

EHEALTH IN DE (GGZ) PRAKTIJK

*Een inventarisatie van eHealth voorkeuren en mogelijkheden
binnen de geestelijke gezondheidszorg.*

Auteur: Daniëlle Zijlstra
Studentnummer: S1305239
Opleiding: Master Positieve Psychologie en Technologie
Instelling: Universiteit Twente, Enschede
Begeleiders: Dr. Saskia Kelders (Universiteit Twente)
Hanneke Kip (Universiteit Twente)
Anouk Beverdam (GGZON Oldenzaal)
Plaats en datum: Enschede, 14 juli 2016



**UNIVERSITEIT
TWENTE.**

SAMENVATTING

Achtergrond: De dienstverlening in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) staat al geruime tijd onder druk door bezuinigingen. Vanuit de sector is hierdoor een vraag ontstaan naar kwalitatief goede maar goedkopere zorgoplossingen. Uit onderzoek is hierdoor eHealth naar voren gekomen. Dit vanwege de arbeidsbesparende werking die een effectieve inzet van eHealth met zich meebrengt. Uit de praktijk blijkt dat veel zorgaanbieders, zowel behandelaren als instellingen, het lastig vinden om een helder beeld te krijgen van het grote aanbod van eHealth mogelijkheden. Indien dit wel in kaart is gebracht, is het vaak onduidelijk welke vormen van eHealth het beste binnen de instelling passen en hoe deze geïmplementeerd dienen te worden. De focus van dit onderzoek werd daarom gelegd op de factoren die dienen te worden meegenomen binnen deze keuze.

Doel: Het doel van het onderzoek was om vast te stellen welke vormen van eHealth technologieën het beste aansluiten op de context van GGZON, een geestelijke gezondheidsinstelling in Oldenzaal die zich vooral bezighoudt met de gespecialiseerde ggz.

Methode: Binnen het onderzoek is gebruik gemaakt van de CeHRes roadmap. Het onderzoek werd uitgevoerd in twee fasen. De eerste fase, de *contextual inquiry*, bestond voornamelijk uit deskresearch en richtte zich op de zorgcontext van GGZON die bestond uit zorgverzekeraars, verwijzers (in de vorm van huisartsen en POH-GGZ) en grote GGZ-instellingen in de regio. Ook is er onderzoek gedaan naar het huidige aanbod van online eHealth platformen. In de tweede fase, de *value specification*, zijn de medewerkers en de cliënten van GGZON naar hun wensen en behoeften omtrent de inzet van eHealth gevraagd door middel van individuele interviews en een focusgroep.

Resultaten: Uit de *contextual inquiry* kwam als eerste naar voren dat zorgverzekeraars nog geen concrete eisen stellen aan het gebruik van eHealth binnen GGZ-instellingen. Daarnaast viel op dat veel instellingen binnen de zorgcontext van GGZON op dit moment al gebruik maken van Minddistrict. Als laatste zijn er negen verschillende eHealth platformen beoordeeld op hun aanbod, communicatiemogelijkheden en kosten.

Volgens de medewerkers zal eHealth het meeste toevoegen aan het bestaande zorgproces wanneer het wordt ingezet in de vorm van een online platform dat de mogelijkheden biedt tot communicatie en het versturen van vragenlijsten en digitale huiswerkopdrachten waarbij directe feedback mogelijk is. Ook zouden medewerkers graag beschikken over een database binnen het platform met psycho-educatie over problematiek en behandelprotocollen.

Conclusie: Aan de hand van de verzamelde data is ervoor gekozen GGZON aan te raden een bestaand eHealth platform te implementeren. Dit vanwege de compacte vorm van technologie en de ondersteuning die deze platformen bieden aan de gebruikers op het gebied van contact, het werken met vragenlijsten en de vormen van psycho-educatie. Uit het onderzoek bleek dat online behandelmodules zoals deze worden aangeboden door veel eHealth platforms geen substantiële toegevoegde waarde hebben voor GGZON. Op basis van deze informatie zal door GGZON een keuze worden gemaakt voor de geschikte vorm van eHealth.

ABSTRACT

Background: Cutbacks in mental health care have put pressure on the services healthcare can provide. This made the demand for high quality but cheaper healthcare solutions increase. eHealth can be seen as a solution because of its time and laborsaving functions. Practice shows that many healthcare providers, both clinicians and institutions, find it difficult to obtain a clear picture of the wide range of eHealth possibility. Even if these possibilities have been identified, it is often unclear which types of eHealth fit best within the institution and how these should be implemented. Therefore, the focus of this study was placed on the factors that should be considered in this choice.

Objective: The aim of the study was to determine which forms of eHealth technologies are best suited within the context of GGZON, a mental health institution in Oldenzaal which mainly focuses on specialized mental healthcare.

Methods: The research made use of the CeHRes roadmap. The study was conducted in two phases. The first phase, the contextual inquiry, mainly consisted of deskresearch and focused on the context of GGZON consisting of health insurers, referrers (in the form of general practitioners and mental health POH) and large mental health institutions in the region. The current range of online eHealth platforms was also researched. In the second phase, the value specification, the wishes and needs of the staff and clients of GGZ concerning the implementation of eHealth were inquired through the use of individual interviews and a focus group.

