onderzoek leent zich hier het best voor, omdat het dicht bij de praktijk staat waarover het onderzoek gaat. Etnografische methoden bieden de mogelijkheid om praktijken te beschrijven en er vervolgens betekenis aan te geven (Blomberg, 1993).

Met deze aanpak bouwen we voort op de lange traditie van de Science and Technology Studies (STS). Binnen, of gerelateerd aan, deze stroming hebben filosofen als Mol (2002), Latour (1993), Law (2004) en Pols (2012) laten zien dat de werkelijkheid zoals die door de wetenschap gedefinieerd wordt, aan betekenis verliest. Enkelvoudige relaties tussen oorzaak en gevolg doen zelden recht aan wat er gebeurt. Onderzoek in de Westerse wereld (in het bijzonder in de sociale wetenschap) loopt door haar methodiek het risico te reduceren en weg te laten wat 'onpakbaar' is. Door onderzoeks-methoden in te zetten die gevarieerd en rijk in aard zijn, ontstaat er meer kans om een veranderende werkelijkheid, zoals die van het inzetten van technologie in de zorg, beter te begrijpen. Deze theoretische noties bieden bovendien de mogelijkheid om de relatie tussen mensen en 'dingen' te duiden (Latour, 2004). 'Dingen' (technologie, zoals een tablet of een robot) spelen een steeds actievere rol in onze samenleving. Ze zijn er niet alleen voor ons om te gebruiken, maar nemen zelfs ons werk over en zijn daardoor een speler (actant) in onze wereld. Vanuit deze noties gaan wij kijken hoe het gebruik van beeldzorg de zorg van zorgprofessionals voor cliënten verandert (Oudshoorn 2011).

De bovenstaande theoretische noties zullen door ons worden gebruikt als startpunten ('sensitizing concepts') binnen een grounded theory benadering (Bowen, 2006), waarbij theorievorming plaatsvindt binnen een iteratief proces van dataverzameling en interpretatie. Patronen en thema's komen hierbij voort uit de verzamelde data, in plaats van een vooraf bepaald theoretisch raamwerk.

Dataverzameling

Het etnografisch onderzoek wordt uitgevoerd door middel van reflectieve diepte-interviews met, en participerende observatie van, zorgverleners in hun dagelijkse praktijk ('contextual inquiry', zie Beyer & Holtzblatt, 1998). Hierdoor kan samen met zorgprofessionals betekenis worden gegeven aan geconstateerde veranderingen in omstandigheden en werkwijzen. Op basis van de bevindingen zullen iteratief ook andere kwalitatieve methoden worden ingezet, zoals¹⁰:

- Focusgroepen: open, semi-gestructureerde groeps gesprekken met zorgverleners en/of cliënten;
- Cultural probes: een rijke, multimediale, en voor de betrokken deelnemers bovendien een motiverende vorm van de dagboekstudie;
- Critical incident collection: het gestructureerd bevragen van zorgverleners en/of cliënten naar aanleiding van specifieke situaties die zich hebben voorgedaan, inclusief hun consequenties.

Dataverzameling wordt door de betrokken onderzoekers van RGOc, Hanzehogeschool en Windesheim in teams met wisselende samenstellingen uitgevoerd om kennisuitwisseling tussen de betrokken kennisinstellingen te bevorderen.

Vanwege de grote verschillen in zorgtype en werkwijze, en daarmee samenhangend de wijze waarop beeldbellen in de zorgverlening een plaats heeft gekregen, zal data worden verzameld bij zowel IPG-teams als FACT-teams. IPG is een gefaseerde interventie met een duidelijk begin en eind en richt zich op gezinnen, FACT is een vorm van langdurende zorg voor cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening waarbij er flexibel ingespeeld dient te worden op de momentane zorgbehoefte. In beide gevallen geldt dat zorgverleners naast beeldbellen ook regelmatig bij het gezin of de cliënt thuis komen. De keuze voor twee zeer verschillende GGZ-zorgvormen is gemaakt om de toepasbaarheid van de verkregen inzichten voor andere vormen van GGZ-zorg te vergroten.

Analyse

Analyse van de verzamelde data vindt plaats met behulp van de affinity diagramming methode (Beyer & Holtzblatt, 1998). Deze methode wordt binnen kwalitatief onderzoek (o.a. contextual inquiry) gebruikt om notities en inzichten opgedaan tijdens interviews en observaties iteratief te structureren tot samenhangende clusters en thema's. Belangrijke voordelen van deze methode zijn: (1) de methode is bij uitstek geschikt patronen en thema's te vinden in grote hoeveelheden complexe, kwalitatieve data; (2) de verkregen inzichten zijn stevig verankerd in de verzamelde data, conform de gekozen grounded theory benadering; en (3) de interpretatie van de data is op deze manier het resultaat van een gezamenlijke activiteit van het onderzoeksteam, waardoor een gedeeld beeld ontstaat op de onderzochte vraagstukken.

De resultaten van de bovenstaande analyse zullen regelmatig in workshops worden gedeeld en besproken met de betrokken GGZ-professionals. Hierdoor wordt bereikt dat de resultaten vroegtijdig samen met de zorgverleners worden

¹⁰ Een beknopte beschrijving van deze methoden kan worden gevonden op www.usabilitynet.org/tools/methods.htm en www.infodesign.com.au/usabilityresources.

getoetst (o.a. op herkenning en bruikbaarheid), dat kennisuitwisseling tussen onderzoekers en zorgverleners wordt gestimuleerd, en dat nadere vraagarticulatie wordt bevorderd.

