



UNIVERSITEIT  
TWENTE.

# **De invloed van beeldbellen op geestelijke gezondheidszorg**

Een evaluatie binnen de intensieve psychiatrische  
gezinszorg

Hanneke Kip (s0219819)  
Masterthese Gezondheidspsychologie

Onder begeleiding van:  
Dr. J.E.W.C. van Gemert-Pijnen  
Dr. R. van der Vaart

19-09-2013

# Inhoudsopgave

Samenvatting .....	3
Abstract .....	4
1. Inleiding .....	5
1.1 eHealth in de geestelijke gezondheidszorg.....	5
1.2 Beeldbellen .....	5
1.3 Inhoudelijke voor- en nadelen van het gebruik van beeldbellen in de GGZ .....	6
1.4 Praktische voor- en nadelen van het gebruik van beeldbellen in de GGZ .....	6
1.5 Randvoorwaarden van het gebruik van beeldbellen in de GGZ .....	7
1.6 Onderzoeksvragen .....	7
2. Methoden .....	9
2.1 De CeHRes Roadmap .....	9
2.2 Intensieve Psychiatrische Gezinszorg (IPG) .....	9
2.3 Ontwikkeling en implementatie .....	10
2.3.1 Participanten .....	10
2.3.2 Procedures en materialen .....	10
2.3.3 Analyse.....	11
2.4 Evaluatie en verwachtingen.....	11
2.4.1 Participanten .....	11
2.4.2 Procedures en materialen .....	11
2.4.3 Analyse.....	12
2.5 Doelgroepbepaling .....	12
2.5.1 Participanten .....	12
2.5.2 Procedures en materialen .....	12
2.5.3 Analyse.....	12
3. Resultaten .....	13
3.1 Participanten.....	13
3.2 Ontwikkeling en implementatie.....	13
3.2.1 Aanleiding en doel van beeldbellen .....	13
3.2.2 Inhoud en vorm van beeldbellen.....	14
3.2.3 Invoering van het systeem .....	16
3.3 Evaluatie en verwachtingen.....	17
3.3.1 Voordelen .....	20
3.3.2 Nadelen .....	22
3.3.3 Randvoorwaarden .....	25
3.3.4 Beoordeling van de ervaring met of verwachting van beeldbellen .....	27
4. Discussie en conclusie .....	29
4.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen.....	29
4.1.1 Aanleiding en doel van beeldbellen .....	29
4.1.2 Inhoud en vorm van beeldbellen.....	29
4.1.3 Invoering van het systeem .....	31
4.1.4 Evaluatie en verwachtingen .....	31
4.2 Beperkingen .....	32
4.3 Aanbevelingen .....	33
4.3.1 Praktische aanbevelingen .....	33
4.3.2 Theoretische aanbevelingen .....	33
4.4 Conclusie.....	34
Referenties.....	35
Bijlage 1: Interview gezinshulpverleners die beeldbelden moment 1 .....	38
Bijlage 2: Interview gezinshulpverleners die beeldbelden moment 2 .....	39
Bijlage 3: Interview gezinshulpverleners die niet beeldbelden .....	40
Bijlage 4: Interview ouders die beeldbelden .....	41
Bijlage 5: Interview ouders die niet beeldbelden .....	42
Bijlage 6: Voorbeeld van het coderingsproces.....	43

# Samenvatting

**Aanleiding** Beeldbellen is een vorm van eHealth waarin gesprekspartners elkaar zien via beeldschermen. Het wordt steeds meer ingezet in de geestelijke gezondheidszorg om de almaar stijgende zorgkosten in toom te houden en om vraaggericht te werken. Onderzoek naar optimale ontwikkeling, implementatie en ervaringen ontbreekt echter. Ook biedt de literatuur geen duidelijkheid over voordelen, nadelen en randvoorwaarden. Het huidige onderzoek kijkt naar de invloed die beeldbellen volgens gebruikers heeft op de zorg. Dit wordt gedaan door het ontwikkelings- en implementatieproces in kaart te brengen door middel van de CeHRes Roadmap, door ervaren en verwachte voordelen, nadelen en randvoorwaarden vast te stellen en te bepalen voor welk type cliënt beeldbellen geschikt is.

**Methoden** Het huidige onderzoek richt zich op beeldbellen in een grote instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Beeldbellen is geïntroduceerd door middel van een pilot waarin het werd gebruikt in een intensive psychiatrische gezinsbehandeling (IPG) waarbij gezinshulpverleners bij de gezinnen thuis komen. Ongeveer de helft van de face-to-face contacten werd vervangen door beeldbelcontacten. Het proces is in kaart gebracht door documentanalyses, gesprekken met stakeholders en interviews met gebruikers. De ervaringen en verwachtingen zijn verzameld door middel van interviews met vier groepen: zes hulpverleners die wel en vier die geen gebruik hebben gemaakt van beeldbellen en vijf ouders die wel en zes die niet beeldbelden. De gezinshulpverleners konden zichzelf opgeven voor de pilot en ouders zijn geworven door de betrokken hulpverleners. Alle groepen zijn bevraagd over voordelen, nadelen en randvoorwaarden en beoordeelden hun ervaring met of verwachting van beeldbellen.

**Resultaten** De gevonden voor- en nadelen konden ingedeeld worden in twee categorieën: inhoudelijk en praktisch. Belangrijke voordelen van beeldbellen zijn tijdsbesparing doelgerichte gesprekken doordat er minder over koetjes en kalfjes wordt gepraat. Ook gaven meerdere personen aan dat beeldbellen geen negatieve invloed had op het contact en de eindresultaten van de behandeling. Veelgenoemde nadelen zijn het missen van informatie uit de thuisomgeving, het minder met gevoel kunnen werken, een wat afstandelijker contact en technische problemen door een te trage internetverbinding en/of computer. Groepen die niet beeldbelden noemden minder inhoudelijke voordelen en hadden een negatiever beeld. Belangrijke randvoorwaarden zijn onder andere een combinatie met face-to-face contact, duidelijke doelen, keuzevrijheid van hulpverlener en cliënt, de juiste apparatuur en het flexibel in kunnen zetten van beeldbellen, bijvoorbeeld door af te wijken van de vooraf opgestelde verhouding. De voornaamste punten die uit de analyse van het proces naar voren kwamen waren het ontbreken van het gezinsperspectief in de ontwikkeling en een te ongeprotocolleerde implementatie.

**Aanbevelingen** De CeHRes Roadmap moet vanaf het begin van de ontwikkeling van beeldbellen gebruikt worden om problemen te voorkomen. Beeldbellen is een bruikbaar en waardevol instrument is voor IPG. Wel moet voldaan worden aan vier randvoorwaarden: de techniek moet goed zijn, hulpverlener en ouder mogen geen negatieve houding ten opzichte van beeldbellen hebben, er moet voorafgaand aan het beeldbellen sprake zijn van een goede, reeds bestaande band en er moet duidelijkheid gecreëerd worden door middel van concrete doelen. Er wordt aanbevolen om beeldbellen alleen in duidelijke, concrete situaties te gebruiken. Ook moet veel aandacht besteed worden aan de invoering van beeldbellen bij hulpverleners en cliënten omdat de verwachtingen van beeldbellen van deze groepen redelijk negatief zijn. Verder onderzoek naar randvoorwaarden is nodig om de gevonden resultaten verder te onderbouwen, eveneens moet meer effectonderzoek en kosteneffectiviteitsanalyses uitgevoerd worden.

# Abstract

**Background** Video calling is a form of eHealth in which conversational partners see each other on viewing screens. It is a suitable instrument to cope with increasing healthcare costs and to meet demands of clients. Usage in mental health care increases, but research on optimal development, implementation, experiences and expectations is scarce. Also, the literature is ambiguous on the advantages, disadvantages and conditions of the use of video calling in mental healthcare. The current study focuses on the influence of video calling on mental health care, according to users. This is accomplished by describing the development and implementation with the CeHRes Roadmap, searching for experienced and expected advantages, disadvantages and conditions and by determining for which type of client video calling is suitable.

**Methods** The current study focuses on video calling in a mental health institution. A pilot with video calling was applied in an intensive family treatment in which social workers visited parents at home. About half of the face-to-face contacts were substituted with video calling. The process was described through document analyses, conversations with stakeholders and interviews with users. Semi-structured interviews with social workers and parents who did and did not use video calling were used to collect experiences and expectations. Social workers could sign themselves up for the pilot and parents were recruited by the social workers. All groups were asked about advantages, disadvantages and conditions and they graded their experience with or expectation of video calling.

**Results** The advantages and disadvantages were classified into two categories: content and practical. Important experienced and expected advantages were goal-oriented communication that was more to the point and saved time for the parents and social workers. Also, some respondents stated that video calling did not influence the nature of the contact and the results of the treatment. Significant disadvantages were missing information because of the restricted visual range, being less able to work with emotions, more distant contact, and technical problems because of a slow internet connection and/or computer. The two groups that did not use video calling expected less advantages that concerned content and mentioned more disadvantages. Important conditions are a combination of face-to-face contact and video calling, clear goals, appropriate equipment, and being able to change the proportion of video calling and face-to-face contact. The analysis of the development and implementation showed that the perspective of the parents was missing and that there was no structured implementation.

**Recommendations** Video calling is a suitable and valuable instrument for the intensive family treatment if four necessary conditions are met: the technical standards have to be met, the clients cannot have a negative attitude towards video calling, the bond between family and social worker has to be established before video calling starts, and clearness has to be created through setting concrete goals. Also, the CeHRes Roadmap should be used from the start to guide the development and implementation to prevent problems. The most important practical recommendation is to only use video calling in very clear and concrete contexts. Also, more research has to be done on implementation with social workers and clients because the expectations of these groups are rather negative. More research on conditions is necessary to support the current study's results. In order to enhance the evidence base, more effect research and cost-effectiveness analyses have to be performed.

# 1. Inleiding

## 1.1 eHealth in de geestelijke gezondheidszorg

De toename van de zorgkosten is een steeds groter wordend probleem. De afgelopen 40 jaar zijn de kosten gestegen van bijna 9% naar ongeveer 15% van het BBP (CBS, 2009; Trimbos Instituut, 2010). De uitgaven van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) hebben met 6% van de totale kosten van de Nederlandse gezondheidszorg een aandeel in dit probleem. Bovendien is er sprake van een sterke stijging van de uitgaven van de GGZ doordat het aantal cliënten dat gebruik maakt van de tweedelijnszorg de afgelopen jaren met ongeveer 10% per jaar is toegenomen (Meijer & Van 't Land, 2010). Er kan geconcludeerd worden dat de kosten verder zullen stijgen als niet ingegrepen wordt (Poos et al., 2008).

eHealth biedt mogelijkheden om kosten te besparen, efficiënter te werken en tegelijkertijd de kwaliteit van de zorg te verhogen (Plexus & BKB, 2010). De term eHealth doelt op het gebruik van ICT in de gezondheidszorg waarbij de levering van zorg onafhankelijk van tijd, plaats en zorgprofessional plaats kan vinden. Doordat regulier contact vervangen kan worden door online behandelingen is eHealth breed inzetbaar; het kan toegepast worden op de gebieden van zorg, preventie, gezondheidsbehoud en gezondheidsvoorlichting (EHTEL, 2008; Miyazaky, Igras, Liu & Ohyanagi, 2012). Het begrip is sinds 2000 ingeburgerd in de academische, medische en gezondheidsliteratuur (Eysenbach, 2001). Volgens Van de Belt en collega's (2010) beslaat eHealth het gebruik van het internet of webtechnologie binnen de gezondheidszorg. Ze benadrukken Gezondheid 2.0, een begrip dat betrekking heeft op de actieve samenwerking tussen patiënten en zorgverleners. De patiënt staat hierbij centraal en wordt actiever betrokken bij de zorg.

## 1.2 Beeldbellen

Telezorg is een vorm van eHealth waarbij zorg bij patiënten thuis geleverd kan worden via technologieën als telefoon, e-mail en video (Bayer, Barlow & Curry, 2007). Beeldbellen, een onderdeel van telezorg, is zeer geschikt voor de geestelijke gezondheidszorg omdat gebruikers elkaar niet alleen horen, maar ook zien (Richardson, et al., 2009). Hiervoor wordt gebruik gemaakt van een computerprogramma met webcam en microfoon. Een voorbeeld van een beeldbelprogramma is het populaire Skype. Beeldbellen is een vorm van patiënt-gecentreerde zorg, wat inhoudt dat de zorg vraaggericht is en afgestemd kan worden op de voorkeuren en behoeften van de cliënt (Scakett et al., 1996; Person et al., 2007). Dit sluit aan op Gezondheid 2.0. Beeldbellen wordt steeds meer gebruikt in de Nederlandse zorg, mede door technologische innovaties, een toename van onderzoek dat de effectiviteit van beeldbellen aantoont, een groeiende acceptatie door cliënten, interesse van zorginstellingen en de opkomst van frameworks die het gebruik van beeldbellen faciliteren (Benavides-Vallejo, Strode & Sheeran, 2013).

Beeldbellen is in de GGZ succesvol ingezet in onder andere de behandeling van depressie, angststoornissen, middelenmisbruik, ADHD en eetstoornissen (Larson, Jacob & Craighead, 2012; Elford, White & St. John, 2001; Ermer, 1999; Myers, Valentine & Melzer, 2008; Palmer et al., 2010). In Nederland wordt beeldbellen veel gebruikt in de ouderen- en thuiszorg, maar blijft de langdurende GGZ achter (Boshuizen, 2008; Houwelingen & Lambooi, 2007). Ook in andere landen blijkt de introductie van beeldbellen in de geestelijke gezondheidszorg langzaam te gaan (o.a. Graham-Jones et al., 2012). Om die reden is er meer behoefte aan onderzoek naar beeldbellen in de GGZ (Backhaus, 2012).

De verhouding tussen face-to-face en beeldbelcontact neemt in de praktijk meerdere vormen aan. Ten eerste kunnen face-to-face behandelingen geheel vervangen worden door beeldbelcontact en ten tweede is het mogelijk om beeldbellen als aanvulling op een behandeling te gebruiken, bijvoorbeeld door cliënten de mogelijkheid te bieden om te

beeldbellen als ze vragen hebben. Een derde mogelijke vorm is het vervangen van een gedeelte van de face-to-face contacten door beeldbelcontact. Dit wordt blended care genoemd. Blended care is een nieuw begrip en staat voor de combinatie van face-to-face en online behandeling om de zorg cliëntvriendelijker, beter en efficiënter te maken. Deze vorm van eHealth wordt veelal gebruikt in de behandeling van cliënten met complexe psychiatrische problematiek. De verhouding tussen beeldbellen en face-to-face contact wordt bepaald op basis van de aard en ernst van de problematiek, de fase van de behandeling en de mogelijkheden en persoonlijke voorkeuren van de cliënt.

### **1.3 Inhoudelijke voor- en nadelen van het gebruik van beeldbellen in de GGZ**

In de literatuur worden verschillende positieve en negatieve punten van beeldbellen in de geestelijke gezondheidszorg genoemd. Een deel van deze punten heeft betrekking op inhoudelijke zaken zoals gevolgen voor de behandeling en de communicatie.

In Nederland is sprake van een groot draagvlak voor eHealth; 61% van de mannen en 68% van de vrouwen staat open voor het gebruik van ICT in de zorg (TelePsy, 2013). Ook uit ander onderzoek blijkt dat patiënten vaak positief aankijken tegen het gebruik van eHealth (Mair et al., 2005). Als beeldbellen is afgerond blijkt een groot deel van de patiënten even tevreden te zijn als patiënten die alleen face-to-face contact hebben gehad. Het zelfde geldt voor volledige gezinnen die hebben beeldgebeld (Pesämaa et al., 2004; García-Lizana & Muñoz-Mayorga, 2010; O'Reilly et al., 2007). In tegenstelling tot cliënten zijn hulpverleners voor aanvang vaak sceptisch over beeldbellen. Een veelvoorkomende opvatting onder hulpverleners is dat de communicatie via beeld te afstandelijk is en daardoor een negatieve invloed heeft op de relatie met de cliënt (Austen & McGrath, 2006). Uit ander onderzoek blijkt dat hulpverleners na afloop van beeldbellen aangeven tevreden te zijn over het gebruik van beeldbellen (Austen & McGrath, 2006; Richardson et al., 2009).

Een ander belangrijk inhoudelijk voordeel dat in veel onderzoek naar voren komt, is dat de resultaten van beeldbellen niet slechter zijn dan die van therapieën waarin alleen gebruik wordt gemaakt van face-to-face contact (o.a. García-Lizana & Muñoz-Mayorga, 2010; Richardson et al., 2009; Hilty et al., 2004; Norman, 2006; Hyler, Gangure & Batchelder, 2005). De beoordeling van de therapeutische band verschilt niet tussen cliënten met een face-to-face of (gedeeltelijke) beeldbelbehandeling en ook lijkt de kwaliteit van interacties het zelfde te zijn (Cluver et al., 2005; Morgan, Patrick & Magaletta, 2008; Savin et al., 2006; Greenberg, Boydell & Volpe, 2006). Uit enkele onderzoeken komt naar voren dat de interpretatie en expressie van emoties ook via beeldbellen goed gaat (Bischoff, Hollist, Smith & Flack, 2004), maar een andere studie toont juist aan dat de waarneming en inschatting van de emotionele staat en non-verbale communicatie van een cliënt minder betrouwbaar zijn (Dobscha et al., 2006). Eenduidige conclusies kunnen niet getrokken worden.

### **1.4 Praktische voor- en nadelen van het gebruik van beeldbellen in de GGZ**

Beeldbellen kent veel praktische voordelen, zo is er sprake van minder wachttijd, minder reistijd, lagere kosten, hoeft de cliënt minder lang van huis te zijn, kan de zorg onafhankelijk van kantooruren beschikbaar gemaakt worden en zijn er minder gemiste afspraken (Sarasohn-Kahn, 2010; Drossaert & Van Gemert-Pijnen, 2010; CEC, 2004). Ook blijkt uit een onderzoek dat beeldbelcontacten korter zijn dan face-to-face contacten (Nelson, Barnard & Cain, 2003). Ten slotte biedt beeldbellen voordelen voor hulpverleners in afgelegen gebieden: er zijn meer trainingsmogelijkheden, er is minder sprake van isolatie en er zijn meer mogelijkheden voor samenwerking (Hilty, Yellowlees & Nesbitt, 2006).