Results: The contextual inquiry revealed that health insurers have set no specific requirements on the use of eHealth within mental health institutions. The institutions within the context of GGZON currently use Minddistrict, an eHealth platform which focuses on online treatment. Nine different eHealth platforms were evaluated on their offer, communication capabilities and costs. According to the staff eHealth will provide the most added value within the existing care process when it will be deployed in the form of an online platform which offers opportunities for communication and sending questionnaires and digital homework assignments with the potentiality of immediate feedback. They would also like to have access to a database within the platform with psycho-education about problems and treatment protocols.

Conclusion: Based on the collected data, GGZON was recommended to implement an existing eHealth platform. This is due to the compact form of technology and the support provided by these platforms to users in the forms of contact, working with questionnaires and forms of psycho-education. Research showed that online treatment modules, such as those offered by many eHealth platforms, have no substantial added value for GGZON. Based on this information GGZON will select an appropriate form of eHealth for their organisation.

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	2
INHOUDSOPGAVE.....	4
1. INLEIDING.....	6
1.2 Wat is eHealth?	6
1.3 Implementatie	7
1.3.1 de zorgcontext	9
1.3.2 De gebruiker	10
1.3.3 De technologie.....	10
1.4 CeHRes Roadmap	10
1.5 Onderzoeksdoel en onderzoeksvragen	12
2. METHODE	13
2.1 Deskresearch	14
2.1.1 Stakeholder identificatie	14
2.1.2 Zorgomgeving	14
2.1.2.1 Zorgverzekeraars	15
2.1.2.2 Verwijzers	15
2.1.2.3 Instellingen in de regio	17
2.1.2.4 Cliëntentevredenheidsonderzoek.....	17
2.1.2.5 Huidig aanbod eHealth platformen	18
2.2 Individuele interviews	18
2.2.1 Behandelaren	18
2.2.2 Cliënten	20
2.3 Focusgroep	20
3. RESULTATEN	22
3.1 Stakeholders	22
3.2 Deskresearch	23
3.2.1 Zorgverzekeraars	23
3.2.2 Verwijzers	23
3.2.3 Instellingen in de regio	25
3.2.4 Cliëntentevredenheidsonderzoek.....	26
3.2.5 Huidig aanbod bestaandeHealth platform	26
3.3 Individuele interviews	28
3.3.1 Behandelaren	28
3.4 Focusgroep	38
4. Discussie en conclusie.....	42

4.1 Discussie.....	42
4.1.1 De aansluiting van eHealth op de GGZ.....	42
4.1.2 De weerstand van de behandelaren	42
4.1.3 Het behoud van face-to-face contact	43
4.1.4 Het belang van de verspreiding van innovatie en educatie.....	43
4.2 Beperkingen.....	44
4.3 Aanbevelingen.....	45
4.3.1 Praktische aanbevelingen	45
4.3.2 Theoretische aanbevelingen	46
4.4 Conclusie	46
DANKWOORD	47
LITERATUURLIJST	48
BIJLAGEN	50
Bijlage I – Toelichting genoemde vormen van eHealth	50
Bijlage II – Contact-script Verwijzers.....	52
Bijlage III – Informatiebrochure	53
Bijlage IV – Toestemmingsverklaring	55
Bijlage V– Interviewschema Behandelaren	56
Bijlage VI – Interviewschema cliënten	57
Bijlage VII – Draaiboek en presentatie focusgroep.....	58
Bijlage VII – Overzicht bestaande eHealth platformen.....	61

1. INLEIDING

In de GGZ is er sprake van een opkomst van zwaardere problematiek tezamen met afname van het aantal voorgeschreven behandel sessies (Smit & Bosch, 2014). Dit pleit voor een nieuwe organisatie van de zorg. Uit onderzoek van NYFER, in opdracht van zorgverzekeraar ONVZ, blijkt dat het gebruik van eHealth de gezondheidszorg jaarlijks 400 miljoen euro kan besparen. Dit vanwege de arbeidsbesparende werking die de effectieve inzet van eHealth met volgens Geest, Boudeling & Jansen (2013) met zich meebrengt. Dit is binnen de GGZ van belang vanwege de beperkte tijd en financieën die per cliënt beschikbaar zijn (Smit & Bosch, 2014). Op deze manier kan eHealth helpen door de focus binnen de zorg te verschuiven naar de cliënt die daardoor meer regie en krijgt om over zijn eigen gezondheid wat de zelfstandigheid vergroot (Geest, Boudeling, & Janssen, 2013). Cliënten hebben bijvoorbeeld zelf de macht om te bepalen welke zorg zij willen afnemen (Lechner, Mesters, & Bolman, 2010). Hierdoor vraagt de behandeling minder tijd van de zorgverlener in vergelijking met een reguliere behandeling terwijl wel dezelfde of betere resultaten kunnen worden bereikt met minder middelen (Van Gemert-Pijnen et al., 2013). Een andere bijkomst van eHealth is dat het de mogelijkheid biedt om zorg overal aan te bieden, onafhankelijk van tijd en plaats, in verschillende vormen en voor iedereen.