Resultaten

Resultaten voor de beroepsgroep

In de focusgroepgesprekken hebben we gevraagd naar resultaten en hulpmiddelen waaraan zorgverleners behoefte hebben, voor zichzelf en voor hun minder ervaren collega's. Hieruit kwamen de volgende suggesties naar voren:

- “Verhalen van mensen die het al geprobeerd hebben”
- “Geen protocollen maar informatie die je leert om erover na te denken”
- “Richtlijnen voor iemand die er net mee begint”

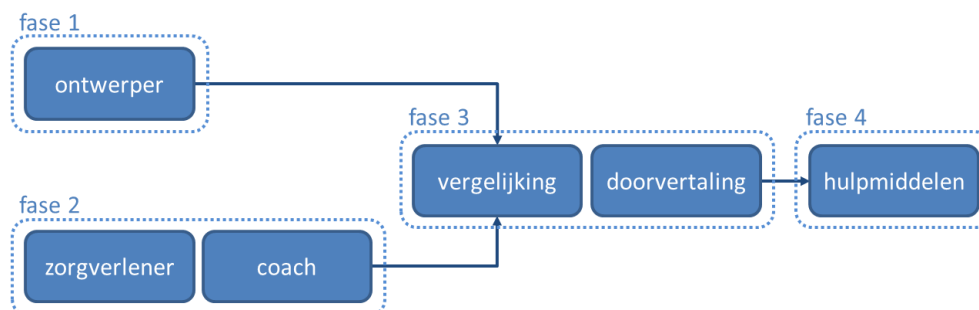
De geschetste aanpak is een rijke bron van dicht bij de praktijk liggende kennis en inzichten die een stevig fundament bieden waarop de gevraagde hulpmiddelen - dan wel soortgelijke hulpmiddelen die dezelfde achterliggende behoefte kunnen invullen - kunnen worden gebaseerd. In het project worden daarom in eerste instantie een *praktijkverhalenboek*, *video testimonials* en *checklists* ontwikkeld (fase 3 in het activiteitenplan, zie paragraaf 4.4) waarop vervolgens een *e-learning module* of MOOC¹¹ en een *serious game*¹² worden gebaseerd (fase 4 van het activiteitenplan). De uiteindelijke vorm van deze hulpmiddelen wordt in voortdurende en nauwe afstemming met de betrokken GGZ-professionals bepaald, conform de werkwijze van participatief ontwerp¹³. Studenten van de informatica-opleidingen van de deelnemende hogescholen worden ingezet bij het ontwerp, bouw en inrichting van digitale hulpmiddelen zoals de e-learning omgeving en de serious game, terwijl studenten van de verpleegkunde opleidingen worden ingezet bij de evaluatie van deze hulpmiddelen.

Resultaten voor het onderwijs

De bovengenoemde hulpmiddelen krijgen ook in het onderwijs (verpleegkundeopleidingen van de deelnemende hogescholen) een plaats. Een concrete mogelijkheid hiervoor is het Zorg op Afstand-Skillslab dat is ingericht bij Windesheim en waarvoor een onderwijsmodule eHealth is ontwikkeld. Ook bij de Hanzehogeschool krijgt eHealth een plaats in het curriculum van de bachelor opleiding van de Academie voor Verpleegkunde. Hier is een concrete mogelijkheid de specialisatie Ambulant werken in de GGZ. Het inbedden van de projectresultaten wordt in samenwerking met docenten van deze opleidingen vormgegeven.

4.4 Activiteitenplan

De bovenstaande methoden zijn ingebed in onderzoeksactiviteiten waarbij een verdeling is gemaakt in vier fasen met eigen doelstellingen en resultaten. De activiteiten worden uitgevoerd bij zowel IPG- als FACT-teams. Zie de figuur hieronder voor een globaal overzicht:



Fase 1: Beeldbellen vanuit het perspectief van de zorgontwerper [6 maanden]

In deze fase staan de onderzoeksvragen behorend bij de rol 'zorgontwerper' centraal:

Activiteiten Fase 1: Beeldbellen vanuit het perspectief van de zorgontwerper	
A1.1	Aan de hand van etnografisch onderzoek bij enkele IPG- en FACT-teams wordt in kaart gebracht welke afwegingen er worden gemaakt ten aanzien van beeldbellen wanneer er een nieuw zorgprogramma wordt ontworpen, of een behandelplan voor een individuele cliënt. Methoden: • interviews en observaties bij IPG en FACT teams. • interpretatie dmv affinity diagramming
A1.2	Tevens zal worden onderzocht welke kennis en ervaring daarbij worden gebruikt, en aan welke eventueel ontbrekende kennis en vaardigheden behoefte bestaat. Methoden: • interviews en observaties bij IPG en FACT teams • interpretatie dmv affinity diagramming

¹¹ Een Massive Open Online Course, zie nl.wikipedia.org/wiki/MOOC.

¹² Een spel met als doel het verwerven van inzicht, zie nl.wikipedia.org/wiki/Serious_game.