Veel praktische nadelen hebben betrekking op het technische aspect van beeldbellen. Het visuele bereik is minder groot waardoor de hulpverlener omgevingsinformatie mist. Ook kunnen beeld en geluid vertraagd zijn en is het mogelijk dat de apparatuur of het programma te ingewikkeld is voor sommige gebruikers (Miller et al., 2008). Andere praktische barrières zijn het ontbreken van een vergoeding van gemaakte kosten door cliënten, de kosten van de

implementatie voor de organisatie en mogelijke crisissen die tijdens het beeldbelcontact optreden en een onveilige situatie veroorzaken (Hilty et al., 2006). Een ander nadeel heeft betrekking op de veiligheid. Er is relatief weinig onderzoek uitgevoerd naar de veiligheid van beeldbellen vanuit het huis van de cliënten zelf, het meeste onderzoek is gericht op beeldbellen in klinische omgevingen (Myers et al., 2008; Center for Integrated Health Solutions, 2012). Een mogelijke probleem dat op kan treden bij beeldbellen vanuit de thuissituatie is dat de patiënt zichzelf of anderen verwondt doordat klinische symptomen verergeren en de hulpverlener niet fysiek in kan grijpen. Ook is het mogelijk dat de verbinding wegvalt of hapert tijdens een emotionele of gedragscrisis. Een slechte kwaliteit van beeld en geluid kan tot gevolg hebben dat het lastiger is om non-verbale signalen die wijzen op risico's over het hoofd te zien. Ten slotte kan de privacy van cliënt en hulpverlener in het geding komen doordat informatie niet goed beveiligd is (Luxton, Sirotin & Mishkind, 2010).

### **1.5 Randvoorwaarden van het gebruik van beeldbellen in de GGZ**

Uit de hiervoor genoemde voor- en nadelen vloeien meerdere randvoorwaarden voort. Twee belangrijke inhoudelijke randvoorwaarden zijn dat hulpverleners een positieve attitude ten opzichte van beeldbellen hebben en dat ze zich goed getraind voelen (Myers et al., 2008; Hilty et al., 2006). Om die reden raden onderzoekers aan om een goede training aan te bieden waarbij aandacht is voor technische en inhoudelijke zaken. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van technieken als voorlichting, exposure door te oefenen met beeldbellen en technische ondersteuning tijdens de eerste paar beeldbelcontacten (Hilty et al., 2006). Verder moet er voordat begonnen wordt met beeldbellen sprake zijn van een goede relatie tussen hulpverlener en cliënt (Kopel, Nunn & Dossetor, 2001).

Op praktisch gebied is het van belang dat gebruikers beschikken over de juiste apparatuur en dat de beeld- en geluidskwaliteit voldoende is omdat een slechte kwaliteit de therapeutische band aan kan tasten (Starling & Foley, 2006; Elford et al., 2000). Ook is het voor veel gezinnen noodzakelijk dat extra kosten opgevangen worden (Larson et al., 2012). Om mogelijke veiligheidsproblemen op te vangen wordt aangeraden om gebruik te maken van een veiligheidsplan waarin aandacht besteed wordt aan zelfmoordneigingen en de algehele psychische toestand. Het moet duidelijk zijn wat er moet gebeuren in het geval van een crisis en er moet een back-up plan zijn voor als de verbinding wegvalt (Luxton et al., 2010). Naast een protocol voor veiligheid moeten ook richtlijnen over procedures zoals de implementatie worden ontwikkeld (Kennedy & Yellowlees, 2000; Nordqvist, Hanberger, Timpka & Nordfeld, 2009). Ten slotte is het van belang om tijdens de ontwikkeling en implementatie van de technologie gebruik te maken van een framework zodat het proces gestructureerd verloopt (Ammenwerth, Brender, Nykanen, Talmon & Wessel, 2010). Op dit moment worden de meeste eHealth technologieën echter ontworpen zonder dat een framework betrokken wordt (Van Gemert-Pijnen et al., 2011).

Een onderzoek toont aan dat randvoorwaarden vooral in het begin van het proces een grote rol spelen, maar dat er naarmate de tijd vordert meer sprake is van een verbetering in tevredenheid en gemak bij het gebruik van beeldbellen. Ook nemen barrières een steeds kleinere rol in beslag doordat de technologie wordt verbeterd en de attitude van GGZ-instellingen positiever wordt (Ulzen et al., 2012).

### **1.6 Onderzoeksvragen**

Het doel van het huidige onderzoek is het in kaart brengen van de invloed die beeldbellen volgens gebruikers heeft op de geleverde zorg. Om dit doel te bereiken wordt allereerst het ontwikkelings- en implementatieproces van beeldbellen door middel van een framework in kaart gebracht. Dit wordt gedaan om te zoeken naar de gevolgen van het ontbreken van een framework. Ten tweede wordt beeldbellen geëvalueerd door gebruik te maken van de ervaringen van hulpverleners en cliënten die hebben beeldgebeld. Hierbij wordt aandacht besteed aan positieve en negatieve punten en randvoorwaarden van beeldbellen omdat hier in

de literatuur niet voldoende duidelijkheid over bestaat. Ten derde wordt gekeken naar verwachtingen die hulpverleners en cliënten die geen gebruik hebben gemaakt van beeldbellen hebben wat betreft de voordelen, nadelen en randvoorwaarden. Dit wordt gedaan omdat de literatuur in de richting wijst van verschillen in opvatting tussen potentiële en daadwerkelijke gebruikers en om een bredere implementatie te faciliteren en beeldbellen te verbeteren. Ten vierde wordt nagegaan voor welk type gebruikers beeldbellen geschikt is zodat verder onderzoek hier rekening mee kan houden. In totaal zijn de perspectieven van vier groepen gebruikt: hulpverleners en gezinnen die wel en niet hebben beeldgebeld. Dit alles leidt tot de volgende hoofdvraag en subvragen:

**Hoofdvraag**

Welke invloed heeft beeldbellen volgens gebruikers op geestelijke gezondheidszorg?

**Subvragen**

1: Ontwikkeling en implementatie

- Wat zijn de aanleiding en het doel van beeldbellen binnen IPG?
- Hoe is het beeldbellen binnen IPG vormgegeven?
- Hoe is het beeldbellen binnen IPG geïmplementeerd?

2: Evaluatie en verwachtingen

- Welke voordelen noemen of verwachten gezinshulpverleners en cliënten die wel en niet hebben beeldgebeld?
- Welke nadelen noemen of verwachten gezinshulpverleners en cliënten die wel en niet hebben beeldgebeld?
- Welke randvoorwaarden noemen of verwachten gezinshulpverleners en cliënten die wel en niet hebben beeldgebeld?

3: Doelgroepbepaling

- Voor welke type cliënt is beeldbellen geschikt en minder geschikt volgens de gezinshulpverleners die hebben beeldgebeld?

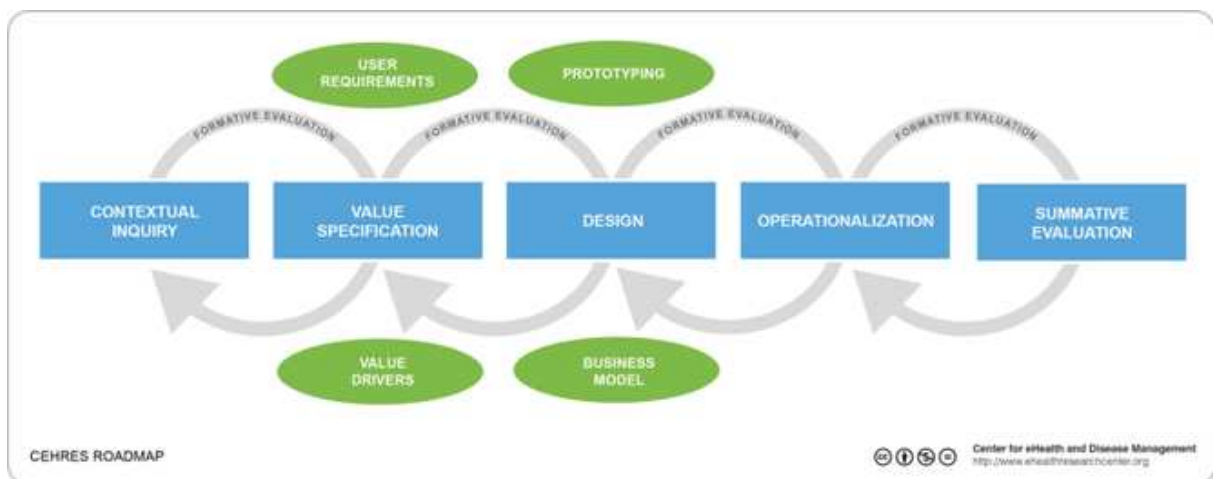


## 2. Methoden

### 2.1 De CeHRes Roadmap

Het huidige onderzoek bekijkt de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van beeldbellen binnen IPG door middel van een holistisch framework waarbinnen de CeHRes Roadmap is ontwikkeld (Van Gemert-Pijnen et al., 2011). In deze holistische aanpak is aandacht voor de onderlinge afhankelijkheid van technologische, menselijke en contextuele factoren, iets wat ontbreekt bij andere frameworks maar wel van belang is omdat de *uptake* en impact van eHealth technologieën zonder een holistische benadering slecht zullen zijn (o.a. Yusof, Kuljis, Papazafeiropoulou & Stergioulas, 2008). Het framework van Van Gemert-Pijnen en collega's (2011) is gebaseerd op een participerende ontwikkelingsaanpak, persuasieve ontwerptechnieken en *business modeling*. Om deze holistische aanpak te visualiseren is de CeHRes Roadmap gecreëerd. Deze Roadmap, bestaande uit vijf onderdelen en vier evaluatiecycli (figuur 1), biedt praktische richtlijnen die helpen bij het plannen, coördineren en uitvoeren van het ontwikkelingsproces. De Roadmap onderscheidt zich hierdoor van andere benaderingen (o.a. Danksy, Thompson & Sanner, 2006).

Zes principes staan centraal binnen de benadering: de ontwikkeling van eHealth technologieën is een samenwerkingsproces met meerdere stakeholders; er moet sprake zijn van constante evaluatiecycli; ontwikkeling en implementatie zijn sterk met elkaar verweven; de eHealth technologie verandert de organisatie van de gezondheidszorg; het ontwerp van de technologie moet gebruik maken van persuasieve ontwerptechnieken; en geavanceerde methoden moeten gebruikt worden om de impact in kaart te brengen (Van Gemert-Pijnen et al., 2011). Als het proces van beeldbellen binnen de IPG bekeken wordt met behulp van de Roadmap kan de effectiviteit van beeldbellen verbeterd worden doordat verbeterpunten worden ontdekt die anders onopgemerkt waren gebleven (Van Gemert-Pijnen et al., 2011).



Figuur 1. De CeHRes Roadmap (Van Gemert-Pijnen et al., 2011)

### 2.2 Intensieve Psychiatrische Gezinszorg (IPG)

Het huidige onderzoek vindt plaats binnen Dimence, een grote Nederlandse instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Beeldbellen is sinds kort als pilot ingevoerd binnen de Intensieve Psychiatrische Gezinszorg (IPG), een behandeling die wordt ingezet bij gezinnen met kinderen tot 18 jaar waarin sprake is van ernstige situaties, veroorzaakt door psychiatrische problematiek van kind en/of ouders. De behandeling maakt gebruik van verschillende interventies die gebaseerd zijn op psycho-educatie, oplossingsgerichte gesprekstherapie, systeemtheorie en leertheorie. De IPG-behandeling duurt ongeveer zes maanden en bestaat volledig uit huisbezoeken door de gezinshulpverlener waarin gesprekken met ouders en

eventueel kind(eren) worden gevoerd. IPG hanteert een vaststaand protocol waarbij de eerste zes weken gericht zijn op kennismaking, inventarisatie en het opstellen van doelen. In de tweede fase komt de gezinshulpverlener vier maanden lang twee keer per week bij het gezin langs om aan de doelen te werken. Tijdens de twee maanden durende derde periode komt de hulpverlener één keer per week langs en wordt het traject geleidelijk afgesloten. Na afloop van het traject wordt een knipkaart ingezet, wat inhoudt dat een gezin een half jaar lang recht heeft op maximaal vijf gesprekken indien behoefte is aan ondersteuning.

### **2.3 Ontwikkeling en implementatie**

Om de eerste drie onderzoeksvragen te beantwoorden zijn verschillende kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruikt. De informatie is verkregen uit analyses van notulen van vergaderingen en documenten die in het begin van het proces opgesteld zijn, gesprekken met bij de ontwikkeling betrokken stakeholders en interviews met gezinshulpverleners en cliënten die gebruik maakten van beeldbellen.

#### **2.3.1 Participanten**

Semi-gestructureerde interviews zijn afgenomen bij gezinshulpverleners en cliënten die gebruik hebben gemaakt van beeldbellen. De gezinshulpverleners konden zich voor aanvang van de implementatie opgeven voor het pilotproject. In de loop van het traject zijn er twee gezinshulpverleners bijgekomen waardoor in totaal zes beeldbellende gezinshulpverleners betrokken zijn. Door hun deelname aan het project waren de hulpverleners verplicht om hun medewerking te verlenen aan het huidige onderzoek. De interviews vonden plaats op de werklocatie van de hulpverleners. De ouders die gebruik hebben gemaakt van beeldbellen zijn betrokken bij het project doordat elke hulpverlener zijn of haar nieuw te starten gezinnen heeft gevraagd of ze gebruik wilden maken van beeldbellen. De inclusiecriteria voor de gezinnen in het huidige onderzoek waren: gestart zijn met IPG met beeldbellen in 2012, IPG af hebben gerond binnen de tijdspanne van het onderzoek en toestemming hebben verleend voor het interview. In totaal zijn vijf gezinnen geïnterviewd en deze interviews zijn bij de ouders thuis afgenomen.

Andere personen die betrokken zijn bij het onderzoek, zijn de teamleider IPG, de medewerker Ontwikkeling en Kwaliteit en een medewerker van ICT. De informatie die deze personen leverden is niet op een gestructureerde manier verzameld omdat het simpele zaken betrof waarbij doorvragen niet noodzakelijk was.

#### **2.3.2 Procedures en materialen**

Om het ontwikkelings- en implementatieproces gestructureerd in kaart te brengen is op basis van de onderdelen van de CeHRes Roadmap een lijst met benodigde informatie. De eerste stap was het analyseren van de beschikbare documenten: notulen en documenten met conclusies van de bijeenkomsten van twee werkgroepen gericht op respectievelijk de vormgeving en implementatie van beeldbellen binnen de IPG en een evaluatie van eerder gebruik van beeldbellen binnen Dimence in een ander type behandeling. De relevante informatie werd letterlijk overgenomen en in een document gezet. De informatie die na het bestuderen van de documenten nog niet beschikbaar was, werd verzameld door vragen te stellen aan de medewerker O&K, de teamleider IPG en medewerkers van ICT. Vragen die na deze twee stappen nog niet beantwoord waren, werden in de interviews met gezinshulpverleners en/of gezinnen gesteld.

Er is gekozen om gebruik te maken van een semi-gestructureerd interview omdat dit mogelijkheden biedt om door te vragen maar waarbij toch een duidelijke structuur wordt aangehouden. Voordat de interviews zijn opgesteld is informatie verzameld door documentanalyse en gesprekken met andere stakeholders. Benodigde informatie die niet op deze wijze verkregen kon worden is verzameld door de interviews. De interviewvragen waren gebaseerd op de CeHRes Roadmap en hadden voornamelijk betrekking op het design van de technologie en de implementatie. In de interviews met de hulpverleners werd gevraagd naar de manier waarop beeldbellen werd geïntroduceerd, de vormgeving van Lync, de beeld- en

geluidskwaliteit, de installatie, problemen en eventuele ondersteuning, de begrijpelijkheid van het programma en eventuele extra kosten. De interviews met de ouders bevatten minder vragen omdat zij, in vergelijking met de hulpverleners, minder ervaring hadden met Lync en dus minder informatie konden geven. De vragen waren gericht op de introductie van beeldbellen, de vormgeving van Lync, de installatie, problemen met het programma, technische ondersteuning en begrijpelijkheid van het programma. Het stellen van de vragen over de ontwikkeling en implementatie duurde ongeveer tien tot vijftien minuten. De interviews zijn, met toestemming van de respondenten, opgenomen. De interviews met daarin de onderdelen gericht op ontwikkeling en implementatie staan in de bijlagen 1 en 4.

### **2.3.3 Analyse**

De opnamen van de interviews zijn letterlijk uitgewerkt en de antwoorden op de vooraf opgestelde vragen zijn onder elkaar gezet zodat op een overzichtelijke manier gezocht kon worden naar overeenkomsten en verschillen. Vervolgens is een samenvatting van de gevonden informatie in de lijst met relevante punten gezet.

## **2.4 Evaluatie en verwachtingen**

Er is gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksopzet waarbij semi-gestructureerde interviews werden afgenomen, wat goed aansluit op de exploratieve aard van het onderzoek. Kwalitatief onderzoek is geschikt voor vragen over ervaringen, behandelingen en onderlinge communicatie vanuit het gezichtspunt van patiënten en hulpverleners. Tevens is beeldbellen als vorm van blended care een relatief onontgonnen gebied, wat inhoudt dat kwalitatieve methoden geschikt zijn om dit in kaart te brengen (NKO AMC, 2002).

### **2.4.1 Participanten**

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn interviews afgenomen bij vier groepen: gezinshulpverleners en gezinnen die wel en geen gebruik hebben gemaakt van beeldbellen. De beschrijving van de werving van de twee groepen die gebruik hebben gemaakt van beeldbellen staat in paragraaf 2.3.1. De beeldbellende gezinshulpverleners zijn twee keer geïnterviewd: drie en zes maanden na aanvang van het eerste beeldbelcontact. Doordat één hulpverlener vertrok en twee hulpverleners pas later begonnen met beeldbellen konden drie van de zes hulpverleners alleen op het eerste moment worden geïnterviewd.

Alle vier gezinshulpverleners die geen gebruik hebben gemaakt van beeldbellen zijn bevraagd over hun verwachtingen van beeldbellen. Ook werden interviews afgenomen bij gezinnen die niet in aanraking zijn gekomen met beeldbellen. De criteria voor deelname aan het onderzoek waren: IPG hebben afgerond of in de afrondende fase zitten, geen gebruik hebben gemaakt van beeldbellen en toestemming voor de interviews hebben verleend. De gezinnen zijn geworven door drie gezinshulpverleners die niet beeldgebeld hebben. Zij hebben de vijf laatste gezinnen waarbij IPG afgerond is of in de afrondende fase zat verzocht om deel te nemen. De gezinnen die deel wilden nemen zijn via e-mail door de onderzoeker benaderd om toestemming te vragen voor het telefonische interview. In totaal zijn zes ouders telefonisch geïnterviewd.

### **2.4.2 Procedures en materialen**

Alle respondenten bevraagd over vier onderwerpen: ervaren of verwachte voordelen; ervaren of verwachte nadelen; een cijfer voor de mening over/het beeld van beeldbellen; en randvoorwaarden. De formulering van de vragen over deze vier onderwerpen verschilde per groep. De interviews zijn te vinden in de bijlagen 1, 2, 3, 4 en 5.