1.2 Wat is eHealth?

eHealth, waarbij de e staat voor *electronic*, wordt door Eysenbach (2001) omschreven als verscheidene vormen van informatie- en communicatietechnologieën die binnen de gezondheidszorg kunnen worden ingezet om een bijdrage te leveren aan het drukken van de kosten en het bevorderen van het welzijn van de patient. Deze diensten en informatie worden voornamelijk geleverd door het internet en gerelateerde technologieën, onder andere webapplicaties en webportalen, mobiele apps, elektronische cliëntendossiers en videocommunicatie (Gemert-Pijnen, Peters, & Ossebaard, 2013; Krijgsman & Klein Wolterink, 2012). Wanneer gebruik wordt gemaakt van eHealth binnen de GGZ dan wordt gesproken over eMental Health (Riper et al., 2007). eMental Health is gericht op het verhogen van de kwaliteit van de zorg en tevens aan het vergroten van de toegankelijkheid en de betaalbaarheid. Hierbij zijn preventie en zelf-managent twee belangrijke onderdelen (Riper, Van Ballegooijen, Kooistra, De Wit, & Donker, 2013). In dit verslag zal de term eHealth worden aangehouden voor beide vormen.

Volgens Van Gemert-Pijnen et al. (2013) wordt eHealth in eerste instantie vooral complementair ingezet, oftewel als aanvulling op de reguliere behandeling. Deze vorm van

zorgverlening wordt “blended care” genoemd. Dit is een behandeling die reguliere face-to-face gesprekken combineert met online contact, vaak in de vorm van online cognitieve gedragstherapie of psycho-educatie (van der Vaart et al., 2014). Voordelen van “blended care” behandelingen zijn verhoging van efficiency, doelmatiger inzet van professionals, vergroting van het zorgaanbod en de verbetering van de toegankelijkheid tot zorg (Gemert-Pijnen, Nijland, & Appelman, 2012).

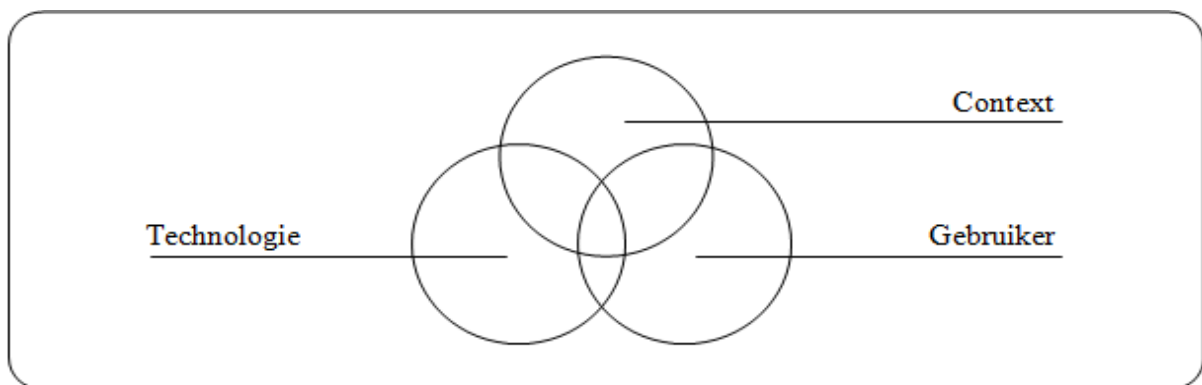
Ondanks de positieve effecten die eHealth kan bewerkstelligen, wordt eHealth opvallend weinig ingezet in de praktijk (Jansen & Drenthen, 2015). Zowel cliënten als behandelaren spelen hierbij een belangrijke rol. Hierbij wordt allereerst het verlies van persoonlijk contact genoemd (Nijland, Gemert-Pijnen, Boer, Steehouder, & Seydel, 2008). Deze vrees wordt ook bevestigd door de behandelaren, waarbij deze vooral belang hechten aan zicht op de non-verbale communicatie van de cliënt (Nijland, van Gemert-Pijnen, Boer, Steehouder & Seydel, 2008). Binnen de behandeling wordt deze vorm van communicatie beschouwd als de primaire manier om een beeld te krijgen van de cliënt en diens context (Timmer, 2015). Daarnaast bestaat bij behandelaren vaak de gedachte dat cliënten niet gebaat zouden zijn bij de inzet van eHealth of hieraan niet willen meewerken.

1.3 Implementatie

Bij de implementatie van eHealth blijkt dat veel zorgaanbieders, zowel behandelaren als instellingen, het lastig vinden om een helder beeld te krijgen van het grote aanbod van eHealth mogelijkheden (Gemert-Pijnen, Nijland, Tije, Mol, & Hennemann, 2006). Indien het aanbod wel in kaart is gebracht, is vaak onduidelijk welke vormen van eHealth het beste binnen de instelling passen en hoe deze geïmplementeerd dienen te worden. Uit onderzoek is gebleken dat bestaande effectief gebleken interventies niet rechtstreeks vertaald kunnen worden naar online interventies, maar dat er rekening gehouden dient te worden met de aansluiting van de (online) doelgroep (Bartholomew, Parcel, Kok, Gottlieb, & Fernández, 2011). Mocht de interventie wel, eventueel na enige aanpassing, geschikt bevonden worden voor de doelgroep dan is er nog het risico dat de interventie niet aanvaard wordt door de potentiële gebruikers vanwege onvoldoende motivatie om met de technologie te werken (Marks & Cavanagh, 2009). Hieruit komt de aansluiting van de te implementere technologie en de doelgroep naar voren. Factoren die de implementatie van eHealth beïnvloeden zijn onder andere een laag bereik (niet alle gebruikers hebben toegang tot de interventie) een lage impact (de interventie is niet juist ingezet en daardoor niet effectief voor de gebruikers) en lage therapietrouw (interventie wordt niet of op een onjuiste manier gebruikt) (Van Gemert-