¹³ Zie www.infodesign.com.au/usabilityresources voor een beschrijving.

kenniscirculatie	Twee bijeenkomsten/workshops waarin (tussen)resultaten worden gedeeld en vervolgstappen worden besproken.
Resultaten	
D1.1	Een onderzoeksrapport dat gedetailleerd inzicht biedt in de afwegingen die gemaakt worden ten aanzien van beeldbellen in zorgprogramma's en behandelplannen.
D1.2	Een onderzoeksrapport dat een overzicht bevat van aanwezige en ontbrekende kennis en vaardigheden die hierbij noodzakelijk en/of gewenst zijn.
Betrokken partijen	
uitvoering onderzoek	Windesheim, Hanzehogeschool, RGOc
adviesrol	UvA
participatie in onderzoek	Dimence, GGZ Drenthe, GGZ NHN, Lentis

Fase 2: Beeldbellen vanuit de perspectieven van de zorgverlener en de coach [6 maanden]

In deze fase staan de onderzoeksvragen behorend bij de rollen 'zorgverlener' en 'coach' centraal:

Activiteiten Fase 2: Beeldbellen vanuit de perspectieven van de zorgverlener en de coach	
A2.1	Op soortgelijke wijze als in fase 1 zal worden onderzocht hoe de zorg door de inzet van beeldbellen daadwerkelijk is veranderd, en hoe GGZ-professionals van geval tot geval met deze veranderingen omgaan. Methoden: • interviews en observaties bij IPG en FACT teams. • interpretatie dmv affinity diagramming
A2.2	Tevens zal worden onderzocht of en in hoeverre deze veranderingen worden ervaren als een meerwaarde voor de zorg: door professionals maar ook door cliënten. Methoden: • interviews en observaties bij IPG en FACT teams • interpretatie dmv affinity diagramming
kenniscirculatie	Twee bijeenkomsten/workshops waarin (tussen)resultaten worden gedeeld en vervolgstappen worden besproken.
Resultaten	
D2.1	Een onderzoeksrapport dat gedetailleerd inzicht biedt in hoe de inzet van beeldbellen de zorg verandert en hoe zorgverleners met deze veranderingen omgaan.
D2.2	Een onderzoeksrapport dat een overzicht bevat van veranderingen die vanuit het perspectief van de zorgverlener of de cliënt reeds van meerwaarde zijn en/of van meerwaarde kunnen zijn.
Betrokken partijen	
uitvoering onderzoek	Windesheim, Hanzehogeschool, RGOc
adviesrol	UvA
participatie in onderzoek	Dimence, GGZ Drenthe, GGZ NHN, Lentis

Fase 3: Doorvertaling en validatie [9 maanden]

In deze fase worden de verkregen inzichten uit fasen 1 en 2 doorvertaald naar hulpmiddelen. Hierbij staat de *inhoud* van de hulpmiddelen centraal:

Activiteiten Fase 3: Doorvertaling en validatie	
A3.1	Bij aanvang van deze fase zullen de resultaten van de eerste en tweede fase met elkaar worden gecontrasteerd ("wat hadden de zorgontwerpers verwacht" versus "wat zien de zorgverleners in de praktijk"). Dit levert belangrijke inzichten op die zullen worden gebruikt bij de ontwikkeling van hulpmiddelen voor de rol van zorgontwerper. Methoden: • contrastering bevindingen Fase 1 en 2 dmv affinity diagramming
A3.2	Vervolgens zullen de opgedane kennis en inzichten iteratief worden doorvertaald naar hulpmiddelen voor GGZ-zorgverleners: een praktijkverhalenboek, video testimonials, en checklists. Door een iteratieve aanpak is het mogelijk om de hulpmiddelen tussentijds te evalueren in de praktijk en stapsgewijs te verbeteren. De nadruk zal in deze fase liggen op de inhoud van de hulpmiddelen, nog niet op de vorm. Methoden: • iteratieve ontwikkeling en evaluatie van hulpmiddelen in samenwerking met IPG en FACT teams (participatief ontwerp)
kenniscirculatie	Drie bijeenkomsten/workshops waarin (tussen)resultaten worden gedeeld en vervolgstappen worden

	besproken.
Resultaten	
D3.1	Praktijkverhalenboek, video testimonials en checklists.
D3.2	Een rapport dat de praktijkevaluatie van de hulpmiddelen beschrijft, en aanbevelingen geeft voor de ontwikkeling van de overige hulpmiddelen (e-learning module en serious game).
Betrokken partijen	
uitvoering onderzoek, ontwikkeling van hulpmiddelen	Windesheim, Hanzehogeschool
adviesrol	UvA, RGOc
evaluatie van hulpmiddelen	Dimence, GGZ Drenthe, GGZ NHN, Lentis

Fase 4: Bouw van hulpmiddelen [9 maanden]

In deze fase worden de hulpmiddelen verder uitgewerkt. Hierbij staat ook de *vorm* van de hulpmiddelen centraal. Het eindresultaat bestaat uit concrete, afgeronde, en in de praktijk inzetbare hulpmiddelen die (a) voor een brede groep van GGZ-professionals beschikbaar en toegankelijk zijn, en (b) waarmee zij beter in staat zijn om beredeneerde afwegingen te maken ten aanzien van de inzet van beeldbellen in hun dagelijkse zorgverlening.