De gezinshulpverleners die beeldbellen zijn op twee momenten geïnterviewd om te zoeken naar eventuele veranderingen in hun mening en om een zo betrouwbaar mogelijk beeld te creëren. Naast de vier standaard onderwerpen werd gevraagd naar hoe gesprekken via beeldbellen verschilden van face-to-face communicatie en hoe beeldbellen hun werk beïnvloedde. Ook werd in de interviews gezocht naar verbeterpunten en voor welk type cliënt beeldbellen het meest geschikt was. Het tweede interview was een verkorte versie van het eerste interview. Wel werd extra aandacht besteed aan verbeterpunten, randvoorwaarden en

doelgroepbepaling. De verandering van de mening ten opzichte van het vorige interview kwam eveneens aan bod. Het eerste interview duurde, exclusief de vragen over de ontwikkeling en implementatie, een half uur tot drie kwartier. Het tweede interview nam 15 tot 20 minuten in beslag.

De gesprekken met cliënten die beeldbelden vonden plaats nadat het IPG-traject was afgerond. Het interviewschema volgde dezelfde structuur als dat voor de gezinshulpverleners, alleen ontbrak de doelgroepbepaling. Er werd bij de ouders vooral nadruk gelegd op hoe de communicatie met de hulpverlener verschilt als gebruik gemaakt wordt van beeldbellen en waardoor dit verschil veroorzaakt wordt. De interviews duurden, exclusief de vragen over de implementatie, 20 tot 30 minuten.

De interviews met ouders die niet beeldgebeld hebben waren, naast de vier standaard onderwerpen, ook gericht op de vraag of het gezin gebruik zou willen maken van beeldbellen. Voorafgaand aan de interviews met de gezinnen moest informatie over beeldbellen verstrekt worden omdat ouders hier weinig tot geen kennis over hadden. De verhouding tussen face-to-face en beeldbelcontact werd genoemd en beeldbellen werd vergeleken met Skype. De interviews met beide groepen duurden 10 tot 15 minuten.

### **2.4.3 Analyse**

De opnamen van de interviews zijn letterlijk uitgeschreven. Hierna zijn de uitspraken over voor- en nadelen en randvoorwaarden gemarkeerd. De relevante uitspraken werden per groep in een document gezet. De onderzoeker verdeelde de uitspraken die inhoudelijk overeen kwamen in groepen en formuleerde vervolgens zelf codes die betrekking hadden op de inhoud van de uitspraak. Er is geprobeerd om de codenamen van de verschillende groepen zo veel mogelijk overeen te laten komen om de overzichtelijkheid te bevorderen. De opgestelde codes zijn met elkaar vergeleken om brede hoofdcategorieën te identificeren. Ook is het codeerschema na elk nieuw geanalyseerd interview aangepast en verbeterd. Ten slotte werden de uitspraken opnieuw doorgenomen om te verzekeren dat de citaten bij de juiste categorie ingedeeld waren. Dit proces is bij alle vier groepen doorlopen, wat inhoudt dat elke groep een apart schema heeft met voordelen, nadelen en randvoorwaarden. Er is gebruik gemaakt van unieke codering, wat inhoudt dat een code maximaal eenmaal aan een respondent toegekend kan worden. Een voorbeeld van het coderingsproces staat weergegeven in bijlage 6.

## **2.5 Doelgroepbepaling**

De beeldbellende hulpverleners hebben in de interviews aangegeven welke cliënten ze geschikt en minder geschikt achtten voor beeldbellen. Omdat het van belang is dat er consensus bestaat onder de gezinshulpverleners en de resultaten eenduidig zijn, is ook een focusgroep gehouden.

### **2.5.1 Participanten**

Op het moment van de focusgroep maakten vijf hulpverleners gebruik van beeldbellen. Drie hulpverleners namen deel aan de focusgroep, de overige twee waren verhinderd.

### **2.5.2 Procedures en materialen**

Omdat de focusgroep betrekking had op één onderzoeksvraag, is alleen gevraagd naar welk type gezin de hulpverleners wel en niet geschikt achtten voor beeldbellen. Vervolgens is doorgevraagd tot enkele duidelijke criteria op papier gezet konden worden. Het gesprek vond plaats via Lync, de hulpverleners belden in vanaf hun kantoor. In totaal duurde de focusgroep een half uur.

### **2.5.3 Analyse**

De criteria die tijdens de focusgroep opgesteld zijn, zijn verder uitgewerkt en gestructureerd. Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is gekeken naar de overeenkomsten tussen de resultaten van de focusgroep en de interviews.

## 3. Resultaten

### 3.1 Participanten

De gemiddelde leeftijd van de zes gezinshulpverleners die beeldbellen was 38.5 (SD=5.4) en gemiddeld zaten zij 5.5 jaar (SD=8.8) in het IPG-team. Vijf hulpverleners waren vrouwelijk en één mannelijk. De leeftijd van de vier gezinshulpverleners die geen gebruik hebben gemaakt van beeldbellen was gemiddeld 47.5 (SD=5.4) en zij waren gemiddeld 7.5 (SD=1.3) jaar werkzaam bij IPG. Ook in deze groep was één van de vier hulpverleners mannelijk.

In totaal zijn vijf ouders die gebruik hebben gemaakt van beeldbellen geïnterviewd. De gemiddelde leeftijd van de geïnterviewde ouder was 34.6 (SD=3.0) en zij waren allen vrouwelijk. De gemiddelde leeftijd van het kind dat centraal staat in de behandeling was 7.8 (SD=9.6) en hun DSM-diagnosen verschillen allen van elkaar. Enkele diagnosen waren ADHD, ouder-kind relatieprobleem en PDD-NOS met een bijkomend ouder-kind relatieprobleem. De zes geïnterviewde ouders die geen gebruik hebben gemaakt van beeldbellen hadden een gemiddelde leeftijd van 36.33 (SD=9.7) en waren allen vrouwelijk. De gemiddelde leeftijd van het centraal staande kind was 9.5 (SD=5.9) en de diagnosen waren eveneens allen verschillend van elkaar. Enkele diagnosen waren angststoornis NAO, PDD-NOS en ADHD.

### 3.2 Ontwikkeling en implementatie

#### 3.2.1 Aanleiding en doel van beeldbellen

De eerste stap van de CeHRes Roadmap is de *contextual inquiry*. Hierbij wordt in kaart gebracht wat het probleem is en wie een aandeel in dit probleem heeft. Als wordt gekeken naar het ontwikkelingsproces van beeldbellen binnen IPG valt op dat bepaalde keuzes wel onderbouwd zijn, maar dat enkele relevante stappen overgeslagen zijn in het ontwerptraject.

Het idee voor beeldbellen binnen Dimence, genaamd Telemence, is ontstaan en uitgewerkt in 2010 en daarna ingezet bij twee andere teams. Toen besloten werd dat beeldbellen gebruikt zou worden binnen IPG, was Telemence dus al ontwikkeld en gebruikt in een andere setting. In de *contextual inquiry* moeten de verschillende stakeholders en hun rollen in kaart gebracht worden. In het ontwikkelingsproces is dit echter niet expliciet gebeurd waardoor de verschillende verantwoordelijkheden niet officieel vast zijn gelegd. Wel kunnen de stakeholders van het gehele proces achteraf geïdentificeerd worden. De nummers in tabel 1 staan voor de onderdelen van de Roadmap waarbij de stakeholders betrokken waren. Wat opvalt is dat één belangrijke stakeholder ontbreekt: de cliënt.

Tabel 1

*Stakeholders en hun rol in de ontwikkeling en implementatie van beeldbellen binnen IPG.*

<b>Betrokken stakeholders IPG</b>	<b>Rol</b>	<b>Stap Roadmap</b>
Teamleider IPG	Aansturen, coördinerende rol	1, 2, 4
Betrokken gezinshulpverleners	Actief meedenken, brainstormen, feedback geven	2, 4
Stafmedewerker Ontwikkeling en Kwaliteit	Aansturen, regelen, trainen	2, 3, 4
Medewerkers I&A	Hulp bij technische problemen/vragen	3, 4
Directieleden	Toestemming verlenen, financiën regelen	4

Binnen Dimence is een kleine, ongestructureerde *contextual inquiry* uitgevoerd door de teamleider van IPG. Hij beschreef dat een reden voor het starten met het gebruik van beeldbellen is dat de Raad van Bestuur van Dimence in 2011 het doel heeft gesteld om in 2014 20 tot 30% van de curatie en preventie uit online hulp te laten bestaan. Tevens neemt het reizen in de twee regio's van IPG 17% en 22% van de totale tijd van de hulpverleners in

beslag, wat relatief veel is. Bovendien wist de teamleider door eerder gekregen informatie van gezinshulpverleners dat enkele gezinnen moeite hadden met het twee keer per week tijd vrijmaken voor een huisbezoek, voornamelijk tijdens kantooruren. De oplossing voor deze problemen werd door de teamleider gevonden in het reeds ontwikkelde Telemence. Verdere problemen met IPG zijn voor aanvang van de introductie van beeldbellen niet in kaart gebracht, bovendien is de enige stakeholder in dit eerste deel van het proces de teamleider geweest. Wel heeft hij rekening gehouden met bij hem reeds bekende informatie van hulpverleners. Bij de ontwikkeling is het eveneens van belang om de problemen in te delen op basis van efficiëntie, effectiviteit, tijdigheid en veiligheid, maar ook dit is niet gebeurd. Hierdoor is niet duidelijk welk probleem de grootste prioriteit heeft.

De tweede stap van de Roadmap is *value specification*. De gewenste verbeteringen van de zorgverlening staan hierbij centraal. De waarden, behoeften en wensen van gebruikers moeten omgezet worden naar concrete behoeften en er moet duidelijk worden op welke manier beeldbellen bij kan dragen aan verbeteringen in de zorg. Uit de evaluatie van het proces blijkt dat problemen en dus ook de gewenste verbeteringen niet gestructureerd in kaart zijn gebracht binnen IPG. Door de twee projectgroepen hebben enkele hulpverleners wel input kunnen leveren, maar op dat moment was al besloten dat Telemence gebruikt zou worden, wat inhoudt dat de overleggen vooral gericht waren op de verhouding tussen beeldbellen en face-to-face contact. De behoeften van de cliënten zijn hierbij niet in kaart gebracht. Het zelfde geldt voor de attributen en vereisten van de technologie, zo was bijvoorbeeld niet geheel duidelijk wat de minimale eisen voor de computer en verbinding waren en welke vormgeving aan zou sluiten bij de voorkeuren van de cliënten. Eveneens moet in de *value specification* goed beargumenteerd worden waarom de groep hulpverleners en cliënten geselecteerd zijn. In het huidige proces konden hulpverleners zichzelf opgeven voor de pilot, dus was er geen sprake van selectiecriteria. Alle gezinnen van de vier hulpverleners zijn gevraagd deel te nemen, dus ook hiervoor zijn vooraf geen selectierichtlijnen opgesteld. De verwachte voordelen, beperkingen en nadelen van beeldbellen zijn vooraf niet expliciet in kaart gebracht. Wel zijn enkele doelen gesteld door de teamleider IPG, de gezinshulpverleners en de stafmedewerker O&K. Deze doelen zijn echter niet gebaseerd op onderzoek binnen Dimence of relevante literatuur en zijn voornamelijk intuïtief gesteld. Ook is niet beschreven en gepland hoe in de evaluatie gemeten moet worden of de doelen behaald zijn.

### **3.2.2 Inhoud en vorm van beeldbellen**

De derde stap van de Roadmap heeft betrekking op het ontwerp van de eHealth technologie. Hierbij staat het aanpassen van de technologie op de *user requirements* centraal. Er is gebruik gemaakt van Lync, een bestaand programma dat al gebruikt werd in de zorginstelling. Hierdoor konden behoeften van de gebruikers niet meegenomen worden in het ontwerp, maar een voordeel was dat geen tijd gestoken hoefde te worden in de ontwikkeling.

Lync is een programma van Microsoft dat is ontwikkeld voor de zakelijke markt. Een screenshot staat in figuur 2. Op het eerste scherm staat het startscherm met online contactpersonen weergegeven, het tweede scherm toont een beeldbelgesprek en op het derde scherm is een audiogesprek te zien. Gebruikers kunnen chatten en gebruik maken van video- en audiocommunicatie met andere gebruikers die op dat moment online zijn. Ook is het mogelijk om gesprekken met meerdere personen te voeren, waarbij alleen de persoon die aan het woord is in beeld verschijnt. Het programma is vergelijkbaar met Skype, met als belangrijkste verschil dat Lync een Microsoft Lync Server gebruikt waardoor berichten het intranet van het bedrijf niet verlaten. Omdat berichten niet via internet verstuurd worden, is Lync een veiliger programma. De gegevens van chatgesprekken en een logboek van de beeldbelsessies worden opgeslagen en zijn alleen voor de gebruiker zelf in te zien, maar de opslag van deze gegevens kan worden uitgeschakeld. Uit de interviews bleek dat ouders en hulpverleners het gebruik van het programma als makkelijk ervoeren, maar dat het als

onhandig gezien werd dat het beeld handmatig ingeschakeld moet worden en dat sommige functies overbodig en daardoor afleidend waren.



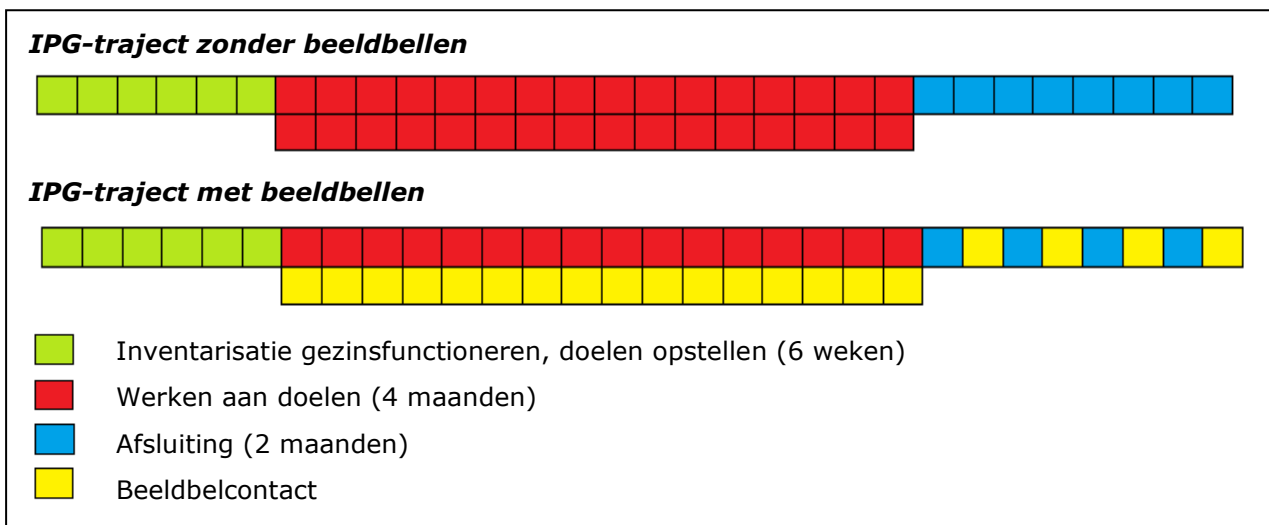
Figuur 2. Screenshot van drie schermen van Lync: startscherm, video- en audiogesprek.

Beeldbellen is te gebruiken door gezinnen die beschikken over een goede internetverbinding, computer, webcam, microfoon en luidsprekers. Verdere en specifiekere technische randvoorwaarden zijn vooraf niet opgesteld. Uit onderzoek is echter gebleken dat beeldbellen niet mogelijk is als er een bandbreedte van 128 kB per seconde of minder gebruikt wordt (Dobscha et al., 2006). Gebruikers kunnen extra kosten maken als ze niet over de juiste apparatuur beschikken, maar in de praktijk blijkt dit niet vaak te gebeuren. De installatie verliep over het algemeen goed, al bleek uit de interviews dat enkele ouders problemen ondervonden met de handleiding doordat enkele stappen, zoals het instellen van de taal, overgeslagen werden. De snelheid en beeld- en geluidskwaliteit zijn afhankelijk van de internetverbinding en de computer.

Omdat gebruik werd gemaakt van een bestaand programma dat reeds beschikbaar was in de zorginstelling, was de designfase voornamelijk gericht op het vaststellen van de verhouding tussen beeldbellen en face-to-face contact. Dit werd gedaan door een werkgroep met gezinshulpverleners, de teamleider IPG en de medewerker O&K. De verhouding is niet in overleg met cliënten opgesteld en ook is geen gebruik gemaakt van eerder onderzoek of theorieën. Er is bepaald dat tijdens de eerste zes weken geen gebruik wordt gemaakt van beeldbellen omdat dit volgens de ontwikkelaars een fase is waarin kennismaking en het inschatten van de gezinssituatie centraal staan. Hulpverleners gaven aan dat huisbezoeken hiervoor essentieel zijn omdat via face-to-face contact een sterkere band wordt opgebouwd en er een beter beeld van de omgeving van het gezin ontstaat. Tijdens de vier maanden waarin het gezin en de hulpverlener werken aan de doelen wordt één van de twee wekelijkse contacten vervangen door beeldbellen. De reden hiervoor is dat hulpverleners aangaven dat sommige gezinnen twee huisbezoeken te intensief vonden. Ook werd verwacht dat de band

op dat moment al goed genoeg zou zijn om te beeldbellen. Tijdens de derde periode worden face-to-face en beeldbelcontact met elkaar afgewisseld zodat beeldbellen niet de boventoon gaat voeren. Tijdens de knipkaartperiode wordt alleen gebruik gemaakt van beeldbellen omdat dit gezien wordt als laagdrempeliger en Dimence verwacht dat de relatie tussen hulpverlener en cliënt op dat moment zo goed is dat face-to-face contact niet meer noodzakelijk is. De opbouw van de oorspronkelijke module en de verhouding tussen huisbezoeken en beeldbelcontact staat weergegeven in figuur 3, waarbij één blok staat voor één week. Vooraf zijn geen afspraken gemaakt over welke onderdelen van de behandeling via face-to-face contact of via beeldbellen behandeld zouden worden.

Beeldbellen is niet altijd beschikbaar voor de cliënt doordat alleen wordt beeldgebeld als een afspraak is gemaakt. Enkele gezinshulpverleners hebben echter geëxperimenteerd met een 'spreekuur' waarop cliënten op vaststaande momenten zelf naar hun hulpverlener kunnen bellen met vragen. Dit is echter niet vooraf afgesproken en is op eigen initiatief gedaan.



*Figuur 3.* Opbouw van de IPG-module met en zonder beeldbellen waarbij één blok staat voor één week.