Pijnen et al., 2012). Daarnaast zijn volgens Rogers de vijf aspecten van de innovatietheorie van belang, namelijk (1) de innovatie moet een meerwaarde voor de huidige gang van zaken hebben, (2) de innovatie moet passen bij de potentiële gebruikers, oftewel er moet gelet worden op de compatibiliteit, (3) de innovatie moet niet te complex zijn maar gemakkelijk te gebruiken en begrijpen, (4) de gebruikers en stakeholders moeten de mogelijkheid krijgen om eerst aan de nieuwe innovatie te wennen, bij voorkeur aan de hand van een pilot en (5) er moet duidelijk gemaakt kunnen worden door de gebruikers welke concrete uitkomsten de nieuwe innovatie met zich meebrengt (Rogers, 2003). Wanneer een innovatie aan alle vijf deze punten voldoet, zal deze sneller geaccepteerd worden door de doelgroep (Rogers, 1995). Deze acceptatie is van belang omdat een succesvolle implementatie zorgt voor het optimaal benutten van het potentieel van de te implementeren technologie. Hierbij is het belangrijk dat de implementatie aansluit op de doelgroep en haar organisatie. Ook spelen de potentiële gebruikers en de verwachtingen van de technologie een belangrijke rol (Flynn, Gregory, Makki & Gabbay, 2009; Slegers & Donoso, 2012).

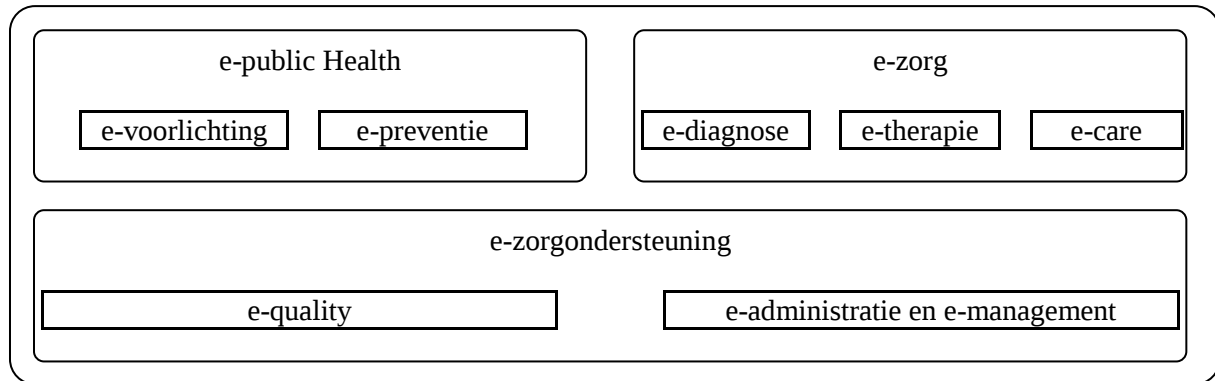
Om de doelgroep en haar organisatie structureel in kaart te brengen is gebruik gemaakt van de indeling van eHealth dimensies zoals die is opgesteld door Krijgsman en Klein Wolterink (2012). Deze dimensies bestaan uit de zorgcontext, de gebruikers en de technologie. Een overzicht is te vinden in figuur 1.



Figuur 1. Indeling van eHealth dimensies (Krijgsman & Klein Wolterink, 2012)

1.3.1 de zorgcontext

eHealth kan worden opgedeeld in drie categorieën; e-public health, e-zorg en e-zorgondersteuning (Krijgsman & Klein Wolterink, 2012) (zie figuur 2). Hierbij richt e-public health zich voornamelijk op preventie, e-zorg op het primaire zorgproces en e-zorgondersteuning op administratieve zaken.



Figuur 2. Indeling van eHealth categorieën (Krijgsman & Klein Wolterink, 2012)

In dit onderzoek wordt er vooral ingegaan op eHealth ter ondersteuning van het primaire zorgproces (e-zorg). Deze vorm van zorg richt zich op de relatie tussen de zorgverlener en de cliënt. E-zorg kan worden ingedeeld in e-care, e-diagnose en e-therapie.

- E-care is voornamelijk gericht op monitoring en huishoudelijke technologie, iets wat in de geestelijke gezondheid weinig voorkomt.
- E-diagnose draait volledig om de vaststelling van de klacht. Hierbinnen wordt getracht een beeld te vormen van de onderliggende patronen, stoornissen of ziektes die ten grondslag liggen aan de vertoonde symptomen.
- E-therapie richt zich op online behandelingen. Hierbij kan worden gedacht aan protocollaire gedragstherapeutische behandelingen.