Activiteiten Fase 4: Bouw van hulpmiddelen	
A4.1	De ontwikkelde hulpmiddelen worden uitgewerkt tot een e-learning module of MOOC en een serious game. Met de betrokken GGZ-professionals wordt afgestemd welke uitvoeringsvorm(en) de voorkeur hebben. Door een iteratieve aanpak is het mogelijk om de hulpmiddelen tussentijds te evalueren in de praktijk en stapsgewijs te verbeteren. Methoden: • iteratieve ontwikkeling en evaluatie van hulpmiddelen in samenwerking met IPG en FACT teams (participatief ontwerp)
kenniscirculatie	Een bijeenkomst/workshop waarin (tussen)resultaten worden gedeeld en vervolgstappen worden besproken. Een afsluitende projectbijeenkomst waarop de eindresultaten worden gepresenteerd aan een breed publiek.
Resultaten	
D4.1	E-learning module of MOOC en serious game.
D4.2	Een rapport dat de ontwerpfafwegingen en de praktijkevaluatie van de hulpmiddelen beschrijft.
Betrokken partijen	
ontwerp en technische realisatie van hulpmiddelen	Windesheim, Hanzehogeschool
adviesrol	UvA, RGOc
evaluatie van hulpmiddelen	Dimence, GGZ Drenthe, GGZ NHN, Lentis

Planning van de onderzoeksfasen

De onderstaande tabel geeft de planning weer van de hierboven beschreven onderzoeksfasen:

Projectplanning		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8
Fase 1	Perspectief vd zorgontwerper								
Fase 2	Perspectieven vd zorgverlener en coach								
Fase 3	Doorvertaling en validatie								
Fase 4	Bouw van hulpmiddelen								

Overige activiteiten

Naast de hierboven geschetste onderzoeks- en kenniscirculatie activiteiten staat de volgende kennisdisseminatie gepland:

- Twee artikelen voor wetenschappelijke tijdschriften, bijvoorbeeld *Nursing Ethics* (nej.sagepub.com), *Health Care Analysis* (link.springer.com/journal/10728), *Social Science & Medicine* (www.journals.elsevier.com/social-science-and-medicine), of *Qualitative Health Research* (qhr.sagepub.com).
- Twee artikelen voor wetenschappelijke conferenties, bijvoorbeeld conferenties georganiseerd door de *European Association for the Study of Science and Technology* (EASTT, zie www.easst.net), of de *International Society for Research on Internet Interventions* (ISRII, zie www.isrii.org).
- Twee publicaties in vaktijdschriften, we denken hierbij aan *Nursing* (www.nursing.nl) of *Onderwijs en Gezondheidszorg* (www.onderwijsengezondheidszorg.nl).
- Twee presentaties op voor het vakgebied relevante symposia en congressen. Bijvoorbeeld het *Voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie* (NVvP, zie www.nvvp.net) of de *Landelijke Studiedag E-Mental Health* (www.leidscongresbureau.nl/congres/EMH). Ook GGZ+ (www.ggzplussymposium.nl) organiseert regelmatig relevante symposia voor de beroepsgroep.

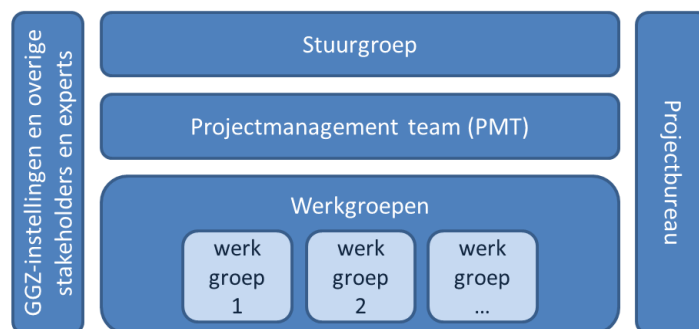
- Consortiumpartner ZIF organiseert eenmaal per jaar een *eHealth- of innovatiecongres* waarop zij een podium kan bieden voor het project.

Gedurende het project zal ervoor gezorgd worden dat kennis en producten hun weg vinden naar het werkveld en het onderwijs, bijvoorbeeld door training en advies of door opname in het curriculum van het beroepsonderwijs. Hiervoor zal een communicatie- en implementatieplan worden opgesteld. Nationale impact zal onder meer worden gerealiseerd via consortiumdeelnemer ZIF en brancheorganisatie GGZ Nederland.

5 Projectorganisatie en management

5.1 Projectmanagement

Het project wordt volgens onderstaand schema aangestuurd:



- De *stuurgroep* is eindverantwoordelijk voor het project en volgt de voortgang en resultaten en toetst deze aan de doelstellingen van het projectplan. Indien nodig neemt de stuurgroep besluiten over gesignaleerde afwijkingen en risico's. De stuurgroep komt elke vier maanden bijeen en wordt voorgezeten door de penverende lector en geadviseerd door de leider van het wetenschappelijk onderzoeksteam. De stuurgroep bestaat voorts uit een vertegenwoordiging van de GGZ-instellingen, het RGOc, Hanzehogeschool, en het ZIF.
- Het *projectmanagementteam* (PMT) voert de dagelijkse leiding over het project en rapporteert aan het consortium. Het PMT vergadert maandelijks (face-to-face of telefonisch) en bestaat uit de penverende lector (voorzitter), een vertegenwoordiger van het RGOc, een vertegenwoordiger vanuit de GGZ en de leider van het wetenschappelijke onderzoeksteam. Het PMT informeert de stuurgroep voorafgaand aan elke stuurgroepvergadering middels een projectmonitor-rapportage gebaseerd op de kwalitatieve en kwantitatieve criteria van Regieorgaan SIA en reguliere projectvoortgangscriteria. Dit betreft een beproefde werkwijze vanuit het eerder uitgevoerde RAAK-MKB project Succesvol ondernemen met eHealth.
- De *werkgroepen* hebben een uitvoeringsfunctie en zijn per fase wisselend samengesteld vanuit:
 - Het wetenschappelijk onderzoeksteam dat bestaat uit onderzoekers vanuit Windesheim, Hanzehogeschool, en RGOc;
 - Betrokken GGZ-professionals;
 - Experts op het gebied van product- of instrumentontwikkeling (zoals media-experts, serious gaming experts, etc.);
 - Docenten of andere onderwijsexperts;
 - Overige experts vanuit de projectpartners.
- De werkgroepen voeren onderzoek uit, rapporteren en dissemineren over de verworven kennis en borgen deze kennis in voor de GGZ-professionals toegankelijke tools.
- Het *projectbureau* coördineert de projectadministratie en levert de ondersteuning aan het project. Meerdere diensten van Windesheim dragen hieraan bij, gecoördineerd door een ervaren projectassistente. Betrokken diensten zijn onder meer: Finance & Control, Dienst Media en Communicatie, Mediacentrum, en ICT. Ook hier gaat het om beproefde werkwijzen en bestaande structuren binnen de hogeschool. Voor het uitwisselen van documenten maken alle projectdeelnemers gebruik van een Sharenet Community van Windesheim.

Vier keer per jaar zijn er projectteambijeenkomsten, aansluitend bij de bestaande overlegstructuur van het eHNN. In deze bijeenkomsten worden de tussenresultaten gepresenteerd aan de *GGZ-instellingen en de overige stakeholders en experts*. Deze bijeenkomsten hebben een klankbordfunctie en leveren een bijdrage aan vraagsturing.

Het PMT en de Stuurgroep sturen het project aan op de planning van de onderzoeksfasen (zie het activiteitenplan voor de planning van de onderzoeksactiviteiten).

5.2 Projectbemensing

Wetenschappelijk onderzoeksteam

Naast de ervaren projectleider (dr.ir. Marike Hettinga) levert Windesheim de leider van het wetenschappelijk team (dr.ir. Ruud Janssen): een zeer ervaren gebruikersonderzoeker en gespecialiseerd in user system interaction. Zie ook bijgesloten CV. Daarnaast werken vanuit Windesheim een ervaren gepromoveerd onderzoeker (dr. Hilco Prins) en een onderzoeker (drs. Annemarie van Hout) die tevens promotieonderzoek uitvoert op een verwant onderwerp. Beiden hebben een verpleegkunde-achtergrond en ruime ervaring met eHealth-toepassingen, zowel vanuit de praktijk als vanuit onderzoek.

Vanuit het RGOc nemen twee onderzoekers (dr. Sjoerd Sytema en dr. Lian van der Krieke) deel aan het project. Naast ruime onderzoekservaring beschikken zij over relevante kennis van de GGZ. Van der Krieke, psycholoog en coördinator van het eHNN is in maart 2014 gepromoveerd op een onderzoek naar e-mental health. Sytema, socioloog en universitair hoofddocent, heeft veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van nieuwe interventies en is expert op het gebied van outcome monitoring.

Vanuit het lectoraat New Business & ICT levert de Hanzehogeschool een onderzoeker (drs. Aranka Dol) met ervaring in effectiviteitsonderzoek van internetinterventies.

Prof.dr. Jeannette Pols, bijzonder hoogleraar Social theory, humanism and materialities aan de Faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen (UvA) en universitair hoofddocent binnen de sectie Medische Ethiek van de afdeling Huisartsgeneeskunde (AMC) completeert het onderzoeksteam als adviserend expert vanwege haar expertise op het gebied van de effecten van telecare op de zorg. Zie hiervoor ook onder Onderzoeksplan, de State of the Art.

Betrokken GGZ-professionals

Vanuit de GGZ-instellingen nemen acht HBO-opgeleide zorgverleners deel aan het onderzoek. In aanvraagformulier zijn meer details over hun opleiding en werkervaring opgenomen.

5.3 Bestaande structuren en organisaties

eHNN & RGOc

Onder Netwerkvorming werd reeds beschreven dat het bestaande eHNN met het RGOc als trekker de kernstructuur vormt binnen dit project. Dit netwerk zorgt voor een groot commitment dat reeds merkbaar was in het voortraject: de betrokken GGZ-instellingen werkten enthousiast mee aan vier focusgroepen, een uitstekend vraagarticulatieproces. Dit commitment is ook van belang gedurende de uitvoering van het project en zeker ook na afronding. Het netwerk blijft bestaan na afronding van het project en wil niet alleen de projectresultaten inzetten ter ondersteuning van GGZ-zorgverleners die (gaan) beeldbellen, maar ook blijvend onderzoek doen, voortbouwend op dit eerste gezamenlijke onderzoek.

Onderzoeksstructuur

Zowel de penvoerende Windesheim als de Hanzehogeschool zijn lid van dit netwerk en voeren samen met de onderzoekers van het RGOc het onderzoek uit om de praktijk- en onderzoeksvragen te beantwoorden. Vanwege haar expertise (zie Projectbemensing) is hoogleraar Jeannette Pols betrokken bij het project, hierbij voortbouwend op een bestaande relatie met het lectoraat van Windesheim: prof. Pols is promotor van promovenda Van Hout.