### **3.2.3 Invoering van het systeem**

De vierde stap van de Roadmap is gericht op de introductie van de technologie in de zorg. Hierbij moet aandacht besteed worden aan disseminatie, adoptie en incorporatie van de technologie binnen de IPG-module. Strategieën voor het introduceren moeten ontwikkeld worden.

Voorafgaand aan de implementatie zijn meerdere werkgroepen opgericht. De eerste werkgroep was Telezorg in de IPG en hield brainstormsessies over het inpassen van beeldbellen in het zorgproces waarbij de focus vooral lag op de verhouding tussen face-to-face en beeldbelcontact. Hierna werd de Implementatiewerkgroep Project Telezorg IPG gevormd. Deze groep hield zich bezig met het vormgeven van beeldbellen in de praktijk en de implementatie. Na twee bijeenkomsten van deze werkgroep werd begonnen met beeldbellen. Er is geen gebruik gemaakt van een vaststaand implementatieprotocol voor hulpverleners en cliënten, wel werden hulpverleners kort getraind door een medewerker van Ontwikkeling en Kwaliteit en was er een korte nieuwsbrief die aan de gezinnen werd gegeven. Alle nieuwe gezinnen zouden gaan beeldbellen, mits de computer voldeed aan de minimale systeemeisen en het gezin zelf geen zeer sterke bezwaren had. Zodra gezinnen deel wilden nemen ontvingen ze inloggegevens met daarbij een handleiding voor de installatie van Lync. Deze handleiding beschreef stapsgewijs en door middel van screenshots hoe het programma geïnstalleerd moest worden op de computer. Pas na afloop van deze stappen is de onderzoeker betrokken bij het proces en werd een evaluatieplan opgesteld.



### **3.3 Evaluatie en verwachtingen**

Interviews zijn gebruikt om informatie over de ervaren of verwachte voordelen, nadelen en randvoorwaarden van beeldbellen te vergaren. Ook is een rapportcijfer toegekend aan beeldbellen om de mening over of het beeld van beeldbellen te kwantificeren. Na analyse van de gegevens zijn de gevonden ervaren en verwachte voor- en nadelen ondergebracht in drie brede, overkoepelende categorieën:

1. Inhoudelijk. Gericht op de inhoud en kwaliteit van de gesprekken, het contact en de hulpverlening in het algemeen.
2. Praktisch. Gericht op praktische aspecten zoals techniek en planningsgerelateerde zaken.
3. Gezinsperspectief/hulpverlenersperspectief. Voor- of nadelen vanuit het perspectief van de gezinnen volgens de hulpverleners en vice versa.

Ook de randvoorwaarden konden ingedeeld worden in drie categorieën: (1) Inhoudelijk, (2) Praktisch en (3) Informatie. De betekenis van de eerste twee categorieën komt overeen met de hiervoor beschreven categorieën Inhoudelijk en Praktisch. De derde categorie, Informatie, heeft betrekking op informatie die volgens de (potentiële) gebruikers verstrekt moet worden om succesvol gebruik te maken van beeldbellen. In tabel 2 staan de hoofdcategorieën met daarbij de meest genoemde subcategorieën voor de twee groepen gezinshulpverleners weergegeven. De N staat voor het totale aantal subcategorieën van de hoofdcategorie. Alle subcategorieën worden verderop in deze paragraaf weergegeven en, indien nodig, uitgelegd door middel van citaten. In tabel 3 staat hetzelfde weergegeven voor de twee groepen gezinnen.

Tabel 2

Overzicht van de categorieën van gezinshulpverleners die wel en niet hebben beeldgebeld met de belangrijkste subcategorieën

Onderwerp	Categorie	Belangrijkste subcategorieën	N	Categorie	Belangrijkste subcategorieën	N
<b>Ervaringen van hulpverleners die beeldbelden</b>				<b>Verwachtingen van hulpverleners die niet beeldbelden</b>		
Voordelen	Inhoudelijk	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minder ruis in het contact</li> <li>Beeldbellen als evaluatiemoment</li> <li>Beïnvloedt contact niet</li> <li>Minder belastend voor hulpverlener</li> </ul>	25	Inhoudelijk	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minder ruis in het contact</li> <li>Beeldbellen als evaluatiemoment</li> <li>Beeldbellen als aanvulling</li> </ul>	9
	Praktisch	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kortere gesprekken</li> <li>Minder reistijd</li> <li>Vanuit huis kunnen bellen</li> <li>Afspraken flexibeler plannen</li> <li>Grotere caseload hulpverlener</li> </ul>	25	Praktisch	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kortere gesprekken</li> <li>Afspraken flexibeler plannen</li> </ul>	8
			Gezins- perspectief	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minder belastend voor ouders</li> <li>Afspraken flexibeler plannen</li> </ul>	11	Gezins- perspectief
Nadelen	Inhoudelijk	<ul style="list-style-type: none"> <li>Omgevingsinformatie missen</li> <li>Minder nadruk op emoties</li> <li>Afstandelijker contact</li> </ul>	20	Inhoudelijk	<ul style="list-style-type: none"> <li>Omgevingsinformatie missen</li> <li>Minder goed aansluiten</li> <li>Minder nadruk op emoties</li> <li>Minder controle over situatie</li> <li>Kinderen lastiger betrekken</li> </ul>	18
	Praktisch	<ul style="list-style-type: none"> <li>Technische problemen</li> <li>Grotere caseload hulpverlener</li> <li>Hulpverlener moet wennen aan beeldbellen</li> </ul>	22	Praktisch	<ul style="list-style-type: none"> <li>Werken met PC niet prettig</li> <li>Technische problemen</li> <li>Eigen privacy komt in gevaar</li> </ul>	11
			Gezins- perspectief			<ul style="list-style-type: none"> <li>Niet geschikt voor alle gezinnen</li> </ul>
Randvoorwaarden	Inhoudelijk	<ul style="list-style-type: none"> <li>Face-to-face mag niet vervangen worden</li> </ul>	23	Inhoudelijk	<ul style="list-style-type: none"> <li>Face-to-face niet vervangen worden</li> <li>Af kunnen wijken van verhouding ftf en beeldbellen</li> <li>Keuzevrijheid hulpverlener en gezin</li> <li>Flexibiliteit</li> </ul>	14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Af kunnen wijken van verhouding ftf en beeldbellen</li> <li>Keuzevrijheid hulpverlener en gezin</li> </ul>	14			
	Praktisch	<ul style="list-style-type: none"> <li>Goede apparatuur</li> <li>Goede verbinding</li> </ul>	5	Praktisch	<ul style="list-style-type: none"> <li>Techniek moet werken</li> </ul>	3
		Informatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Selectiecriteria voor geschikte cliënt</li> </ul>		Informatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uitleg over technische kant voor cliënt</li> <li>Informatie voor gezinnen</li> </ul>

Tabel 3

Overzicht van de categorieën van ouders die wel en geen gebruik hebben gemaakt van beeldbellen

Onderwerp	Categorie	Belangrijkste subcategorieën	N	Categorie	Belangrijkste subcategorieën	N
<b>Ervaringen van ouders die beeldbelden</b>				<b>Verwachtingen van ouders die niet beeldbelden</b>		
Voordelen	Inhoudelijk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Minder ruis in het contact</i></li> <li>• <i>Beeldbellen als evaluatiemoment</i></li> <li>• <i>Beïnvloedt contact niet</i></li> <li>• <i>Hulpverlener minder afleidbaar</i></li> </ul>	16	Inhoudelijk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Minder belastend voor ouders</i></li> </ul>	7
	Praktisch	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Kortere gesprekken</i></li> <li>• <i>Afspraken flexibeler plannen</i></li> </ul>	18	Praktisch	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Minder inbreuk in thuissituatie</i></li> <li>• <i>Afspraken flexibeler plannen</i></li> <li>• <i>Prettiger dan bellen</i></li> </ul>	9
	Hulpverlenersperspectief	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Minder reistijd</i></li> </ul>	4	Hulpverlenersperspectief	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Minder reistijd</i></li> </ul>	3
Nadelen	Inhoudelijk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Afstandelijker contact</i></li> <li>• <i>Minder nadruk op emoties</i></li> </ul>	10	Inhoudelijk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Afstandelijker contact</i></li> <li>• <i>Minder nadruk op emoties</i></li> </ul>	13
	Praktisch	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Technische problemen</i></li> </ul>	10	Praktisch	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Geen goede apparatuur</i></li> </ul>	9
	Hulpverlenersperspectief	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Omgevingsinformatie missen</i></li> </ul>	5	Hulpverlenersperspectief	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Omgevingsinformatie missen</i></li> </ul>	7
Randvoorwaarden	Inhoudelijk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Face-to-face mag niet vervangen worden</i></li> <li>• <i>Voorafgaand band opgebouwd hebben</i></li> </ul>	17	Inhoudelijk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Face-to-face mag niet vervangen worden</i></li> <li>• <i>Cliënten in laten bellen op niet-vaststaande momenten</i></li> </ul>	9
	Praktisch	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Goede verbinding</i></li> </ul>	5			6
	Informatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Handleiding voor installeren</i></li> </ul>	2	Praktisch	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Goede apparatuur</i></li> </ul>	6
				Informatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Informatie over technische kant</i></li> </ul>	

### **3.3.1 Voordelen**

De gevonden en verwachte voordelen van beeldbellen volgens de vier bevroegde groepen worden weergegeven in tabel 4. De cijfers achter de subcategorie hebben betrekking op het aantal personen die het voordeel hebben genoemd in het interview, ook staat vermeld hoeveel voordelen in totaal door de groep zijn genoemd. Interviews zijn afgenomen bij zes hulpverleners met en vier zonder beeldbellen en vijf ouders met en zes zonder beeldbellen.

#### **Nadere uitleg van enkele inhoudelijke voordelen**

Het voornaamste inhoudelijke voordeel is dat er minder sprake is van ruis in het contact waardoor gesprekken concreter zijn. Ook werd het als positief gezien dat beeldbellen gebruikt kan worden als evaluatiemoment waardoor het doelgericht ingezet kan worden.

**Minder ruis in het contact** Alle personen die gebruik hebben gemaakt van beeldbellen noemden dat de communicatie minder ruis bevat waardoor het concreter is. Slechts twee hulpverleners en één ouder die niet hebben beeldgebeld noemen dit voordeel ook. Een hulpverlener omschreef dit als volgt: *"Je gaat wat meer richting van nou, waar willen we het over hebben, daar willen we het over hebben, veel concreter contact daardoor ook."* Een ouder geeft de volgende beschrijving: *"Met beeldbellen heb je echt alleen wel van nou, dat is er gebeurd, hier zit ik mee, wat kan ik daar aan doen en lucht ik m'n hart eventjes en als je hier gezellig aan de koffie zit komt ook nog wel eens Sinterklaas voorbij of de andere dingen."*

**Beeldbellen als evaluatiemoment** Gebruikers gaven aan dat zij het als voordeel zagen dat beeldbellen gebruikt kan worden om eerder gestelde doelen te bespreken. De volgende uitspraak van een gezinshulpverlener illustreert dit: *"Dat ze aan de hand van een opdracht, van die keer daarvoor, dat je zegt nou, oké, ik bel donderdag, zo laat, en dan gaan we het daar even over hebben. Dus het is heel, ja, het is heel doelgericht wat je daar inzet tijdens zo'n beeldbelcontact."* Drie hulpverleners en drie ouders die hebben beeldgebeld noemen dit, terwijl geen enkele persoon die niet heeft gebeld dit voordeel verwachtte.

**Beïnvloedt contact niet** Drie ouders en één hulpverlener die beeldbelden zeiden dat het gebruik van beeldbellen geen invloed had op het contact en de kwaliteit van de zorg. Eén ouder had het IPG-traject al eens doorlopen en op de vraag of het beeldbellen de manier waarop ze contact had met haar hulpverlener beïnvloedde antwoordde ze het volgende: *"Nee, het maakte niet zo veel verschil. Wat ik nou hier vertel, dat vertel ik misschien in een kortere versie per computer denk ik."* Een hulpverlener gaf aan dat het contact natuurlijk aanvoelt: *"Op het moment dat je in gesprek bent, dan zit je zo wel vrij te praten dat je dan wel het gevoel hebt van nou... Je hebt niet meer het gevoel dat er echt een scherm tussen zit."*

**Hulpverlener/ouder minder afleidbaar** Tijdens het beeldbellen zijn de gesprekspartners volgens twee hulpverleners en drie ouders minder afleidbaar, waarbij het volgende voorbeeld van toepassing is: *"En met een huisbezoek heb je dat toch meer, dat mensen toch, dat je meer gestoord wordt. (...) of de buurvrouw komt een keer langs."* De twee groepen die niet hebben beeldgebeld verwachtten dit voordeel niet.

**Minder belastend voor ouders/hulpverlener** Twee ouders die geen gebruik maakten van beeldbellen gaven aan dat ze verwachtten dat beeldbellen minder belastend voor henzelf is, wat dit tot één van de belangrijkste verwachte voordelen voor deze groep maakt. Hierbij werd het volgende voorbeeld gegeven: *"In het begin had ik het echt wel nodig, twee keer, dat ze echt aan huis kwamen, maar later heb ik ook aangegeven van doe maar één keer, dan wordt het me een beetje te veel, (...), dan was beeldbellen misschien iets fijner geweest."* Eén ouder die gebruik maakte van beeldbellen noemde het minder belastend zijn als voordeel en drie hulpverleners die beeldbelden zagen dit eveneens als positief voor het gezin. Ook voor sommige gezinshulpverleners zelf is beeldbellen minder belastend: *"Ik denk dat het heel erg in de zorg ook wordt onderschat door mensen die op kantoor alleen werken hoe belastend dat soms kan zijn omdat je gewoon heel veel informatie krijgt door alleen al daar te zitten en te zijn en met heel veel informatie kan je niks omdat je je natuurlijk wel op je eigen ding moet richten, dus dat geeft wel een bepaalde belasting en dit ervaar ik als veel minder belastend daardoor, omdat je echt gewoon naar een schermje zit te kijken."*

Tabel 4

*Ervaren en verwachte voordelen van beeldbellen genoemd door de vier groepen*

<b>Hulpverleners die gebruik hebben gemaakt van beeldbellen (n=61)</b>					
<i><b>Inhoudelijk</b></i>		<i><b>Praktisch</b></i>		<i><b>Gezinsperspectief</b></i>	
Minder ruis in het contact	6	Kortere gesprekken	6	Minder belastend voor ouders	3
Beeldbellen als evaluatiemoment	3	Minder reistijd	5	Afspraken flexibeler plannen	3
Beïnvloedt contact niet	3	Vanuit huis kunnen bellen	4	Ouders minder afleidbaar	2
Minder belastend voor hulpverlener	3	Afspraken flexibeler plannen	3	Ouders vertellen makkelijker	1
Hulpverlener minder afleidbaar	2	Grotere caseload hulpverlener	3	Vaak afwezige ouders betrekken	1
Hulpverlener beter voorbereid	2	Meer op moeten schrijven	1	Gesprekken kort houden	1
Metapositie innemen	1	Kostenbesparing	1		
Minder ruimte voor klagen door ouders	1	Handig bij slechte weersomstandigheden	1		
Geschikt voor psycho-educatie	1	Non-verbaal gedrag zichtbaar	1		
		Gesprekken makkelijker afronden	1		
<b>Hulpverleners die geen gebruik hebben gemaakt van beeldbellen (n=23)</b>					
<i><b>Inhoudelijk</b></i>		<i><b>Praktisch</b></i>		<i><b>Gezinsperspectief</b></i>	
Minder ruis in het contact	2	Kortere gesprekken	3	Afspraken flexibeler plannen	2
Beeldbellen als aanvulling	2	Afspraken flexibeler plannen	2	Makkelijker vertellen	1
Beeldbellen als evaluatiemoment	2	Grotere caseload hulpverlener	1	Tijdsbesparing	1
Metapositie innemen	1	Minder reistijd	1		
		Non-verbaal gedrag zichtbaar	1		
<b>Ouders die gebruik hebben gemaakt van beeldbellen (n=38)</b>					
<i><b>Inhoudelijk</b></i>		<i><b>Praktisch</b></i>		<i><b>Hulpverlenersperspectief</b></i>	
Minder ruis in hetcontact	5	Kortere gesprekken	5	Minder reistijd	3
Beeldbellen als evaluatiemoment	3	Gesprekken makkelijker afronden	4	Grotere caseload hulpverlener	1
Beïnvloedt contact niet	3	Minder inbreuk in thuissituatie	4		
Ouders minder afleidbaar	3	Afspraken flexibeler plannen	2		
Minder belastend voor ouders	1	Minder voorbereiding in thuissituatie	1		
Ouders kunnen vrijer praten	1	Beeldbellen vanaf meerdere locaties	1		
		Snelle gesprekken mogelijk	1		
<b>Ouders die geen gebruik hebben gemaakt van beeldbellen (n=19)</b>					
<i><b>Inhoudelijk</b></i>		<i><b>Praktisch</b></i>		<i><b>Hulpverlenersperspectief</b></i>	
Minder belastend voor ouders	2	Afspraken flexibeler plannen	2	Minder reistijd	2
Minder controle door hulpverlener	1	Prettiger dan bellen	2	Flexibeler plannen	1
Minder gevoel van hiërarchie	1	Minder inbreuk in thuissituatie	2		
Minder ruis in het contact	1	Handig bij afronding IPG	1		
		Kortere gesprekken	1		
		Gesprekken makkelijker afronden	1		

**Metapositie innemen** Eén beeldbellende hulpverlener gaf aan dat beeldbellen als voordeel heeft dat een metapositie makkelijker ingenomen kan worden door de fysieke en gevoelsmatige afstand. Een niet-beeldbellende hulpverlener verwachtte het volgende: *"Want twee keer in de week bouw je snel een band op, maar het kan ook maken dat je sneller misschien wat ingezogen wordt in een gezin (...). Dat je wat makkelijker soms je afstand kunt bewaren en makkelijker er boven kunt blijven hangen."*

**Ouders kunnen vrijer praten** Eén ouder die gebruik heeft gemaakt van beeldbellen gaf aan dat ze makkelijker kon praten: *"Ik voelde me via de computer net zo vrij om dingen te zeggen als op de bank. Juist was het voor mij nog wel eens wat makkelijker omdat het wat op afstand is, je praat toch makkelijker ook door een telefoon dan gewoon op de bank."*

#### **Nadere uitleg van enkele praktische voordelen**

Het meest genoemde en verwachte praktische voordeel was dat beeldbellen zorgt voor tijdsbesparing doordat gesprekken korter zijn, alleen de groep ouders zonder beeldbellen noemde dit voordeel amper. Ook gaf een groot deel van alle groepen aan dat het flexibeler in kunnen plannen van afspraken een voordeel is, wat inhoudt dat er bijvoorbeeld ook in de avond gebruik gemaakt kan worden van beeldbellen.