Binnen de GGZ richt e-therapie zich op online behandelmodules die als aanvulling op de reguliere behandeling worden aangeboden. De ggz-instelling waarbinnen dit onderzoek is uitgevoerd is de Geestelijke Gezondheidszorg Oost Nederland, hierna GGZON te noemen. GGZON werkt voornamelijk binnen de gespecialiseerde ggz. Deze lijn richt zich op de ernstigere problematiek, waarbij soms sprake is van meerdere aandoeningen of problematiek in de vorm van persoonlijkheidsstoornissen. Dit in tegenstelling tot de generalistische basis ggz, welke zich voornamelijk richt op de eenvoudigere en relatief minder ernstige problemen.

De context waarbinnen GGZON opereert bestaat naast de instelling ook uit andere belanghebbende partijen zoals zorgverzekeraars en andere zorgaanbieders. De belangrijkste partij in dit onderzoek zijn de gebruikers.

1.3.2 De gebruiker

Binnen GGZON bestaan de gebruikers uit de behandelaren en cliënten. Wanneer de kans op acceptatie en gebruik van de gebruiker zo groot mogelijk wil worden gehouden, is het van belang om gebruik te maken van een participatief designproces (Gemert-Pijnen et al., 2012). Dit houdt in dat de gebruikers invloed kunnen uitoefenen op de keuze voor een bepaalde vorm van technologie. Derhalve moet er rekening worden gehouden dat de te implementeren technologie dus aansluit bij de behoeftes van de gebruikers en de context waarbinnen deze wordt ingezet.

1.3.3 De technologie

Tegenwoordig heeft vrijwel iedereen toegang tot het internet en beschikt 98% van de Nederlanders over een computer (CBS, 2014). Uit de cijfers van het CBS is ook gebleken dat de gemiddelde Nederlander in staat is met een computer om te gaan.

De ontwikkeling van nieuwe eHealth technologieën gaat in rap tempo. Een compleet up-to-date overzicht van alle mogelijkheden is daardoor volgens van Gemert-Pijnen et al. (2013) bijna onmogelijk. In dit onderzoek worden een aantal bestaande technologieën besproken. Een overzicht van deze technologieën is te vinden in bijlage I.

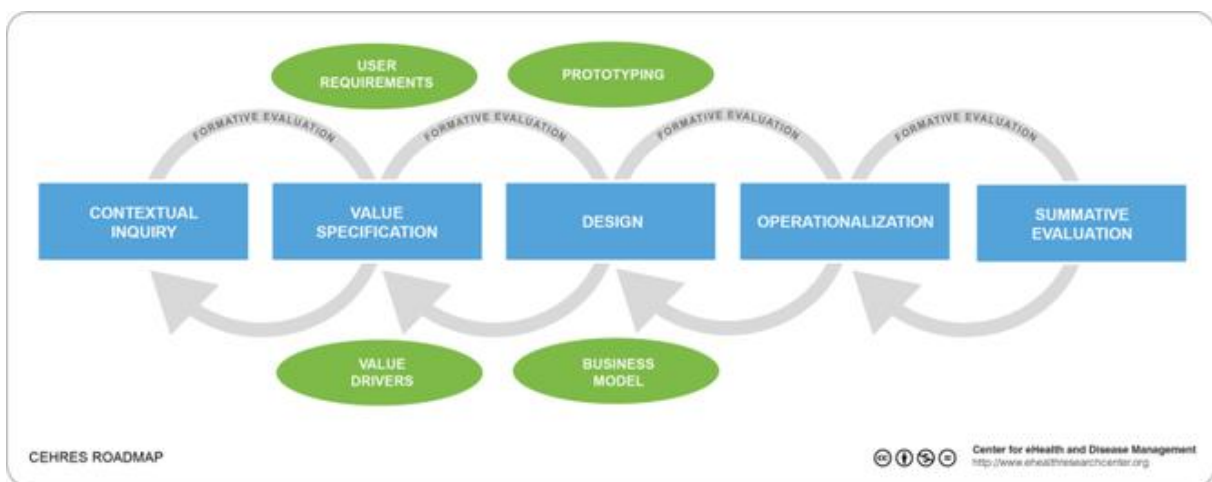
De belangrijkste randvoorwaarde voor het gebruik van technologie is de eis dat deze tegemoet komt aan de voorkeuren die de gebruikers stellen aan hun privacy (Gemert-Pijnen et al., 2013). Wanneer gebruikers goed geïnformeerd worden over hun privacy en een positieve framing van deze kwesties wordt gebruikt, zal dit leiden tot een hogere adoptie door de gebruikers (Archer, Fevrier-Thomas, Lokker, McKibbin, & Straus, 2011). Om de kans op succesvolle adoptie verder te verhogen is het van belang dat de bovengenoemde dimensies, de context, de gebruikers en de technologie, samen worden genomen in de beslissing voor de te implementeren vorm van eHealth. In dit onderzoek is hiervoor de CeHRes Roadmap gebruikt.

1.4 CeHRes Roadmap

De CeHRes roadmap is een instrument dat gebruikt wordt om nieuwe eHealth technologieën te ontwerpen, verbeteren of evalueren. In dit onderzoek is gekozen voor dit instrument omdat het zowel gebruikt kan worden binnen een participatief designproces (Gemert-Pijnen et al., 2012) als ingezet kan worden als analytisch instrument voor de besluitvorming omtrent het gebruik van eHealth technologieën (Gemert-Pijnen et al., 2011). Ook is dit instrument relevant voor het onderzoek vanwege de holistische aanpak die het biedt. Hiermee wordt bedoeld dat de te implementeren eHealth technologie rekening houdt met zowel de context als de gebruiker (Van Gemert-Pijnen et al., 2013). Er zal binnen de fases van de roadmap dus ook

goed in kaart moeten worden gebracht wie de stakeholders in dit onderzoek precies zijn. Daarnaast zullen deze, door middel van continue evaluatie en verificatie, betrokken worden binnen het keuze proces met als doel de kans op succesvolle implementatie en gebruik te vergroten.