Penvoerend lectoraat

Het lectoraat ICT-innovaties in de Zorg bestaat inmiddels bijna zes jaar. Naast het hoofdthema Structurele inbedding van ICT-innovaties in de zorg, kent het lectoraat vier onderzoekslijnen: Sensortechnologie, Data Management, Evidence Based eHealth en Inhoud van Telezorg. Het onderhavige project valt onder deze vierde onderzoekslijn. De penvoerend lector heeft in december 2013 het RAAK-MKB project Succesvol ondernemen met eHealth afgerond conform planning en begroting en met zeer gewaardeerde resultaten.

5.4 SWOT-analyse en voorgenomen maatregelen



- **Zwaktes:** Wanneer GGZ-professionals beperkt of niet beschikbaar zijn om hun medewerking te verlenen aan het onderzoek, dan levert dit voor de voortgang van het onderzoek onmiddellijk een probleem op. Alhoewel door het solide voortraject het niet aannemelijk is dat dit probleem zich zal gaan voordoen, is het vanwege het sterke nadelige effect belangrijk om er rekening mee te houden.
- **Bedreigingen:** GGZ-instellingen worden momenteel net zoals andere zorginstellingen geconfronteerd met bezuinigingsrondes en reorganisaties. In de IPG moet bovendien rekening worden gehouden met de transitie van de jeugd GGZ naar de gemeenten in 2015. Om te voorkomen dat de urgentie van het project vermindert door ontwikkelingen binnen de GGZ of vanuit politiek en beleid, zal dit onderwerp bij elke stuurgroep- en projectbijeenkomst specifiek besproken worden. Waar nodig wordt het project dan bijgestuurd om aan te sluiten bij actuele ontwikkelingen. Hetzelfde geldt voor onverwachte ontwikkelingen die zich binnen beeldbel-pilots bij GGZ-instellingen kunnen voordoen.

Het project start met enthousiaste medewerking van GGZ-instellingen en andere stakeholders. Voortdurend contact (vraagsturing) met zowel de HBO-professionals binnen deze instellingen als de vertegenwoordigers in stuurgroep- en projectteambijeenkomsten moet zorgdragen voor het behouden van het enthousiasme en de bereidwilligheid om deel te nemen aan het onderzoek. Eerdere ervaring leert dat het presenteren en bespreken van tussenresultaten die onmiddellijk bruikbaar zijn in de praktijk, het commitment bestendigen of vergroten. In het project zal hierop grote nadruk worden gelegd.

6 Bijlagen bij het projectvoorstel

6.1 Curriculum vitae van hoofdonderzoeker dr.ir. Ruud Janssen

Dr.ir. Ruud Janssen (geb. 1970) is een ervaren gebruikersonderzoeker. In zijn onderzoek probeert hij steeds de brug te slaan tussen de behoeften van professionals en het potentieel van de informatie- en communicatie technologie. Hij heeft onderzoek gedaan voor bedrijven en overheden naar de inzet van ICT: de mogelijkheden, de consequenties en de valkuilen. Vanuit deze achtergrond heeft hij een jarenlange ervaring opgedaan met zowel kwalitatief als kwantitatief gebruikersonderzoek, o.a. observaties en interviews op de werkplek, focusgroepen, workshops, enquêtes, user centered design, en user experience evaluaties van concepten en prototypes.

Associate Lector ICT-innovaties in de Zorg, Windesheim, Zwolle (juni 2012 - heden)

Janssen is betrokken bij het onderzoek van het lectoraat naar bevorderende en belemmerende factoren voor de structurele inbedding van ICT-innovaties in de zorg. Hij is aanvoerder van het onderzoeksteam van het project "Succesvol ondernemen met eHealth". Sinds oktober 2012 is Janssen lid van de ZonMw programmacommissie eHealth.

Wetenschappelijk onderzoeker, Novay / Telematica Instituut, Enschede (november 2005 - mei 2012)

Als gebruikersexpert leverde Janssen een bijdrage aan diverse innovatieprojecten in opdracht van overheid en bedrijfsleven. Hij voerde onderzoek uit naar de consequenties van tijd- en plaatsafhankelijk werken, effectiever gebruik van ICT door kenniswerkers, en de effecten van thuiswerken en spitsmijden op het mobiliteitsgedrag van automobilisten. Daarnaast onderzocht hij de behoefte aan telezorgdiensten onder senioren, en deed hij onderzoek naar factoren die sociale verbondenheid tussen senioren kunnen bevorderen.

Universitair Docent, Technische Universiteit Eindhoven, Eindhoven (juni 2003 - oktober 2005)

Als universitair docent deed Janssen onderzoek naar affective computing, begeleidde hij studenten, en verzorgde hij colleges en cursussen voor de master opleiding Human Technology Interaction en de post-master ontwerpopleiding User System Interaction. Voor laatstgenoemde opleiding was hij lid van de Curriculum Advisory Board.

Onderzoeker, Océ Research & Development, Venlo (september 2000 - oktober 2005)

Als senior onderzoeker leidde Janssen een onderzoeksgroep die zich richtte op de ontwikkeling van innovatieve concepten voor persoonlijk documentbeheer en voor documentuitwisseling in (project) teams.

Postdoc onderzoeker, Technische Universiteit Eindhoven (Instituut voor Perceptie Onderzoek), Eindhoven (november 1999 - augustus 2000)

Onderzoek naar menselijke zoekstrategieën en het ontwerp van optimale zoekinterfaces.