**Gesprekken makkelijker afronden** Vier ouders en één hulpverlener die beeldgebeld hebben zeiden dat beeldbelconversaties makkelijker afgerond kunnen worden. Een ouder gaf hier een verklaring voor: *"Op een gegeven moment ben je uitgepraat en dan is het ook afgelopen en als ze hier zit dan komen de kinderen er bij of er komt wat anders bij waardoor zij dus nog weer verder gaat. Je bent langer aan het praten als ze er is."*

**Minder inbreuk in thuissituatie** De twee groepen ouders vonden en verwachtten dat de mindere mate van inbreuk in de thuissituatie een voordeel is. Geen enkele hulpverlener noemde dit echter als voordeel voor het gezin. Een ouder die niet heeft beeldgebeld gaf aan dat ze om de volgende reden verwachtte dat dit een voordeel zou zijn: *"Het is wat losser heb ik het idee, ik heb dan niet echt het gevoel dat iemand meekijkt of zo (...), dat iemand mijn leven indringt."*

**Grotere caseload hulpverlener** Een ander praktisch voordeel is dat de caseload van hulpverleners vergroot kan worden doordat er sprake is van tijdsbesparing. Met caseload wordt het aantal cliënten dat een hulpverlener onder zijn of haar hoede heeft bedoeld.

**Snelle gesprekken mogelijk** Een ouder die gebruik maakte van beeldbellen zei dat beeldbellen een handig instrument is voor korte gesprekken: *"Kijk, voor een half uurtje komt ze bij mij niet langs, ik denk niet dat het haalbaar is, maar een half uurtje beeldbellen is voor haar denk ik wel haalbaar."*

### **3.3.2 Nadelen**

De ervaren en verwachte nadelen genoemd door de vier groepen zijn eveneens ingedeeld aan de hand van de drie voorgaande categorieën. Deze hoofd- en subcategorieën staan weergegeven in tabel 5. Enkele subcategorieën worden verhelderd door middel van citaten.

#### **Nadere uitleg van enkele inhoudelijke nadelen**

De voornaamste inhoudelijke nadelen zijn het missen van informatie uit de thuisomgeving doordat beeldgebeld wordt, het minder met gevoel en emoties kunnen werken en contact dat door cliënten als afstandelijker ervaren wordt.

**Omgevingsinformatie missen** Alle hulpverleners gaven aan en verwachtten dat het missen van informatie uit de thuisomgeving een groot nadeel is van beeldbellen. Drie van de vijf ouders die beeldbelden en vier van de zes ouders die niet beeldbelden verwachtten dat dit een nadeel voor de hulpverleners is. Het missen van informatie kan onder andere betrekking hebben op non-verbale communicatie, niet zichtbare kinderen of een ouder die buiten beeld zit. Een voorbeeld dat een hulpverlener hiervan gaf is het volgende: *"Stel dat je een moeder in beeld hebt waarmee je spreekt, het kind wat ernaast zit die zie je dan niet. (...) Als dat kind iets doet, kun je daar dan niet meteen op reageren."*

Tabel 5

*Ervaren en verwachte nadelen van beeldbellen genoemd door de vier groepen.*

<b>Hulpverleners die gebruik hebben gemaakt van beeldbellen (n=54)</b>					
<b>Inhoudelijk</b>		<b>Praktisch</b>		<b>Gezinsperspectief</b>	
Omgevingsinformatie missen	6	Technische problemen	6	Niet geschikt voor alle gezinnen	6
Minder nadruk op emoties	4	Grotere caseload	4	Ouders kunnen drempel ervaren	2
Afstandelijker contact	3	Hulpverlener moet wennen aan beeldbellen	3	Kinderen zijn sneller afgeleid	1
Niet 'resetten' tussen gesprekken	2	Clïënt kan uit beeld gaan	2	Ouders niet meer face-to-face spreken	1
Meer op houding letten	2	Hulpverlener moet meer plannen	2	Verdwijnen uit beeld	1
Minder controle over situatie	1	Eigen privacy komt in gevaar	2	Extra stress voor ouders	1
Meer door moeten vragen	1	Hulpverlener kan afgeleid worden	2		
Minder goed gesprekken met hele gezin voeren	1	Mensen lopen binnen	1		
<b>Hulpverleners die geen gebruik hebben gemaakt van beeldbellen (n=39)</b>					
<b>Inhoudelijk</b>		<b>Praktisch</b>		<b>Gezinsperspectief</b>	
Omgevingsinformatie missen	4	Werken met PC niet prettig	2	Niet geschikt voor alle gezinnen	2
Minder goed aansluiten	2	Technische problemen	2	Geen goede apparatuur	2
Minder nadruk op emoties	2	Eigen privacy komt in gevaar	2	Sommigen ouders werken niet mee	1
Minder controle over situatie	2	's Avonds moeten werken	1	Werken met PC niet prettig	1
Kinderen lastiger betrekken	2	Slechte verstaanbaarheid	1		
Afstandelijker contact	2	Grotere caseload	1		
Minder goed gesprekken met hele gezin voeren	2	Mensen zeggen eerder af	1		
		Hulpverlener moet meer plannen	1		
<b>Ouders die gebruik hebben gemaakt van beeldbellen (n=25)</b>					
<b>Inhoudelijk</b>		<b>Praktisch</b>		<b>Hulpverlenersperspectief</b>	
Afstandelijker contact	5	Technische problemen	5	Omgevingsinformatie missen	3
Minder nadruk op emoties	3	Ouder moet wennen aan beeldbellen	2	Minder in kunnen spelen	1
Minder ruimte voor informaliteit	2	Ouder moet meer plannen	2	Minder nadruk op emoties	1
		Afleiding door kinderen	1		
<b>Ouders die geen gebruik hebben gemaakt van beeldbellen (n=29)</b>					
<b>Inhoudelijk</b>		<b>Praktisch</b>		<b>Hulpverlenersperspectief</b>	
Afstandelijker contact	6	Geen goede apparatuur	3	Omgevingsinformatie missen	4
Minder nadruk op emoties	3	Technische problemen	2	Minder interactie met omgeving	2
Minder ruimte voor informaliteit	2	Werken met PC niet prettig	2	Minder direct contact met kind	1
Minder goed voorbereid op gesprek met hulpverlener	1	Eigen privacy komt in gevaar	1		
		Kost geld	1		

### **Minder nadruk op emoties**

Drie hulpverleners en drie ouders die beeldbellen gaven aan dat er minder met gevoel gewerkt kan worden. Een hulpverlener ervaart dit op de volgende manier: *"Als ik daar dan zit dan heb ik ze, dan voel ik de sfeer en als je zo'n onderwerp gaat bespreken achter de computer, dan heb je wat minder die voelsprieten."*

### **Afstandelijker contact**

Alle ouders uit de twee groepen noemden de afstandelijkere aard van het contact een groot nadeel, terwijl geen enkele beeldbellende hulpverlener dit noemde. Eén ouder gaf het volgende antwoord op de vraag waarom beeldbellen afstandelijker is: *"Ja, puur het lijfelijke denk ik. Je bent toch tegen je computer aan het praten. Als het goed gaat dan kun je dat heel goed opvangen, dus dan maakt het niet uit, maar als je echt dingen wilt bespreken, dan praat je toch makkelijker als je samen hier zit."* Een ouder die niet heeft beeldgebeld gebruikte een metafoor: *"Het is eigenlijk net als kleding bestellen online, het ziet*

er allemaal goed uit maar je kunt het niet passen. Dus een beetje het contact, het menselijke contact ontbreekt dan."

**Minder ruimte voor informaliteit** Een ander nadeel dat redelijk vaak genoemd werd, is het afwezig zijn van informaliteit in het contact, zo geeft een gezinshulpverlener die heeft beeldgebeld het volgende aan: "Er is wat minder ruimte om echt gewoon te zijn en een theetje te drinken en soms als je dat doet, dan komt er ook wel meer los, dan gaat de beerput misschien iets meer open."

**Niet resetten tussen gesprekken** Twee hulpverleners die beeldbelden noemden dat beeldbellen minder ruimte biedt om even te resetten, wat verduidelijkt wordt door de volgende uitspraak: "Soms is het reizen juist wel een voordeel omdat het voor ons zeg maar even de tijd tussen het gesprek is dat je even kunt resetten, (...) dan heb ik in ieder geval in de auto even de tijd om dat ene gesprek los te laten en het andere in m'n hoofd een beetje voor te bereiden."

**Minder controle over situatie** Twee niet-beeldbellende hulpverleners verwachtten dat ze minder controle hebben: "De rest is denk ik ook wel een beetje eigen angst, dat ik denk ja, er zit zo meteen iemand van volwassenenzorg daar achter die webcam en die zegt: ik maak er een eind aan, en dan zit ik aan de andere kant en denk ik ja, hm." Slechts één hulpverlener die daadwerkelijk gebruik heeft gemaakt van beeldbellen gaf dit ook aan.

### **Nadere uitleg van enkele praktische nadelen**

Het voornaamste praktische nadeel is gericht op de technische zaken, waarbij voornamelijk een slechte beeld- en geluidskwaliteit door een slechte verbinding of trage computer centraal stonden. Verder verschilden belangrijke nadelen per groep.

**Technische problemen** Alle gebruikers noemden technische nadelen als problematisch, bij de potentiële gebruikers verwachtte ongeveer de helft dat de techniek voor problemen zou kunnen zorgen. Volgens gebruikers hebben technische mankementen een negatieve invloed op de kwaliteit van het gesprek, zo vertelde een beeldbellende ouder het volgende: "Wel vind ik dat technische problemen, dat het beeld en geluid niet synchroon lopen, dat is storend. Dan ben je een verhaal aan het doen en dan denk ik dat zij nog aan het luisteren is terwijl ze al bijvoorbeeld ook alweer aan het praten is. Dat vind ik wel storend."

**Hulpverlener/ouder moet meer plannen** Volgens sommige hulpverleners en cliënten die hebben beeldgebeld moet meer gepland worden, een hulpverlener zei hierover het volgende: "Op dit moment hebben we veel drukte in het pand dus is het soms lastig om een kamertje uit te zoeken wat dan leeg is en je moet natuurlijk ook de beschikking hebben over een computer. Dat vergt soms wel wat extra planning."

**Werken met PC niet prettig** Twee hulpverleners en twee ouders die geen gebruik hebben gemaakt van beeldbellen verwachtten dat het werken met de computer een nadeel is, een hulpverlener die niet heeft beeldgebeld zei hierover het volgende: "Ik ben sowieso zelf helemaal niet van computers dus het zou gewoon niet bij mij passen en ik denk dat het voor veel gezinnen ook wel zo geldt." De personen die hebben beeldgebeld noemen dit nadeel niet.

**Eigen privacy komt in gevaar** Enkele ouders en hulpverleners maakten zich zorgen over hun eigen privacy: "Als het vanuit mijn huis gebeurt, dan is het wel een inbreuk op de privacy. Dat andere gezinsleden moeten nadenken, ik kan nu niet naar binnen."

**Geen goede apparatuur** Ten slotte zeiden sommige hulpverleners en ouders dat niet alle gezinnen over de juiste apparatuur beschikken. Een hulpverlener die geen gebruik heeft gemaakt van beeldbellen ziet dit als een groot nadeel: "Nou ja, er zijn ook gewoon een heleboel gezinnen die er niet de financiële middelen voor hebben, ja, dan moet je er met zo'n ding naar toe, maar dat vind ik nogal wat. (...) Wat doe je die mensen emotioneel aan? Als je daar even leuk zo'n laptopje komt brengen terwijl ik denk ja, die mensen weten heus wel dat ze daar geen geld voor hebben, dan doe je er nog een beetje een schepje bovenop."



### **3.3.3 Randvoorwaarden**

Gezinshulpverleners en ouders die gebruik hebben gemaakt van beeldbellen hebben enkele zaken genoemd die noodzakelijk zijn als beeldbellen definitief ingevoerd wordt. De twee groepen die niet hebben beeldgebeld gaven aan wat zij verwachtten nodig te hebben om succesvol gebruik te maken van beeldbellen. Dit leidt tot een aantal randvoorwaarden, te vinden in tabel 6. Enkele voorwaarden worden verhelderd door middel van uitspraken.

#### **Nadere uitleg van enkele inhoudelijke randvoorwaarden**

De randvoorwaarde die door alle personen genoemd werd, is dat beeldbellen face-to-face contact nooit geheel mag vervangen. De reden hiervoor is dat er bij face-to-face contact onder andere meer omgevingsinformatie verzameld wordt, er een betere band wordt opgebouwd en er beter met emoties gewerkt kan worden. Verder geven gebruikers aan dat de verhouding tussen face-to-face en beeldbelcontact in sommige gevallen flexibeler moet zijn en komt naar voren dat keuzevrijheid van de hulpverlener en cliënt over het wel of niet inzetten van beeldbellen essentieel is.

**Af kunnen wijken van verhouding ftf en bb** Vijf van de zes hulpverleners die wel en alle hulpverleners die niet beeldbelden gaven aan dat er, indien nodig, afgeweken moet kunnen worden van het protocol dat voor aanvang op is gesteld. Voor ouders is dit een minder belangrijke randvoorwaarde. Een hulpverlener die heeft beeldgebeld zei het volgende: *"Ik zou ervoor kiezen om het incidenteel in te zetten en niet structureel in die vier maanden. (...) Omdat ik soms iets aan de kaak wil stellen waarvan ik denk dat ga ik niet via het beeld doen."* Een hulpverlener die niet heeft beeldgebeld gaf een ander voorbeeld: *"Dus bijvoorbeeld, ik begin ergens met beeldbellen en na verloop van tijd blijkt het niet handig, dat je dan ook moet kunnen zeggen, jongens, dan doen we het op de ouderwetse manier. Maar andersom ook. Als ik denk van hé, na drie maanden kunnen we ook wel gaan beeldbellen, dan zou ik dat ook aangeven."*

**Keuzevrijheid hulpverlener/gezin over gebruik beeldbellen** Ongeveer de helft van de hulpverleners en ouders die beeldgebeld hebben vond dat er sprake moet zijn van keuzevrijheid voor de gezinshulpverlener en het gezin zelf, wat inhoudt dat zij zelf kunnen aangeven of ze beeldbellen geschikt achten voor de situatie. Een beeldbellende gezinshulpverlener zei hierover het volgende: *"Dat jij het wel als middel benoemt, maar dan wel die eerste zes weken goed kijkt met het gezin van is het ook wat zij willen en sluit het aan bij wat ze willen."*

**Voorafgaand band opgebouwd hebben** Van de ouders die wel en niet beeldbelden vonden respectievelijk drie en twee ouders het belangrijk om voorafgaand aan het beeldbellen een band met de hulpverlener op te bouwen. Twee beeldbellende hulpverleners noemden dit ook, maar de hulpverleners die niet hebben beeldgebeld gaven deze voorwaarde niet aan. Een ouder die beeldbelde verwoordde de randvoorwaarde als volgt: *"In de beginfase, als je je IPG'er nog niet goed kent, dan denk ik dat het voor de mensen waar ze naartoe gaat, om de band te krijgen, het belangrijkste is dat ze langskomt, dat je er gewoon wat meer feeling bij krijgt, dat het contact warmer is."*

**Cliënten in laten bellen op vaststaande momenten** Eén hulpverlener en twee ouders die gebruik hebben gemaakt van beeldbellen suggereerden een spreekuur waarin gezinnen, indien ze een vraag hebben, zelf naar hun hulpverlener kunnen bellen. Een ouder omschreef dit als volgt: *"Dat ze echt van die inbeluurtjes, dat je dan op een gegeven moment iets zou hebben en je zou weten van goh, ze zit er nu achter en, dan zou ik wel moeten weten dat zij het was, dat wel, dus dan zou ik het wel doen dan."*

**Cliënten in laten bellen op niet-vaststaande momenten** Drie van de zes ouders die geen gebruik hebben gemaakt van beeldbellen gaven aan dat ze op elk moment in wilden kunnen bellen om een vraag te stellen: *"Soms heb je misschien dringend een vraag of zoiets en ja, dan zou het natuurlijk ideaal zijn."* Andere groepen noemen deze voorwaarde niet.

Tabel 6

*Ervaren en verwachte randvoorwaarden van beeldbellen genoemd door de vier groepen.*

<b>Hulpverleners die gebruik hebben gemaakt van beeldbellen (n=42)</b>					
<b>Inhoudelijk</b>		<b>Praktisch</b>		<b>Informatie</b>	
Face-to-face mag nooit geheel vervangen worden	6	Goede apparatuur voor cliënt en hulpverlener	5	Selectiecriteria voor geschikte cliënt opstellen	3
Af kunnen wijken van verhouding ftf en bb	5	Goede verbinding van cliënt en hulpverlener	4	Uitleg over technische kant voor hulpverlener	2
Keuzevrijheid hulpverlener over gebruik beeldbellen	4	Plek om te beeldbellen	2		
Keuzevrijheid gezin over gebruik beeldbellen	3	Niet te veel contacten	2		
Alleen beeldbellen bij één op één contact	2	achter elkaar plannen	1		
Voorafgaand band opgebouwd hebben	2	IT'er laten installeren bij gezinnen			
Cliënten in laten bellen op vaststaande momenten	1				
<b>Hulpverleners die geen gebruik hebben gemaakt van beeldbellen (n=24)</b>					
<b>Inhoudelijk</b>		<b>Praktisch</b>		<b>Informatie</b>	
Face-to-face mag nooit geheel vervangen worden	4	Goede apparatuur voor cliënt en hulpverlener	2	Uitleg over technische kant voor hulpverlener	3
Af kunnen wijken van verhouding ftf en bb	4	Plek om te beeldbellen	1	Informatie voor gezinnen	2
Keuzevrijheid hulpverlener over gebruik beeldbellen	3			Selectiecriteria voor geschikte cliënt opstellen	1
Keuzevrijheid gezin over gebruik beeldbellen	3				
<b>Ouders die gebruik hebben gemaakt van beeldbellen (n=24)</b>					
<b>Inhoudelijk</b>		<b>Praktisch</b>		<b>Informatie</b>	
Face-to-face mag nooit geheel vervangen worden	5	Goede verbinding voor cliënt en hulpverlener	2	Handleiding voor installeren	2
Voorafgaand band opgebouwd hebben	3	Goede apparatuur voor cliënt en hulpverlener	1		
Af kunnen wijken van protocol	2	Simpel beeldbelprogramma	1		
Keuzevrijheid hulpverlener over gebruik beeldbellen	2	Back-up plan voor als verbinding wegvalt	1		
Keuzevrijheid gezin over gebruik beeldbellen	2				
Cliënten in laten bellen op vaststaande momenten	2				
<b>Ouders die geen gebruik hebben gemaakt van beeldbellen (n=21)</b>					
<b>Inhoudelijk</b>		<b>Praktisch</b>		<b>Informatie</b>	
Face-to-face mag nooit geheel vervangen worden	6	Goede apparatuur voor cliënt en hulpverlener	3	Uitleg over technische kant voor cliënt	4
Cliënten in laten bellen op niet-vaststaande momenten	3	Goede verbinding voor cliënt en hulpverlener	1	Informatie over voordelen voor cliënt	1
Voorafgaand band opgebouwd hebben	2	Geen extra kosten voor cliënt	1	Ervaringen van gebruikers voor cliënt	1
Af kunnen wijken van verhouding ftf en bb	1	Privacy cliënt garanderen	1		
Keuzevrijheid hulpverlener over gebruik beeldbellen	1				

### **Nadere uitleg van enkele praktische randvoorwaarden**

De belangrijkste praktische randvoorwaarden hebben betrekking op het technische aspect van beeldbellen; meer dan de helft van alle geïnterviewde personen noemde dat de verbinding en apparatuur van cliënt en hulpverlener goed moeten zijn. Ook gaven enkele hulpverleners aan dat ze een plek waar ze niet gestoord worden nodig hebben om te kunnen beeldbellen.