De CeHRes Roadmap bestaat uit vijf fases: *contextual inquiry*, *value specification*, *design*, *operationalization* en *summative evaluation* (zie figuur 3). De roadmap stelt de ontwerper in staat om op een gestructureerde wijze een nauwkeurige analyse uit te voeren die uiteindelijk zal leiden tot een optimaal ontwerp. Binnen dit onderzoek zal nadruk worden gelegd op de eerste twee fases van het model, de *contextual inquiry* en de *value specification*. Aan de hand van deze fases zal de huidige situatie wat betreft de context, gebruikers en technologie in kaart worden gebracht.



Figuur 3. CeHRes Roadmap

1.5 Onderzoeksdoel en onderzoeksvragen

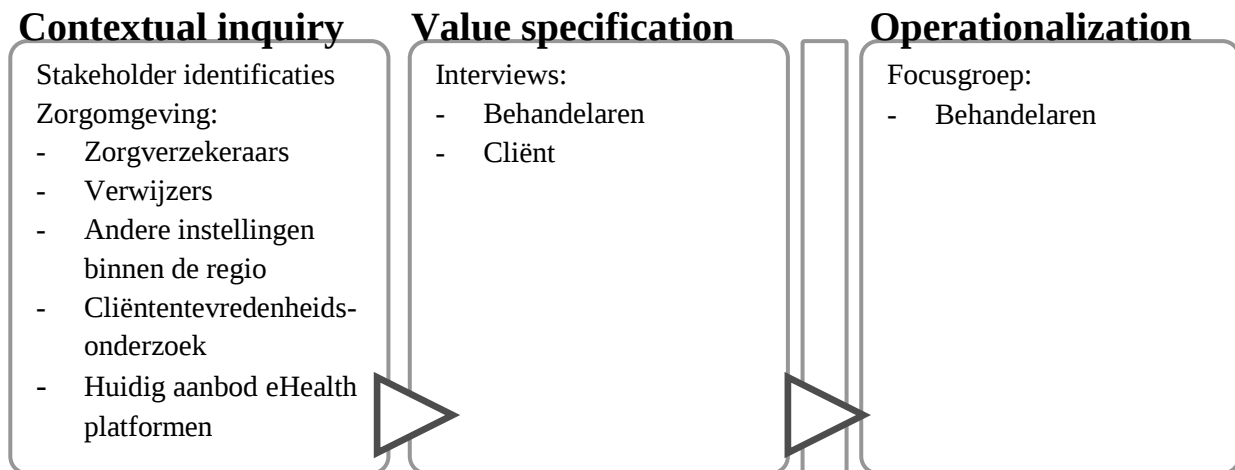
Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de meest geschikte vormen van eHealth voor GGZON die aansluiten op de context en de stakeholders. In verband hiermee wordt onderzoek verricht naar de voorkeuren en eisen van de stakeholders ten aanzien van de inzet van eHealth door middel van het betrekken van de (zorg)context en de gebruikers. Aan de hand van dit onderzoek zal een inventarisatie worden gemaakt van beschikbare interventies die aansluiten bij de organisatie.

In het kader hiervan zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- Welke belanghebbende partijen binnen de context van GGZON kunnen worden gerekend tot de stakeholders?
- Hoe ziet de huidige zorgomgeving GGZON eruit en welke eisen stellen zij aan de te implementeren eHealth technologieën?
- Wat zijn de eisen en voorkeuren van de gebruikers wat betreft de toepassing van eHealth binnen GGZON?
 - Welke vormen van eHealth worden in de huidige behandelsituatie gebruikt?
 - Wat zijn de overtuigingen en houding ten opzichte van de inzet van eHealth?
 - Wat zijn de inhoudelijke en praktische randvoorwaarden voor de invoer van eHealth, zoals die zijn gesteld door de stakeholders?
 - Welke mogelijkheden worden gezien voor de inzet van eHealth binnen de behandelsituatie van GGZON?
- Welke bestaande eHealth technologieën sluiten aan bij de behandelsituatie van GGZON?

2. METHODE

Zoals eerder al is aangegeven werd er binnen dit onderzoek gebruik gemaakt van de CeHRes Roadmap van Gemert-Pijnen et al. (2013). De roadmap is binnen dit onderzoek ingezet als een analytisch instrument ter besluitvorming over het gebruik van eHealth technologieën. In figuur 4 is te zien hoe het onderzoek is vorm gegeven.



Figuur 4. Onderzoeksproces aan de hand van de CeHRes Roadmap

Voor het identificeren en beschrijven van de stakeholders en het in kaart brengen van de huidige (zorg)context is als eerste een *contextual inquiry* uitgevoerd door middel van deskresearch en individuele interviews. Na de *contextual inquiry* is overgegaan op de *value specification* waarbij de mening van de gebruikers wat betreft de toegevoegde waarde van het gebruik van eHealth in kaart evenals de verwachte barrières, randvoorwaarden en mogelijkheden van het gebruik van eHealth in kaart zijn gebracht. De resultaten van de *contextual inquiry* en de *value specification* zijn daarna aan hen teruggekoppeld door middel van een focusgroep. Tijdens deze focusgroep is gekeken naar de wensen en behoeften van de gebruikers en de technologieën die het beste aansluiten op de gehele context.