Promovendus, Technische Universiteit Eindhoven (Instituut voor Perceptie Onderzoek), Eindhoven (november 1994 - oktober 1999)

Onderzoek naar kleurperceptie en algoritmen voor de optimalisatie van kleurreproducties. Op 2 november 1999 gepromoveerd met het predicaat "cum laude".

6.2 Publicatieoverzicht van dr.ir. Ruud Janssen

Artikelen in wetenschappelijke tijdschriften

- Ruud Janssen, Marike Hettinga, Sikke Visser, Robbert Menko, Hilco Prins, Irene Krediet, Timber Haaker, Lianne Bodestaff: Innovation Routes and Evidence Guidelines for eHealth Small and Medium-sized Enterprises. *International Journal on Advances in Life Sciences*. 12/2013; 5(3&4):188-203.
- Jan Nauta, Jeffrey Brangert, Marcel Roest, Ruud Janssen, Marike Hettinga: TalkMeHome: an in situ evaluation of a service to guide a lost person with dementia home safely. *Journal of the International Society for Telemedicine and eHealth*. 01/2013; 1(2):54-61.
- Jennifer Curtis, Ruud Janssen: Staying "In Sync" and "In Touch": Two Challenges for Mobile Workers. *The Ergonomics Open Journal* 01/2011; 411:12-22.
- Olha Bondarenko, Ruud Janssen, Samuel Driessen: Requirements for the design of a personal document-management system.. *Journal of the American Society for Information Science and Technology* 03/2010; 61(3):468-482.
- Olha Bondarenko, Ruud Janssen: Connecting visual cues to semantic judgments in the context of the office environment.. *Journal of the American Society for Information Science and Technology* 05/2009; 60(5):933-952.
- Frans Blommaert, Ruud Janssen: Dennett, Darwin, and Skinner crows. *Evolutionary Psychology* 01/2005; 3:179-207.
- TJWM Janssen, FJJ Blommaert: A computational approach to image quality. *Displays* 10/2000; 21(4):129-142.
- TJWM Janssen, FJJ Blommaert: An information-processing approach to image quality. *Proc SPIE* 06/2000; 3959:78-87.
- TJWM Janssen, FJJ Blommaert: Visual metrics: discriminative power through flexibility.. *Perception* 01/2000; 29(8):965-80.
- TJWM Janssen, FJJ Blommaert: Predicting the Usefulness and Naturalness of Color Reproduction. *Journal of Imaging Science and Technology*. 01/2000; 44(2):93-104.
- FJJ Blommaert, TJWM Janssen: The satisfied user. *IPO Annual Progress Report*. 01/1999; 34.
- FJJ Blommaert, TJWM Janssen: A definition for perceived image quality. *Perception* 01/1997; 25(Supplement):90-91.
- TJWM Janssen, FJJ Blommaert: Image quality semantics. *Journal of Imaging Science and Technology - J IMAGING SCI TECHNOL*. 01/1997; 41(5).
- TJWM Janssen, FJJ Blommaert: Towards the optimization of visual inputs. *IPO Annual Progress Report*. 01/1997; 32:139-146.

- TJWM Janssen, FJJ Blommaert: Edge localisation uncertainty : experiment and model. Perception 01/1996; 25(80).
- TJWM Janssen, FJJ Blommaert: The semantics of image quality. IPO annual progress report. 01/1996; 31:118-124.

Artikelen in conferentie proceedings

- Ruud Janssen, Marike Hettinga, Sikke Visser, Robbert Menko, Hilco Prins, Irene Krediet, Timber Haaker, Lianne Bodestaff: An eHealth Innovation Map for Small and Medium-sized Enterprises. eTELEMED 2014, The Sixth International Conference on eHealth, Telemedicine, and Social Medicine, Barcelona, Spain; 03/2014.
- Jan Nauta, Paul van der Boog, Jacqueline Slegten, Ruud Janssen, Marike Hettinga: Web-based Lifestyle Management for Chronic Kidney Disease Patients in a Clinical Setting. eTELEMED 2013, The Fifth International Conference on eHealth, Telemedicine, and Social Medicine, Nice, France; 02/2013.
- Ruud Janssen, Marike Hettinga, Hilco Prins, Sikke Visser, Robbert Menko, Irene Krediet, Timber Haaker, Lianne Bodestaff: Developing Evidence Guidelines for eHealth Small and Medium-sized Enterprises: Towards Feasible yet Convincing Evidence. eTELEMED 2013, The Fifth International Conference on eHealth, Telemedicine, and Social Medicine, Nice, France; 02/2013.
- Robbert Menko, Sikke Visser, Ruud Janssen, Marike Hettinga, Timber Haaker: Applying the STOF Business Model Framework in eHealth Innovations. eTELEMED 2013, The Fifth International Conference on eHealth, Telemedicine, and Social Medicine, Nice, France; 02/2013.
- Olha Bondarenko, Ruud Janssen: How do people "read" their desks: applying triad elicitation for investigating PIM. CHI2008 workshop on Personal Information Management, Florence, Italy; 04/2008.
- Ingrid Mulder, Henk de Poot, Carla Verwijs, Ruud Janssen, Marcel Bijlsma: An information overload study: using design methods for understanding.. Proceedings of the 2006 Australasian Computer-Human Interaction Conference, OZCHI 2006, Sydney, Australia, November 20-24, 2006; 01/2006.
- Ruud Janssen, Henk de Poot: Information overload: why some people seem to suffer more than others.. Proceedings of the 4th Nordic Conference on Human-Computer Interaction 2006, Oslo, Norway, October 14-18, 2006; 01/2006.
- Olha Bondarenko, Ruud Janssen: Documents at Hand: Learning from Paper to Improve Digital Technologies.. Proceedings of the 2005 Conference on Human Factors in Computing Systems (CHI 2005), Portland, Oregon, USA; 04/2005.
- Marcin Wichary, Lucy Gunawan, Nele van den Ende, Qarin Hjortzberg-Nordlund, Aga Matysiak, Ruud Janssen, Xu Sun: Vista: interactive coffee-corner display.. Extended Abstracts Proceedings of the 2005 Conference on Human Factors in Computing Systems, CHI 2005, Portland, Oregon, USA, April 2-7, 2005; 01/2005.
- TJWM Janssen: Understanding image quality. Proceedings of the 2001 International Conference on Image Processing; 11/2001.
- Ruud Janssen, Frans Blommaert: The semantics of image quality. IS&T/SID Fifth Color Imaging Conference, Scottsdale, Arizona, USA; 11/1997.