**Simpel beeldbelprogramma** Een ouder die heeft beeldgebeld wees op een verbeterpunt van Lync: *"Als er een ander programma komt, zet puur de dingen er in wat nodig is. Wat verder niet gebruikt wordt hoeft er ook niet in te staan waardoor het voor een leek makkelijker wordt."*

### **Nadere uitleg van enkele informationele randvoorwaarden**

De voornaamste informationele randvoorwaarde die door (potentiële) gebruikers gesteld werd, was goede voorlichting over de technische kant van beeldbellen en welke stappen ze moeten zetten om er succesvol gebruik van te maken.

**Selectiecriteria voor geschikte cliënt opstellen** Drie hulpverleners die hebben beeldgebeld gaven aan behoefte te hebben aan richtlijnen over geschikte cliënten zodat duidelijk wordt in welke situaties beeldbellen toegepast kan worden: *"Dat we goed proberen in kaart te brengen van wat maakt nou dat het wel slaagt bij gezinnen en bij andere gezinnen weer niet?"*

**Ervaringen van andere gebruikers voor cliënt** Een ouder die niet heeft beeldgebeld gaf aan het volgende te willen weten: *"Hoe het werkt, of er inderdaad wel voordelen aanzitten en ja, dat er wel meer mensen zijn die dat gebruiken."* Andere personen noemden deze randvoorwaarde niet.

### **3.3.4 Beoordeling van de ervaring met of verwachting van beeldbellen**

De hulpverleners en ouders die hebben beeldbellen beoordeeld door een rapportcijfer te geven. De twee groepen die geen gebruik hebben gemaakt van beeldbellen hebben een cijfer gegeven aan het beeld wat ze hadden van beeldbellen. De beoordelingen zijn weergegeven in tabel 7, waarbij de N staat voor het aantal personen in de groep.

Tabel 7

*Gemiddelden en standaardafwijkingen de beoordelingen van (het beeld van) beeldbellen door de vier partijen.*

<b>Groep</b>	<b>N</b>	<b>Gemiddelde</b>	<b>Standaardafwijking</b>
Gezinshulpverleners met beeldbellen	6	7.2	0.7
Gezinshulpverleners zonder beeldbellen	4	5.1	0.9
Ouders met beeldbellen	5	7.5	0.5
Ouders zonder beeldbellen	6	6.4	1.4

Wat opvalt is dat de twee partijen die beeldbelden gemiddeld hogere cijfers geven dan de twee groepen die geen gebruik hebben gemaakt van beeldbellen. Ook ligt het gemiddelde van ouders die niet hebben beeldgebeld hoger dan dat van hulpverleners die geen gebruik hebben gemaakt van beeldbellen.

Drie hulpverleners konden tweemaal geïnterviewd worden en hebben op dit tweede moment ook een cijfer gegeven. Eén hulpverlener ging van een 8 naar een 6. De reden hiervoor was de volgende: *"Toen had ik denk ik de mazzel dat gelijk het eerste gezin gewoon heel goed liep, dat maakte eigenlijk alleen maar dat ik nog enthousiaster was. Daarna heb ik gewoon echt heel veel gezinnen gehad waarbij het niet werkte, of dat echt gewoon de techniek niet werkte waardoor we het moesten staken omdat het gewoon, ja, letterlijk niet ging, of dat ik dus gezinnen kwijtraakte omdat ze zelf gewoon niet enthousiast waren over via het beeld praten. Dan merk je dat je eigen enthousiasme ook wat vervliegt."* Het cijfer van een andere hulpverlener is van een 6 naar een 8 gegaan: *"Ik denk wel dat ik wat meer de*

voordelen kan zien omdat die gezinnen waar het dus wel in loopt en waar je het dus even kort over hun proces kunt hebben, (...) dan denk ik dus van hé, dan is het prima om te gaan beeldbellen want dat scheelt je gewoon erg veel tijd." De derde hulpverlener geeft aan dat er niets veranderd is in de mening over beeldbellen.

### 3.4 Doelgroepbepaling

De zes gezinshulpverleners hebben tijdens interviews aangegeven aan welke voorwaarden een gezin moet voldoen om in aanmerking te komen voor beeldbellen. Deze eigenschappen staan in tabel 8.

Tabel 8

*Eigenschappen van gezinnen die wel en niet geschikt zijn voor beeldbellen volgens de zes gezinshulpverleners die gebruik hebben gemaakt van beeldbellen*

<b>Wel (n=16)</b>		<b>Niet (n=18)</b>	
Er zijn duidelijke doelen gesteld	6	Te complexe problematiek	6
Gezin heeft positieve attitude	5	Gezin heeft negatieve attitude	4
Gezin pikt dingen snel op	2	Er is sprake van een crisissituatie	3
Gezin is nieuwsgierig	1	De communicatie is chaotisch	2
Gezin is goed met computers	1	Fysieke en/of psychische onveiligheid	2
Gezin is verbaal vaardig	1	Ouder is sociaal angstig	1

Alle gezinshulpverleners waren het erover eens dat duidelijke doelen essentieel zijn, wat blijkt uit de volgende uitspraak: *"Dan ben je met hun bezig, waar moet het over gaan, en met zes weken weet je dat, dan is er een plan. En als dat plan goed helder is dan kun je goed beeldbellen. Maar vaak is niet altijd toch het plan helemaal helder en dan weet ik niet of het geschikt is."* Een positieve of negatieve attitude ten opzichte van beeldbellen is volgens bijna alle hulpverleners ook doorslaggevend: *"Dat als mensen van tevoren niet al te enthousiast zijn, in ieder geval niet zoiets hebben van oh, moet ik dat echt gaan doen, dat het dan ook niet zo heel lekker gaat lopen. Terwijl mensen die inderdaad van tevoren zoiets van oh, gaan we doen, of het wel spannend vinden misschien maar wel zoiets hebben van nou nee, dat wil ik echt proberen, die zelf dus al wat enthousiaster daarin staan, (...) dan gaat het ook veel beter."* Een contra-indicatie is het aanwezig zijn van complexe problematiek, voornamelijk omdat dit chaos en onduidelijke doelen tot gevolg heeft. De volgende uitspraak illustreert dit: *"We hebben ook heel vaak gezinnen, dan is het zo'n dikke chaos dat je eerst natuurlijk zelf al heel erg bezig bent met het gezin en ook van oké, wat is de lijn, waar ga je op zitten, wat is er nodig? Ja, dan ben je al te veel bezig met het reduceren van die chaos en dan weet ik niet of beeldbellen daar een handig medium voor is."* Ook mag beeldbellen volgens hulpverleners niet ingezet worden als er sprake is van dreigende of daadwerkelijke onveiligheid: *"Als jij een bepaalde problematiek bij een vader hebt en daar toch wel agressie of, nou ja goed, dat kan fysiek zijn, maar ook psychische belasting van de kinderen, dan vind ik beeldbellen niet echt aan de orde, dan wil ik daar eigenlijk gewoon live zijn."*

Omdat beeldbellen niet voor ieder gezin geschikt blijkt te zijn en duidelijke richtlijnen zijn gewenst, is een aanvullende focusgroep gehouden met de hulpverleners die op dat moment bezig waren met beeldbellen. Hieruit zijn de drie volgende eigenschappen van het gezin en diens context naar voren gekomen: (1) duidelijke doelen, (2) een goede, reeds bestaande band met het gezin en (3) geen negatieve attitude van het gezin ten opzichte van beeldbellen. Duidelijke doelen werd als de belangrijkste voorwaarde aangewezen. Als er sprake is van duidelijke doelen, zou beeldbellen volgens hulpverleners ook geschikt kunnen zijn bij complexe problematiek omdat er door middel van doelen orde in de chaos wordt geschept.

## 4. Discussie en conclusie

### 4.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen

Beeldbellen wordt steeds meer toegepast in de geestelijke gezondheidszorg, maar er is nog te weinig onderzoek uitgevoerd zodat onvoldoende duidelijkheid bestaat over effecten in de praktijk. De literatuur is vaak tegenstrijdig op het gebied van voor- en nadelen van beeldbellen en voor zover bekend is geen onderzoek uitgevoerd naar concrete randvoorwaarden van beeldbellen in de geestelijke gezondheidszorg. Ook komt uit eerder onderzoek naar voren dat beeldbellen vaak niet vormgegeven wordt met behulp van een framework. Het huidige onderzoek kijkt daarom naar de nadelige gevolgen van het ontbreken van een framework zodat duidelijk wordt op welke manieren de ontwikkeling, implementatie en evaluatie verbeterd kan worden. Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de invloed die beeldbellen heeft op de geboden zorg. Dit is gedaan door te kijken naar het ontwikkelings- en implementatieproces en verwachte en ervaren voordelen, nadelen en randvoorwaarden volgens daadwerkelijke en potentiële gebruikers.

#### 4.1.1 Aanleiding en doel van beeldbellen

Uit de literatuur blijkt dat onderzoekers vaak te laat of helemaal niet bij het ontwikkelingsproces betrokken worden waardoor de ontwikkeling van beeldbellen niet op een gestructureerde en theoretisch onderbouwde manier uitgevoerd wordt (Van Gemert-Pijnen et al., 2011; Osterwalder & Pigneur, 2009). Ook in de huidige casus is dit het geval waardoor bepaalde stappen niet of niet goed genoeg zijn gezet. Tijdens de contextual inquiry zijn niet voldoende personen betrokken, zo ontbraken de perspectieven van de cliënt. Doordat geen sprake is van participatory development kunnen problemen ontstaan met de fit tussen gebruikers en technologie (Verhoeven, 2009; Arsand & Demiris, 2008). Uit het huidige onderzoek bleken deze problemen vooral te liggen op het gebied van de verhouding tussen face-to-face en beeldbelcontact. Dit had voorkomen kunnen worden als vooraf overlegd was met cliënten omdat op die manier duidelijk was geworden dat er sprake was van verschillende voorkeuren. Verder hadden ouders die geen gebruik maakten van beeldbellen de behoefte om op niet-vaststaande momenten zelf in te kunnen bellen, maar ook dit is niet meegenomen in de ontwikkeling. Door beeldbellen niet bij elk gezin te gebruiken, het flexibeler in te zetten en te kijken naar mogelijkheden om gezinnen zelf in te laten bellen, zal er meer sprake zijn van gebruikersgericht design en vraaggericht werken. Ook zijn de doelen niet gebaseerd op eerder onderzoek of theorieën en is vooraf niet duidelijk gepland hoe gemeten kon worden of de doelen behaald waren waardoor dit uiteindelijk niet kon gebeuren. Samenvattend kan gesteld worden dat het ontwikkelingsproces te intuïtief is verlopen en dat door het ontbreken van cliëntperspectieven enkele belangrijke verbeterpunten zijn gemist.

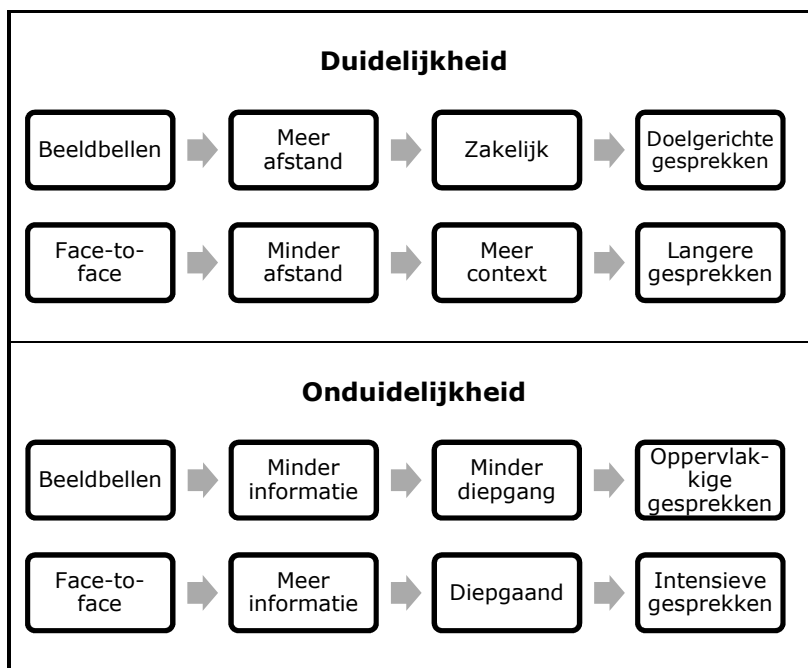
#### 4.1.2 Inhoud en vorm van beeldbellen

Lync, het gebruikte beeldbelprogramma, was al ontwikkeld en in het bezit van de zorginstelling. Een voordeel hiervan is dat geen nieuw programma ontwikkeld hoefde te worden zodat veel tijd en kosten bespaard werden, maar een nadeel is dat het programma niet afgestemd kon worden op de specifieke doelgroep en diens behoeften. Gebruikers bleken desondanks redelijk tevreden te zijn over het programma. Dit kan verklaard worden doordat beeldbelprogramma's simpel zijn omdat ze slechts één functie dienen en daarom niet op specifieke doelgroepen aangepast hoeven te worden. Wel merkten enkele gebruikers op dat het programma wat simpeler zou kunnen door overbodige functies weg te halen.

De verhouding tussen face-to-face en beeldbelcontact is vooraf opgesteld door hulpverleners en het cliëntperspectief is hier niet bij betrokken. Als dit wel was gedaan, was snel duidelijk geworden dat beeldbellen niet geschikt is voor elk gezin en dat de verhouding tussen face-to-face en beeldbelcontact kan verschillen op basis van de behoeften van de cliënt en de mate waarin aan de randvoorwaarden voldaan kan worden. Volgens de

hulpverleners is het aanwezig zijn van voldoende duidelijkheid een belangrijke randvoorwaarde.

De reden dat beeldbellen alleen werkt in duidelijke contexten, is doordat er dat doelgericht gecommuniceerd kan worden. De communicatie en het contact zijn hierdoor zakelijker waardoor de thuisomgeving en het inschatten van emoties minder van belang zijn. Als face-to-face contact in deze situaties wordt toegepast, zal er meer interactie met de context zijn waardoor er meer sprake is van ruis. Beeldbellen is minder geschikt voor complexere situaties waarin doelen niet geheel duidelijk zijn omdat met beeldbellen informatie over de thuisomgeving en emoties van de cliënt gemist wordt. Hierdoor is er in deze onduidelijke situaties te weinig diepgang en blijven gesprekken te oppervlakkig. Face-to-face contact is geschikter in complexere situaties omdat er meer informatie verzameld kan worden en gesprekken op die manier meer diepgang hebben. Het bovenstaande staat schematisch weergegeven in figuur 5.



Figuur 5. Beschrijving processen van face-to-face en beeldbelcontact binnen een duidelijke en onduidelijke context.

### **Beeldbellen als blended care**

Onderzoek toont aan dat online behandelingen met ondersteuning van een behandelaar betere resultaten boeken, maar het is nog niet duidelijk welke vorm deze ondersteuning aan moet nemen (Richards & Richardson, 2012). Uit de ervaringen van gebruikers blijkt dat de mate van face-to-face ondersteuning door de hulpverlener afhangt van de fase van de behandeling. Tijdens de eerste zes weken van IPG is beeldbellen niet geschikt omdat de hulpverlener en cliënt een band op moeten bouwen en samen doelen moeten stellen. Het doel van deze eerste fase is het creëren van duidelijkheid en daarvoor is beeldbellen volgens beide partijen minder geschikt. Als in deze fase geen doelen op zijn gesteld, kan (nog) niet begonnen worden met beeldbellen. Tijdens de fase waarin gewerkt wordt aan de doelen, worden de twee vormen van contact in de meest ideale situatie met elkaar afgewisseld, wat inhoudt dat beeldbellen 50% van de tijd gebruikt wordt. Tijdens de face-to-face gesprekken wordt gewerkt aan de band door de informele gesprekken, kunnen de ouders vertellen over gebeurtenissen van de afgelopen paar dagen, kan gereflecteerd worden op de hoofddoelen en worden kleine subdoelen gesteld om duidelijkheid voor het volgende gesprek te scheppen. Als deze duidelijkheid voldoende gecreëerd is, kan het daarop volgende beeldbelgesprek dienen als evaluatiemoment voor deze subdoelen, kan er kort gekeken worden naar de hoofddoelen

en kunnen ouders vertellen over hun ervaringen van de periode tussen het vorige en huidige gesprek. Het volgende gesprek zal weer face-to-face plaatsvinden zodat nieuwe subdoelen gesteld kunnen worden. Tijdens de afrondende fase wordt beeldbellen eveneens afgewisseld worden met face-to-face, mits het gezin of de hulpverlener geen duidelijke bezwaren heeft. Zoals eerder is genoemd, moet echter van de vaststaande verhouding afgeweken kunnen worden als blijkt dat een cliënt meer face-to-face contact nodig heeft. De mate van face-to-face ondersteuning blijkt dus niet voor elke cliënt het zelfde te zijn.

#### **4.1.3 Invoering van het systeem**

De invoering in de organisatie was niet gestructureerd genoeg, zo werd wel een training gegeven, maar was deze redelijk beknopt en van tevoren niet uitgewerkt. Hierdoor is het mogelijk dat hulpverleners bij aanvang niet over voldoende zelfvertrouwen beschikten doordat voldoende kennis en ervaring ontbraken. Ook zijn geen duidelijke richtlijnen opgesteld over onveilige situaties terwijl dit wel van belang is om de veiligheid van de cliënten te garanderen. Het invoeren van beeldbellen bij de cliënten verliep eveneens niet gestructureerd, onder andere doordat de informatie over beeldbellen niet op een geprotocolleerde manier is verstrekt. Dit kan tot gevolg hebben dat de gegeven informatie per gezin verschilde. Doordat cliënten geen goed beeld hebben, is het mogelijk dat de attitude te negatief was en gezinnen niet overgehaald konden worden om te gaan beeldbellen.