De verslaglegging in dit onderzoek is gestructureerd op basis van de onderzoeksmethodes in plaats van de fasen van de CeHRes Roadmap om het beloop van het onderzoek beter te illustreren.

2.1 Deskresearch

2.1.1 Stakeholder identificatie

Stakeholders zijn belanghebbende personen of organisaties die invloed ondervinden van, of zelf uitoefenen op, het project. Om een helder beeld te creëren van de bestaande zorgcontext is eerst onderzoek gedaan naar alle meespelende, zowel interne als externe, partijen. Hierbij is eerst een indicatie van de groepen gemaakt. Dit is gedaan aan de hand van contact met de directie van GGZON. Het contact met de directie heeft zich beperkt tot een aantal informele gesprekken gericht op het in kaart brengen van de opdracht en het identificeren van de stakeholders. Daarnaast is er gebruik gemaakt van een aantal weken participerende observatie binnen de instelling om zo een beeld te krijgen van de huidige behandelsituatie en de zorgcontext als voorbereiding op de stakeholder analyse.

Om onderscheid te maken tussen de key-stakeholders en de overige stakeholders is er gebruik gemaakt van het “model van macht, legitimiteit en urgentie” (Mitchell, Agle, & Wood, 1997). In dit model worden stakeholders verdeeld aan de hand van drie kenmerken: macht, legitimiteit en urgentie. Hierbij heeft macht betrekking op de mate waarin de stakeholder invloed kan uitoefenen op de organisatie, verwijst legitimiteit naar de wenselijkheid dat de stakeholder deze invloed kan uitoefenen en heeft urgentie betrekking op de mate waarin de stakeholder de aandacht opeist binnen de organisatie (Hooge & van der Sluis, 2005). Key-stakeholders voldoen aan alle drie de kenmerken.

2.1.2 Zorgomgeving

Na de identificatie van alle stakeholders is een analyse gemaakt van de context waarbinnen zij functioneren. Voor de overige stakeholders, te noemen de zorgverzekeraars, verwijzers, instellingen in de regio en bestaande technologieën in de vorm van eHealth platformen, is hiervoor gebruik gemaakt van deskresearch in de vorm van onderzoek op de websites van de desbetreffende organisaties aangevuld met telefonisch contact in het geval van de verwijzers. Ook is er deskresearch gebruikt om de resultaten van het cliëntentevredenheidsonderzoek, wat door GGZON zelf is gehouden, te analyseren.

2.1.2.1 Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hebben invloed op het behandelaanbod van GGZON vanwege hun betrekking tot de zorginkoop.

Participanten

GGZON had in 2016 lopende contracten met vijf zorgverzekeraars te noemen, Menzis, VGZ, Zilveren Kruis, Multizorg en DSW. Deze vijf organisaties zijn meegenomen in het onderzoek.

Materialen en procedure

Het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars is in kaart gebracht door middel van deskresearch naar de inkoopdocumenten van de desbetreffende zorgverzekeraars die in maart 2016 zijn verkregen vanaf de webpagina van de desbetreffende organisaties. Tijdens het doorzoeken van deze documenten zijn de zoektermen “ehealth” en “online” gebruikt.

Analyse

De relevante onderdelen van de inkoopdocumenten zijn zowel tekstueel samengevat als in tabelvorm weergegeven. Hierbij is alleen informatie geselecteerd die specifiek relevant is voor GGZON.