Boeken

- Ruud Janssen: Computational Image Quality. 06/2001. Bellingham (WA): SPIE Press.
- TJWM Janssen: Computational Image Quality. 11/1999. (proefschrift)

7 Referenties

- Baer L, Elford DR, Cukor P (1997). Telepsychiatry at forty: what have we learned? *Harv Rev Psychiatry* 5: 7-17.
- Beyer H, Holtzblatt K (1998). *Contextual design: Defining customer-centered systems*. San Francisco: Morgan Kauffmann
- Blomberg J (1993). *Ethnografic Field Methods and their relation to design*. In: D. Schular and A. Namioka (eds): *Participatory Design: Principles and practices*. London: Routledge.
- Bowen GA (2006). *Grounded Theory and Sensitizing Concepts*. *Int J Qual Methods* 5(3): 12-23
- Engelsbel F (z.d.). *E-health voor cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening. Een studie naar de ervaringen van EPA cliënten, zorgverleners en mantelzorgers met Thuis 2.0*.
- Frueh BC, Deitsch SE, Santos AB, Gold PB, Johnson MR, Mester N, Magruder KM, Balleger JC (2000). *Procedural and methodological issues in telepsychiatry research and program development*. *Psychiatr Serv* 51: 1522-1527.
- Garcia-Lizana F, Munoz-Mayorga I (2010). *What about telepsychiatry? A systematic review*. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 12. doi: 10.4088/PCC.09m00831whi.
- GGZ Nederland (2013). *Een analyse van de verwachte kosten en baten van ehealth. Blended behandelen en begeleiden*. Amersfoort, april 2013.
- Hulsbosch L, Tamis-ten Cate P, Nugter A, Kroon H (2011). *Zorg op afstand in de langdurende geestelijke gezondheidszorg. Een Randomised Controlled Trial naar telezorg bij GGZ Noord-Holland-Noord*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Hyler SE, Gangure DP, Batchelder ST (2005). *Can telepsychiatry replace in-person psychiatric assessments? A review and meta-analysis of comparison studies*. *CNS Spectr* 10: 403-413.
- Jansen S (2011). *Eindevaluatie Telemence 2011. Evaluatie onder zorgverleners, deelnemers en de projectgroep*. Deventer: Dimence.
- Kroese FO (2013). *Eindverslag Pilot fase 1 Project Telezorg. Ervaringen met beeldbellen binnen Lentis. Zuidlaren: iLentis*.
- Latour B (1993). *We have never been modern*. Cambridge (MS): Harvard University Press.
- Latour B (2004). *Why has critique run out of steam? From matters of fact to matters of concern*. *Critical Inquiry* 30: 225-248.
- Law J (2004). *After Method. Mess in social science research*. London: Routledge.
- Mol A (2002). *Cutting Surgeons, Walking Patients. Some Complexities involved in Comparing*. In J Law & A. Mol (Eds.), *Complexities* (pp. 218-257). Durham: Duke University Press.
- Oudshoorn N (2011). *Telecare Technologies and the Transformation of Healthcare*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Pool-Tromp F, Veltman-van Vugt F, Vogel S, Pool IA (2001). *Met het oog op de toekomst; beroepscompetenties van HBO-verpleegkundigen*. Utrecht: NIZW.
- Pols J (2012). *Care at a distance. On the closeness of technology*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Riper H, Andersson G, Christensen H, Cuijpers P, de Lange A, Eysenbach G (2010). *Theme Issue on e-mental health: a growing field of research*. *J Med Int Res* 12(5).
- Riper H, van Bellegooijen W, Kooistra L, de Wit J, Donker T (2013). *Preventie & eMental-health. Onderzoek dat leidt, technologie die verleidt, preventie die bereikt en beklijft. Kennissynthese 2013*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Schermer M (2009). *Telecare and self-management: opportunity to change the paradigm?* *J Med Ethics* 35(11):688-691.
- Schuurmans M, Lambregts L (2012). *Beroepsprofiel Verpleegkundige: Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020, Deel 3, V&VN*.
- Shore JH (2013). Telepsychiatry: videoconferencing in the delivery of psychiatric care. Am J Psychiatry 170: 256-262.**