#### **4.1.4 Evaluatie en verwachtingen**

Om de effecten van beeldbellen in kaart te brengen, is een summatieve evaluatie uitgevoerd door middel van interviews waarmee ervaren en verwachte voordelen, nadelen en randvoorwaarden in kaart zijn gebracht.

De belangrijkste inhoudelijke voordelen die genoemd zijn, zijn dat gesprekken minder ruis bevatten en daardoor doelgerichter zijn en dat beeldbellen weinig invloed heeft op het onderlinge contact en het proces. Ook uit ander onderzoek bleek dat de zorg niet beïnvloed werd door beeldbellen (Austen & McGrath, 2006; Richardson et al., 2009), maar de concretere aard van de gesprekken werd niet teruggevonden in de literatuur, ondanks het belang van dit voordeel in het huidige onderzoek. De meest genoemde praktische voordelen zijn tijdsbesparing, het sneller af kunnen ronden van de gesprekken en afspraken flexibeler in kunnen plannen. Ook in ander onderzoek komen veel van de gevonden praktische voordelen naar voren: minder wachttijd, reistijd en kosten, meer flexibiliteit en het sneller kunnen werken met beeldbellen (Sarasohn-Kahn, 2010; Drossaert & Van Gemert-Pijnen, 2010; CEC, 2004; Nelson, Barnard & Cain, 2003). Opvallend is dat de als zeer belangrijk gekenmerkte inhoudelijke voordelen in de literatuur veel minder naar voren komen dan praktische voordelen, die voor de kwaliteit van de zorg minder van belang zijn.

De belangrijkste inhoudelijke nadelen zijn het missen van informatie uit de thuisomgeving, het minder goed met emoties kunnen werken en een afstandelijker aanvoelend contact. Onderzoek naar de betrouwbaarheid van de waarneming en inschatting van emoties bij beeldbellen biedt geen eenduidige conclusies (o.a. Dobscha et al., 2006, Bischoff et al., 2004), maar uit het huidige onderzoek blijkt dat dit een groot nadeel is. Opvallend is dat de literatuur geen aandacht besteedt aan het missen van informatie en een afstandelijker contact. Wel wordt genoemd dat er sprake is van een kleinere visuele range (Miller et al., 2008), maar er wordt niet ingegaan op de inhoudelijke beperkingen hiervan. Het meest genoemde en belangrijkste praktische nadeel heeft betrekking op technische problemen door een slechte verbinding en computer, wat een negatieve invloed uitoefent op de ervaren kwaliteit van de gesprekken. Uit de literatuur blijkt ook dat dit een groot nadeel is (Miler et al., 2008) en bovendien wordt de negatieve invloed op de therapeutische band genoemd (Starling & Foley, 2006; Elford et al., 2000). Opvallend is dat relatief veel onderzoek uit is gevoerd naar crisissen en onveilige situaties (o.a. Hilty et al., 2006), terwijl dit in de gesprekken met cliënten en hulpverleners amper naar voren is gekomen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat gebruikers minder bezig zijn met fysieke veiligheid, mogelijk

doordat andere problemen nog een te grote rol spelen en daardoor de aandacht opeisen. Ook op het gebied van de nadelen komen de gevonden praktische nadelen overeen met nadelen genoemd in de literatuur, maar worden veel zeer belangrijke inhoudelijke nadelen niet teruggevonden.

Als gekeken wordt naar de algemene tevredenheid, die in het huidige onderzoek in kaart is gebracht door middel van een cijfer, blijkt dat hulpverleners en cliënten tevreden zijn over het gebruik van beeldbellen, de gemiddelde cijfers liggen tussen de zeven en acht. Het beeld van potentiële gebruikers is echter veel slechter, waarbij hulpverleners negatiever zijn dan cliënten. Uit de literatuur blijkt dat gebruikers inderdaad een positief beeld van beeldbellen hebben (Austen & McGrath, 2006; Richardson et al., 2009), maar dat de verwachtingen niet-gebruikers negatiever zijn. Vooral hulpverleners zijn vaak sceptischer en ervaren een hogere drempel (Austen & McGrath, 2006). Dit verschil kan verklaard worden doordat de hulpverleners en cliënten die niet hebben beeldgebeld minder inhoudelijke voordelen noemen, terwijl weinig verschil zit tussen verwachte nadelen. Omdat minder voordelen gezien worden die gericht zijn op de kwaliteit van de zorg, wordt meer belang gehecht aan de verwachte nadelen.

Uit het huidige onderzoek komen vier essentiële randvoorwaarden naar voren: (1) technisch, de verbinding en apparatuur moeten goed zijn zodat de beeld- en geluidskwaliteit voldoende is; (2) attitude, cliënten en hulpverleners mogen niet negatief aankijken tegen het gebruik van beeldbellen; (3) proces, voordat gestart wordt met beeldbellen moet er volgens cliënt en hulpverlener sprake zijn van een goede onderlinge band; en (4) duidelijkheid, beeldbellen werkt alleen in een context waarin sprake is van duidelijke doelen en communicatie. Als niet voldaan wordt aan deze vier randvoorwaarden, heeft beeldbellen een negatieve invloed op de zorg. Om die reden kan beeldbellen niet bij elk gezin ingezet worden. Ook kunnen tijdens het proces veranderingen in de randvoorwaarden optreden waardoor hulpverleners af moeten kunnen wijken van het vaststaande schema. Het is eveneens mogelijk dat pas in de loop van het proces voldaan wordt aan de randvoorwaarden, ook dan moet begonnen kunnen worden met beeldbellen. De eerste drie randvoorwaarden uit het huidige onderzoek worden ook in ander onderzoek genoemd: een goede kwaliteit van audio, video en apparatuur is van belang, de persoonlijke voorkeuren van de cliënt moeten meegenomen worden en er moet sprake zijn van een goede, reeds bestaande band (Kopel et al., 2001; Larson et al., 2012; Nordqvist et al., 2009). De vierde voorwaarde is niet teruggevonden, terwijl deze als essentieel werd gekenmerkt door de hulpverleners.

## **4.2 Beperkingen**

Het huidige onderzoek heeft enkele beperkingen. Ten eerste is er sprake van een laag aantal deelnemers, wat inhoudt dat resultaten niet goed te generaliseren zijn. Ook zijn enkele subcategorieën slechts één keer genoemd, waardoor niet duidelijk is hoe relevant ze zijn. Deze resultaten moeten dus met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden, maar de getrokken conclusies dienen wel als een geschikt uitgangspunt voor vervolgonderzoek. Ten tweede zijn de interviews slechts door één onderzoeker geanalyseerd. Ondanks de zorgvuldige aanpak is het mogelijk dat een tweede codeur tot andere resultaten gekomen zou zijn.

Ten derde is sprake van zelfselectie omdat twee ouders geen deel wilden nemen aan het onderzoek. Het is mogelijk dat deze ouders een negatievere mening over beeldbellen hadden. Dit kan tot gevolg hebben dat nadelen gemist zijn en er sprake is van een vertekening van de resultaten van de gezinnen die hebben beeldgebeld. De ernst van dit probleem wordt afgezwakt doordat de resultaten uit de interviews met gezinnen gecombineerd zijn met de perspectieven van gezinshulpverleners die de situaties van de niet-geïnterviewde gezinnen meenamen in hun antwoorden. Desondanks moeten de resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Ook op het hulpverlenersgebied is zelfselectie mogelijk doordat hulpverleners zelf aan mochten geven of ze deel wilden nemen aan de pilot. Mogelijk hebben hulpverleners met de meest positieve houding ten opzichte van beeldbellen



deelgenomen, wat tot gevolg heeft dat vergelijkingen tussen de opvattingen van hulpverleners die wel en niet hebben beeldgebeld met voorzichtigheid gemaakt moeten worden.

### **4.3 Aanbevelingen**

#### **4.3.1 Praktische aanbevelingen**

Het is essentieel dat een goed, theoretisch onderbouwd framework gebruikt wordt bij de ontwikkeling, implementatie en evaluatie zodat eventuele problemen en randvoorwaarden al voor de implementatie opgespoord kunnen worden. Op die manier wordt veel tijd en geld bespaard. De CeHRes Roadmap blijkt hiervoor een goed instrument te zijn.

Wat betreft de ontwikkeling wordt aanbevolen om de perspectieven van de hulpverlener en cliënt vanaf het begin mee te nemen omdat op die manier veel problemen voorkomen worden. Verder komt uit de literatuur de behoefte naar veel effectonderzoek naar beeldbellen naar voren en om dit te doen, is het van groot belang om op een onderbouwde manier doelen te stellen en vanaf het begin plannen te maken om deze doelen te evalueren.

Als gekeken wordt naar het ontwerp, wordt geconcludeerd dat bestaande beeldbelprogramma's gebruikt kunnen worden omdat deze programma's slechts één functie hebben en daardoor niet ingewikkeld zijn. Wel wordt aangeraden om gebruik te maken van een zo simpel mogelijk programma om eventuele verwarring bij gebruikers te voorkomen. Een manier om toch gebruikersgericht design te bevorderen is het voorleggen van een aantal bestaande beeldbelprogramma's aan potentiële cliënten en ze vervolgens het programma laten kiezen dat het meest aansluit bij hun voorkeuren. Het gebruikersperspectief speelt eveneens een belangrijke rol bij de verhouding tussen face-to-face en beeldbelcontact. Allereerst moet vooraf in overleg met cliënten vastgesteld worden hoe vaak wordt beeldgebeld. Als dit gedaan is, moet ruimte bestaan om hier vanaf te kunnen wijken. Beeldbellen is voornamelijk geschikt in zeer duidelijke situaties met concrete doelen. Ook kan gedacht worden aan psycho-educatie of andere vormen van voorlichting. Dit zou eventueel gedaan kunnen worden door een externe expert. Gesprekken waarin (nog) onvoldoende duidelijkheid bestaat, bijvoorbeeld gesprekken gericht op het in kaart brengen van de situatie van een cliënt, doelen stellen of omgaan met een crisissituatie, moeten face-to-face gevoerd worden. Uit dit onderzoek blijkt eveneens dat beeldbellen beter aangepast wordt aan de wensen van cliënten als ook naast de vaststaande afspraken beeldgebeld kan worden met een hulpverlener. Dit kan in de vorm van een spreekuur, maar ook is het mogelijk om op niet-vaststaande momenten te bellen.

Het is van belang dat de introductie van beeldbellen binnen de organisatie en in de praktijk op een gestructureerde manier plaatsvindt. Hulpverleners zijn vaak sceptischer dan cliënten waardoor niet vergeten mag worden om veel aandacht aan de implementatie bij deze groep te besteden. Vooral een goede technische training is van belang, maar ook kunnen beeldbellende hulpverleners positieve ervaringen en tips geven zodat ze als rolmodel dienen. De implementatie bij cliënten moet eveneens gestructureerd verlopen. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van ervaringen van andere cliënten, waargenomen voordelen en een duidelijke technische uitleg. Zoals eerder is benadrukt moeten cliënten hun keuzevrijheid behouden, maar omdat blijkt dat veel potentiële cliënten een drempel ervaren, moet een 'ja, tenzij' principe gehanteerd worden waarbij alleen afgezien kan worden van beeldbellen als er duidelijke bezwaren zijn. Ten slotte blijkt uit de literatuur dat het van belang is om duidelijke back-up plannen te hebben.

#### **4.3.2 Theoretische aanbevelingen**

In het huidige onderzoek komt naar voren dat veel problemen opgevangen hadden kunnen worden als vanaf het begin gebruik was gemaakt van de CeHRes Roadmap. Om die moet verder onderzoek naar eHealth technologieën de Roadmap gebruiken. Tevens moet meer onderzoek uitgevoerd worden naar de randvoorwaarden van beeldbellen in verschillende contexten zodat duidelijke richtlijnen voor de vormgeving van beeldbellen in meerdere

settings gecreëerd kunnen worden. Om dit te bereiken kan onderzocht worden of de hier gevonden randvoorwaarden ook binnen andere behandelingen van toepassing zijn. Ook kunnen de voorwaarden gebruikt worden bij de ontwikkeling van nieuwe beeldbelprogramma's zodat het niet onnodig ingezet wordt.

Om de evidence base te vergroten is meer kwantitatief effectonderzoek nodig. Randomized controlled trials worden aangeraden voor onderzoek naar het effect op de kwaliteit van de zorg en longitudinaal onderzoek kan gebruikt worden om te zoeken naar determinanten die samenhangen met het slagen van beeldbellen. Op basis van deze gevonden determinanten kunnen interventies ontwikkeld worden die het implementeren van nieuwe eHealth technologieën bij huiverige doelgroepen vergemakkelijken. Kosteneffectiviteitsonderzoeken zijn eveneens van belang. Verder is de invloed die beeldbellen heeft op inhoudelijke zaken, bijvoorbeeld de band tussen de cliënt en hulpverlener, onderbelicht is in de literatuur. Omdat deze band belangrijk is in de geestelijke gezondheidszorg en kennis hierover gebruikt kan worden in het opstellen van randvoorwaarden en de ideale verhouding tussen beeldbellen en face-to-face contact, wordt aangeraden dat vervolgonderzoek meer aandacht besteden aan inhoudelijke voordelen.

#### **4.4 Conclusie**

Beeldbellen is een bruikbaar instrument voor de geestelijke gezondheidszorg omdat gesprekken concreter zijn, er sprake is van tijdsbesparing en het volgens gebruikers geen negatieve invloed heeft op de uitkomsten van de zorg. Wel moet voldaan worden aan vier randvoorwaarden: de techniek moet geschikt zijn, hulpverlener en cliënt mogen geen negatieve houding ten opzichte van beeldbellen hebben, er moet sprake zijn van een goede, reeds bestaande band en er moet duidelijkheid gecreëerd worden door middel van doelen. Als niet voldaan wordt aan deze randvoorwaarden, zullen nadelen zoals het missen van informatie, een afstandelijker contact en technische problemen een te grote negatieve rol spelen. Verder blijkt dat de CeHRes Roadmap vanaf het begin van de ontwikkeling van een eHealth technologie gebruikt moet worden omdat op die manier veel problemen voorkomen kunnen worden. Vooral het cliëntperspectief is in het geval van beeldbellen van belang.

# Referenties

- Ammenwerth, E., Brender, J., Nykanen, P., Talmon, J., & Wessel, C. (2010). Guidelines for best evaluation practices in health informatics GEP-HI.
- Austen, S., & McGrath, M. (2006). Attitudes to the use of videoconferencing in general and specialist psychiatric services. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12, 146-150.
- Bayer, S., Barlow, J., & Curry, R. (2007). Assessing the impact of a care innovation: telecare. *System Dynamics Review*, 23(1), 61-80.
- Belt, T.H. van de, Engelen, L.J., Berben, S.A., et al. (2010). Definition of health 2.0 and medicine 2.0: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 12, e18.
- Benavides-Valleo, S., Strode, A., & Sheeran, B.C. (2013). Using technology in the delivery of mental health and substance abuse treatment in rural communities: a review. *Journal of Behavior and Health Services Research*, 40(1), 111-120.
- Bischoff, R.J., Hollist, C.S., Smith, C.W., & Flack, P. (2004). Addressing the mental health needs of the rural underserved: Findings from a multiple case study of a behavioral telehealth project. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 26, 179-198.
- Center for Integrated Health Solutions (2012). *Behavioral health homes for people with mental health and substance use conditions: The core clinical features*. Washington, DC: Center for Integrated Health Solutions.
- CBS (2009). *Gezondheid en zorg in cijfers. 2009*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Cluver, J.S., Schuyler, D., Frueh, B.C., Brescia, F., & Arana, G. W. (2005). Remote psychotherapy for terminally ill cancer patients. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 11, 157-159.
- Commission of the European Communities (2004). *e-Health – making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area*. Brussels: Commission of the European Communities.
- Dansky, K.H., Thompson, D., & Sanner, T. (2006). A framework for evaluating eHealth research. *Evaluation of Program Planning*, 29(4), 397-404.
- Dobscha, S.K., Corson, K., Pruitt, S., Crutchfield, M., & Gerrity, M.S. (2006). Measuring depression and pain with home health monitors. *Telemedicine Journal and E-Health*, 12, 702-706.
- Drossaert, S., & Gemert-Pijnen, L. van (2010). eHealth. In: L. Lechner, I. Mesters, & Bolman, C. (eds.), *Gezondheidspsychologie bij patiënten* (pp. 289-311). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Elford, R., White, H., Bowering, R., et al. (2000). A randomized, controlled trial of child psychiatric assessments conducted using videoconferencing. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 6, 73-82.
- Elford, D.R., White, H., St. John, K., et al. (2001). A prospective satisfaction study and cost analysis of a pilot child telepsychiatry service in Newfoundland. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 7, 73-81.
- Ermer, D.J. (1999). Experience with a rural telepsychiatry clinic for children and adolescents. *Psychiatric Services*, 50(2), 260-271.
- European Health Telematics Association (2008). *Sustainable Telemedicine: paradigms for future-proof healthcare*. Brussels: EHTEL.
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, 18, 20. ??
- García-Lizana, F., & Muñoz-Mayorga, I. (2010). What about telepsychiatry? A systematic review. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 12(2), PCC.09m00831.

- Gemert-Pijnen, J. van., Nijland, N. Ossebaard, H., Limburg, A., Kelders, S., Eysenbach, G., et al. (2011). A holistic framework to improve the uptake and impact of eHealth technologies. *Journal of Medical Internet Research*, *13*(4), e11.
- Graham-Jones, P., Jain, S.H., Friedman, C.P. et al. (2012) The need to incorporate health information technology into physicians' education and professional development. *Health Affairs*, *31*, 481-487.
- Greenberg, N., Boydell, K.M., & Volpe, T. (2006). Pediatric telepsychiatry in Ontario: caregiver and service provider perspectives. *Journal of Behavioral Health Services*, *33*, 105–111.
- Hilty, D.M., Marks, S.L., Urness, D., et al. (2004). Clinical and educational telepsychiatry applications: a review. *Canadian Journal of Psychiatry*, *49*(1), 12-2
- Hilty, D.M., Yellowlees, P.M., & Nesbitt, T.S. (2006). Evolution of telepsychiatry to rural sites: Changes over time in types of referral and in primary care providers' knowledge, skills and satisfaction. *General Hospital Psychiatry*, *28*, 367-37
- Hylter, S.E., Gangure, D.P., & Batchelder, S.T. (2005). Can telepsychiatry replace in-person psychiatric assessments? A review and meta-analysis of comparison studies. *CNS Spectrums*, *10*(5), 403-41
- Kennedy, C., & Yellowlees, P. (2000). A community based approach to evaluation of health outcomes and costs for telepsychiatry in a rural population: preliminary results. *Journal of Telemedicine and Telecare*, *6*, S155-157.
- Kopel, H., Nunn, K., & Dossetor, D. (2001). Evaluating satisfaction with a child and adolescent psychological telemedicine outreach service. *Journal of Telemedicine and Telecare*, *7*, 35-40.
- Larson, J.C., Jacob, M.K., & Craighead, W.E. (2012). Establishing a telepsychiatry consultation practice in rural Georgia for primary care physicians: A feasibility report. *Clinical Pediatrics*, doi:10.1177/0009922812441671.
- Luxton, D.D., Sirotin, A.P., & Mishkind, M.C. (2010). Safety of telemental healthcare delivered to clinically unsupervised settings: a systematic review. *Telemedicine Journal and E-Health*, *16*(6), 705-711.
- Mair, F., Goldstein, P., May, C., Angus, R., Shiels, C., Hibbert, D., oConnor, J., Boland, A., Roberts, C., Haycox, A., & Capewell, S. (2005). Patient and provider perspectives on home telecare: preliminary results from a randomized controlled trial. *Journal of Telemedicine and Telecare*, *11*, 95-97.
- Meijer, S. & Land, H van 't (2010). Geestelijke gezondheidszorg: Aan welke ziekten en aandoeningen wordt het geld besteed? In: *Volksgesondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgesondheid*. Bilthoven: RIVM.
- Miller, T.W., Clark, J., Veltkamp, L.J., et al. (2008). Teleconferencing model for forensic consultation, court testimony, and continuing education. *Behavioral Sciences and the Law*, *26*, 301-31
- Miyazaki, M., Igras, E., Liu, L., & Ohyanagi, T. (2012). Global health through eHealth/telehealth, In: A.H. El Hassani (ed.), *eHealth and Remote Monitoring* (pp. 1-16). Shanghai: InTech.
- Morgan, R.D., Patrick, A.R., & Magaletta, P.R. (2008). Does the use of telemental health alter the treatment experience? Inmates' perceptions of telemental health versus face-to-face treatment modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*, 158–162.
- Myers, K.M., Valentine, J.M., & Melzer, S.M. (2008). Child and adolescent telepsychiatry: utilization and satisfaction. *Telemedicine and e-Health*, *14*(2), 131-137.
- Nelson, E., Barnard, M., & Cain, S. (2003). Treating childhood depression over videoconferencing. *Telemedicine Journal and e-Health*, *9*, 49–55.
- Netwerk Kwalitatief Onderzoek AMC – UvA (2002). *Richtlijnen voor kwaliteitsborging in gezondheids(zorg)onderzoek: Kwalitatief Onderzoek*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

- Nordqvist, C., Hanberger, L., Timpka, T., & Nordfeldt, S. (2009). Health professionals' attitudes towards using a Web 2.0 portal for child and adolescent diabetes care: qualitative study. *Journal of Medical Internet Research*, *11*(2).
- Norman, S. (2006). The use of telemedicine in psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *13*(6), 771-777.
- O'Reilly, R., Bishop, J., Maddox, K., et al. (2007). Is telepsychiatry equivalent to face-to-face psychiatry? Results from a randomized controlled equivalence trial. *Psychiatric Service*, *58*(6), 836-84
- Osterwalder, A., & Pigneur, Y. (eds) (2009). *Business Model Generation. A Handbook for Visionaries, Game Changers, and Challengers. 1<sup>st</sup> edition*. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons.
- Palmer, N.B., Myers, K.M., Vander Stoep, A., et al. (2010). Attention deficit/hyperactivity disorder and telemental health. *Current Psychiatry Reports*, *12*(5), 409-417.
- Pesämaa, L., Ebeling, H., Kuusimäki, M.L., et al. (2004). Videoconferencing in child and adolescent telepsychiatry: a systematic review of the literature. *Journal of Telemedicine and Telecare*, *10*(4), 187-192.
- Plexus & BKB (2010). Kosten en kwaliteit. Publieksrapport. Breukelen: Plexus.
- Poos, M.J.J.C., Smit, J.M., Groen, J., Kommer, G.J., & Slobbe, L.C.J. (2008). *Kosten van ziekten in Nederland 2005*. Bilthoven: RIVM.
- Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *32*, 329-342.
- Richardson, L.K., Frueh, B.C., Grubaugh, A.L., Egede, L., & Elhai, J.D. (2009). Current directions in videoconferencing tele-mental health research. *Clinical Psychology*, *16*(3), 323-338.
- Sarasohn-Kahn, J. (2010). *Tele-health beginning to go mainstream, but long road lies ahead*. IHealth Newsletter.
- Savin, D., Garry, M.T., Zuccaro, P., et al. (2006). Telepsychiatry for treating rural American Indian youth. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *45*(4), 484-488.
- Starling, J., & Foley, S. (2006). From pilot to permanent service: Ten years of pediatric telepsychiatry. *Journal of Telemedicine and Telecare*, *12*, 80-82.
- TelePsy (2013). *Clïëntvoorkeuren in de GGZ*. Maastricht: TelePsy.
- Trimbos-instituut (2010). *GGZ in tabellen 2009*. Utrecht: Trimbo-instituut
- Ulzen, T., Williamson, L., Foster, P.P., et al. (2012). The evolution of a community based telepsychiatry program in rural Alabama- A brief report. *Community Mental Health Journal*, doi:10.1007/s10597-012-9493-2.
- Yusof, M.M., Kuljis, J., Papazafeiropoulou, A., & Stergioulas, L.K. (2008). An evaluation framework for Health Information Systems: human, organization and technology-fit factors (HOT-fit). *International Journal of Medical Information*, *77*(6), 386-398.

# Bijlage 1

## Interview gezinshulpverleners die beeldbellen eerste moment

### Attitude

- Welke voordelen zie je op dit moment aan het beeldbellen met cliënten?
- En welk voordeel vind je hiervan het belangrijkste?
- Welke nadelen zie je op dit moment aan het beeldbellen met cliënten?
- En welk nadeel vind je hiervan het belangrijkste?
- Als je zo kijkt naar alle voor- en nadelen die je genoemd hebt, welk voor- of nadeel weegt dan het zwaarst?
- Als je een cijfer moest geven aan je mening over beeldbellen en 1 is het laagst en 10 het hoogst, welk cijfer zou je dan geven?
- Is je mening over beeldbellen veranderd ten opzichte van voordat je begon met het bellen?
  - Zo ja: Kun je aangeven waarom?
  - Zo nee: Kun je aangeven waarom niet?
- Wat heb jij nodig om zo goed mogelijk gebruik te maken van beeldbellen?

### Design

- Wat vind je van de vormgeving van Lync?
- Wat vind je van de beeld- en geluidskwaliteit?
- Hoe ging het installeren van Lync op je computer?
- Welke problemen heb je met het programma gehad?
  - Voorbeelden: inloggen, installeren, gesprek opstarten, geluid & beeld, etc.
- En hoe heb je dit opgelost? Wat vind je hiervan?
- Hoe duidelijk vind je het starten van een gesprek met een contactpersoon?
- Vind je Lync begrijpelijk? Hoe makkelijk vind je het programma op een schaal van 1 tot 10?
- Zijn er voor jou nog extra kosten verbonden aan het gebruik van Lync?

### Relatie met cliënt

- In hoeverre verschillen gesprekken met cliënten via Lync van face-to-face gesprekken?
- Welke zaken leveren problemen op met het voeren van gesprekken via beeldbellen?
- Neem jij altijd contact met de cliënt op of is het ook mogelijk dat de cliënt jou belt?
- Wat is voor jou het belangrijkste verschil met de normale situatie?
- In hoeverre heeft beeldbellen invloed op de vertrouwelijkheid van je contact? Hoe garandeer jij die vertrouwelijkheid?

### Werk

- Op welke manier is beeldbellen bij jou geïntroduceerd? Wat vond je daarvan?
- Heb je het met collega's die ook bezig zijn met beeldbellen gehad over beeldbellen?
  - Zo ja: wat was hun mening hierover?
  - Zo nee: waarom niet?
- Heb je het met collega's die niet bezig zijn met beeldbellen gehad over beeldbellen?
  - Zo ja: wat was hun mening hierover?
  - Zo nee: waarom niet?
- Hoeveel tijd schat je dat je bespaart door beeldbellen? Zou je hier een percentage voor kunnen geven?
- Op welke manier is de communicatie met je collega's veranderd door beeldbellen?

# Bijlage 2

## **Interview gezinshulpverleners die beeldbelden tweede moment**

- Welke voordelen zie je aan beeldbellen?
- Welk voordeel vind je hiervan het belangrijkste?
- Welke nadelen zie je aan beeldbellen?
- Welk nadeel vind je hiervan het belangrijkste?
- Welk rapportcijfer zou je geven aan beeldbellen?
- Is je mening veranderd ten opzichte van ons vorige interview? Zo ja, hoe?
- Hoe ziet jouw meest ideale beeldbelprogramma eruit?
- Wat heb jij nodig om zo goed mogelijk gebruik te maken van beeldbellen?
- Als beeldbellen definitief ingevoerd zal worden, wat kan er dan nog veranderd worden om het te verbeteren?
- Voor welke cliënten is beeldbellen geschikt en minder geschikt?

# Bijlage 3

## **Interview gezinshulpverleners die niet beeldbellen**

- Zou je me eerst kunnen vertellen wat je al weet over beeldbellen?
- Welke voordelen zie je op dit moment aan het beeldbellen met cliënten?
- En welk voordeel vind je hiervan het belangrijkste?
- Welke nadelen zie je op dit moment aan het beeldbellen met cliënten?
- En welk nadeel vind je hiervan het belangrijkste?
- Als je zo kijkt naar alle voor- en nadelen die je genoemd hebt, welk voor- of nadeel weegt dan het zwaarst?
- Als je een rapportcijfer moest geven aan het beeld dat je nu hebt van beeldbellen, wat zou je dan geven?
- In hoeverre acht je jezelf op dit moment in staat om succesvol gebruik te maken van beeldbellen?
- Wat zou jij nodig hebben om succesvol gebruik te maken van beeldbellen?
- Zou je gebruik willen gaan maken van beeldbellen?



# Bijlage 4

## Interview ouders die beeldbellen

### **Attitude**

- Welke voordelen zie je op dit moment aan het videobellen met je hulpverlener?
- En welk voordeel vind je hiervan het belangrijkste?
- Welke nadelen zie je op dit moment aan het videobellen met je hulpverlener?
- En welk nadeel vind je hiervan het belangrijkste?
- Als je zo kijkt naar alle voor- en nadelen die je genoemd hebt, welk voor- of nadeel weegt dan het zwaarst?
- Als je een cijfer moest geven aan je mening over videobellen en 1 is het laagst en 10 het hoogst, welk cijfer zou je dan geven?
- Is je mening over videobellen veranderd ten opzichte van voordat je begon met het bellen?
  - Zo ja: Kun je aangeven waarom?
  - Zo nee: Kun je aangeven waarom niet?

### **Design**

- Wat vind je van de vormgeving van Lync?
- Wat vind je van de beeld- en geluidskwaliteit?
- Hoe ging het installeren van Lync op je computer?
- Welke problemen heb je met het programma gehad?
  - Voorbeelden: inloggen, installeren, gesprek opstarten, geluid & beeld, etc.
- En hoe heb je dit opgelost? Wat vind je hiervan?
- Vind je Lync begrijpelijk? Hoe makkelijk vind je het programma op een schaal van 1 tot 10?
- Zijn er voor jou nog extra kosten verbonden aan het gebruik van Lync?

### **Relatie met hulpverlener**

- Hoe is videobellen bij jou geïntroduceerd? Wat vond je hiervan?
- Neem je wel eens zelf contact op met de hulpverlener?
- Wat is het belangrijkste verschil met de gesprekken die face-to-face plaatsvinden?
- In hoeverre heeft videobellen invloed op het contact met je hulpverlener?
- Wat vind je prettiger, face-to-face contact of videobellen? Waarom?

### **Afsluiting**

- Wat zijn verbeterpunten van videobellen?
- Wat moet veranderd worden als je nogmaals gebruik zou maken van beeldbellen?
- Zou je videobellen aanbevelen bij vrienden of familie? Waarom?

# Bijlage 5

## Interview ouders die niet beeldbellen

Introductie:

Onderzoek gedaan naar beeldbellen binnen IPG, soort van Skype. Gekeken naar wat gebruikers ervan vinden, maar ook benieuwd hoe andere mensen hier tegenaan kijken.

Eerste zes weken face-to-face, dan één keer per week beeldbellen en één keer per week ftf.

- Welke voordelen ziet u aan beeldbellen?
- Welke vindt u hiervan het belangrijkste?
- Welke nadelen ziet u aan beeldbellen?
- Welke vindt je hiervan het belangrijkste?
- Als u een rapportcijfer zou moeten geven aan het beeld wat u nu heeft van beeldbellen, wat zou dat zijn?
- Wat denkt u nodig te hebben om succesvol beeld te bellen? Welke randvoorwaarden zijn er voor u?
- Zou u gebruik willen gaan maken van beeldbellen? Waarom wel/niet?

# Bijlage 6

## **Voorbeeld van het coderingsproces**

In het huidige voorbeeld is een gedeelte van een interview met een ouder die beeldbelden weergegeven. Voor de randvoorwaarden en bij de andere groepen is het zelfde proces doorlopen.

## **Stap 1: relevante uitspraken arceren**

### ***Gedeelten uit een interview met een ouder***

Geel = voordeel

Roze = nadeel

### ***En als je nu zo terugkijkt op het beeldbellen, wat waren dan de voordelen ervan?***

Eh, dat je kortere contacten kunt hebben. Dat je veel meer even to the point dingen kunt bespreken. Dus zonder dus dat je de kinderen er omheen hebt of eh hè, dus dat je afgeleid wordt, echt heel bewust, door hun. Dat vind ik wel, ja.

### ***Minder afleiding?***

Ja, wel dus op het moment dat je alleen bent, dat wel. Maar je bent gewoon veel gericht aan het praten over dan de onderwerpen terwijl als je hier aan tafel zit, dan ga je dus dan even dit er dan omheen, en dat er omheen, dus hè, dan ga je veel eerder van onderwerp nog wel af. Dus dat vond ik wel een voordeel ja.

### ***En nog meer voordelen die je hebt ervaren?***

Nou, dat vond ik eigenlijk wel het grootste voordeel, gewoon het snelle contact, het is makkelijk, het is direct, het is heel gericht op, hè, zo laat log ik in en zo laat heb je gewoon contact, dus nou ja, eigenlijk hadden we dat, ja, [hulpverlener] was nooit later of een beetje dat, maar dat was wel gewoon heel duidelijk. Dus eh...

### ***Ja, oké. En wat vind je dan echt het belangrijkste ervan, van die voordelen?***

Het gerichte dan. Dus dat vond ik wel fijn.

### ***Het gerichte als in?***

Van hè, is er nog wat gebeurd, ja nee, en dan, ja, als ze hier zit dan ben je toch al heel snel, ben je een uur verder, terwijl je dan gewoon, omdat je veel gericht bezig bent, ook met een half uur dan. Oké, heb je verder nog wat, nee, oké, nou, doe, en dan uit en je. Dus dat wel. En zeker op het moment dat het goed gaat, want dat vind ik wel hoor, hè, zoals, als het goed gaat, dan is het ook gewoon, thuis is er veel minder inbreuk.

### ***Duidelijk. En nadelen? Welke nadelen heb je ervaren?***

Ik vond het nadeel wel, als ik de kinderen, maar dat was meer van mijn kant dan, als ik de kinderen thuis heb, eh, [hulpverlener] ziet niet wat er dan, dat is de andere kant natuurlijk, [hulpverlener] ziet niet wat er gebeurt, dus als je dan hè, één van de twee loopt rond, of één van de twee valt buiten, je loopt echt weg en [hulpverlener] zit echt tegen een muur dan aan te kijken, een lege stoel. Dat vond ik dan wel, dat ik dacht van ja. Je hebt minder interactie met wat er thuis gebeurt, dus dan kun je moeilijker dan omheen spelen. Je moet dan echt bewust van die computer weglopen om in te grijpen.

### ***Ja, omdat ze er niet echt bij aanwezig is dan.***

Ja, als [hulpverlener] hier zit, hè, dan lopen ze er omheen en dan hè, en dan zeggen ze een keer van hé, doe dit, of hè, dus als ik achter die computer zit ben je heel gericht aan het praten, maar hun vragen ook aandacht, dus je moet alweer naar hun toe en, dus dat was af en toe wel lastig, dat was wel storend. Meer storend. Maar dat was echt, van [hulpverlener] uit vond ik het heel fijn. Dus daar kan ik eigenlijk ook niks negatiefs over bedenken.

## **Stap 2: Uitspraken opsommen en code toevoegen**

<b>Uitspraak</b>	<b>Code</b>
<b>Voordelen</b>	
Kortere contacten kunnen hebben	Kortere gesprekken
Meer even to the point dingen kunnen bespreken	Minder ruis in het contact
Dat je afgeleid wordt (kinderen)	Ouders minder afleidbaar
Je bent veel gericht aan het praten (...), hier aan tafel ga je even dit er omheen, dat er omheen	Minder ruis in het contact
Het snelle contact	Kortere gesprekken
Als ze hier zit dan ben je al snel een uur verder (...), nu met een half uur dan	Kortere gesprekken
Thuis is er veel minder inbreuk	Minder inbreuk in thuissituatie
<b>Nadelen</b>	
(hulpverlener) ziet niet wat er gebeurt, (...) één van de twee valt buiten, je loopt echt weg	Omgevingsinformatie missen
Je hebt minder interactie met wat er thuis gebeurt	Minder in kunnen spelen
Maar zij vragen ook aandacht	Afleiding door kinderen

## **Stap 3: codes combineren, hoofdcategorieën zoeken**

<b>Subcategorie</b>	<b>Hoofdcategorie</b>
<b>Voordelen</b>	
Minder ruis in het contact Ouders minder afleidbaar	Inhoudelijk
Kortere gesprekken Minder inbreuk in thuissituatie	Praktisch
<b>Nadelen</b>	
Afleiding door kinderen	Praktisch
Omgevingsinformatie missen Minder in kunnen spelen	Hulpverlenersperspectief

## **Stap 4: invoegen in tabel**

De gevonden categorieën werden per groep in een tabel gezet en er wordt bijgehouden hoeveel participanten de code hebben genoemd. Hierbij is het niet van belang hoe vaak de respondent een voor- of nadeel heeft genoemd.

## **Stap 5: de uiteindelijke tabel aanpassen**

Na elk nieuw interview werd kritisch naar de codenamen gekeken. Na afronding van de codering werden codes samengevoegd, verwijderd of werd de naam aangescherpt.