2.1.2.2 Verwijzers

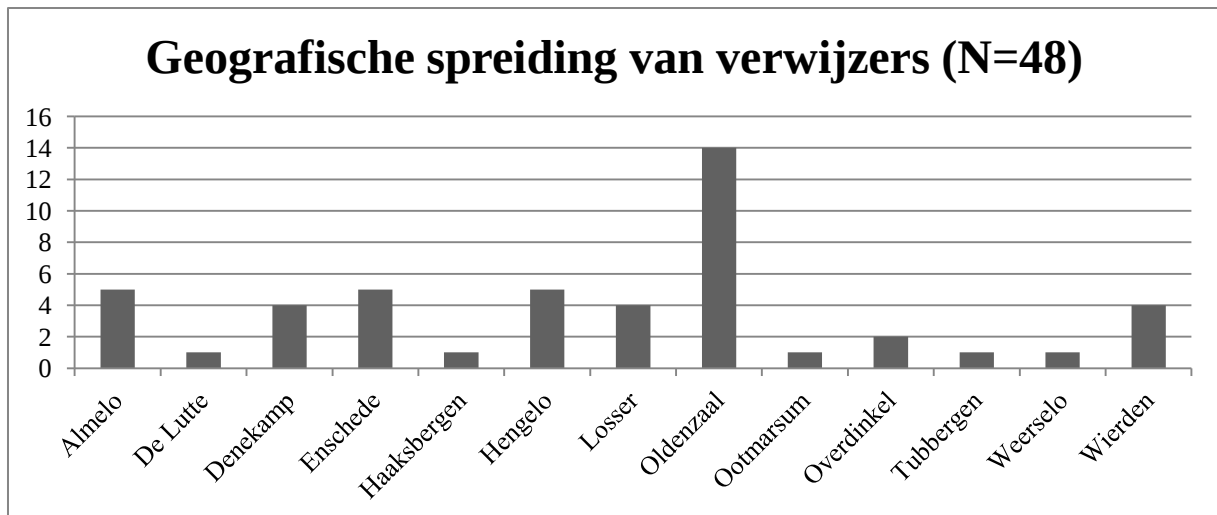
Participanten

Huisartsen en praktijkondersteuners in de GGZ (POH-GGZ) houden zich voornamelijk bezig met het signaleren en diagnosticeren van psychische problemen (Leene & Verberk, 2008) waarbij ook zij gebruik kunnen maken van eHealth. In dit onderzoek is gekeken hoe vaak er door verwijzers gebruik wordt gemaakt van eHealth en in welke vormen dit gebeurt.

De verwijzers in dit onderzoek bestonden uit 48 lokale huisartsenpraktijken en hun POH-GGZ. De verwijzers zijn meegenomen in het onderzoek vanwege de belangrijke rol die zij spelen binnen de cliëntenaanvoer naar GGZON. Een overzicht van de verwijzers is te vinden in figuur 5.

De verwijzers zijn geselecteerd middels een stratified sampling methode. Hierbij zijn de praktijken gestratificeerd per gemeente en het inwoneraantal van die gemeente.

Als laatste is er informatie verkregen vanaf de website van de Twentse Huisartsen Onderneming Oost Nederland (THOON, www.thoon.org) over het gebruik van eHealth door de POH-GGZ die aangesloten zijn bij deze organisatie.



Figuur 5. Overzicht van het aantal verwijzers en hun geografische ligging

Materialen en procedure

Bij het contact tussen de verwijzers en de onderzoeker is gebruik gemaakt van een contactschema wat als richtlijn diende voor het telefonische gesprek en een formulier waarop de verscheidende vormen die worden aangeboden geïnventariseerd konden worden. De categorieën die in dit formulier genoemd worden zijn gebaseerd op de meest voorkomende eHealth mogelijkheden die zijn gevonden aan de hand van een korte steekproef gevoerd over vijf verschillende praktijk webpagina's waarna saturatie optrad. Het formulier en het contactschema zijn te vinden in bijlage II.

De geselecteerde verwijzers zijn in eerste instantie benaderd voor een telefonisch interview de huidige inzet van eHealth en online zorgverlening binnen de praktijk. In de loop van de gegevensverzameling is ervoor gekozen om naast telefonisch deskresearch naar de webpagina's van de praktijken uit te voeren. Dit houdt als aanvulling naar de webpagina van de praktijk werd gekeken met als doel overige vormen van eHealth te registreren die niet uit het telefonisch contact naar voren waren gekomen. Hiervoor is gekozen omdat het contact met de praktijkassistenten in 32 van de gevallen geen informatie opleverde vanwege beperkte kennis over het onderwerp of beperkte tijd voor het contact.

Analyse

De resultaten van het contact met de verwijzers zijn uitgewerkt in tabelvorm. Deze is verder tekstueel toegelicht.

2.1.2.3 Instellingen in de regio

Participanten

Tijdens dit onderzoek is gekeken naar de grootste aanbieders van geestelijke gezondheids binnen Twente, Mediant en Dimence, en hun bestaande aanbod op het gebied van eHealth.

Materialen en procedure

De internetpagina's van de desbetreffende instanties zijn bezocht om vanaf daar het gebruik van eHealth in kaart te brengen. Daarbij zijn de zoektermen “e-health”, “online behandelen” en “digitale zorg” gebruikt.

Analyse

De verkregen informatie die relevant geacht kan worden voor GGZON is tekstueel samengevat. Hierbij zijn de voornaamste bevindingen weergegeven in een illustratie.

2.1.2.4 Cliëntentevredenheidsonderzoek

Participanten

Om een meer algemeen beeld te krijgen van de mening van de cliëntenpopulatie over de zorg die GGZON biedt, is gebruik gemaakt van de data die verkregen is uit het in 2015 gehouden cliëntentevredenheidsonderzoek (CTO). In totaal hebben 236 cliënten van GGZON hieraan meegewerkt.

Materialen en procedure

Het CTO bestond uit drie onderdelen: een vraag naar de tevredenheid over de zorg die GGZON biedt, een vraag naar de mate waarin cliënten GGZON aan zouden raden bij bekenden en vrienden en de mogelijkheid om open feedback te geven. Voor dit onderzoek is alleen gebruik gemaakt van de verbeterpunten die uit de open feedback vraag zijn gekomen vanwege de relevantie voor onderzoek.

Analyse

De resultaten van het CTO bestond grotendeels uit verbeterpunten die door de cliënten naar voren werden gebracht. Deze verbeterpunten zijn door GGZON samengevat en de hieruit voortgekomen selectie is meegenomen in het onderzoek. Wanneer deze punten aansloten op het doel van het onderzoek, bijvoorbeeld omdat deze te maken hadden met de communicatie tussen de behandelaar en cliënt, zijn deze geselecteerd en weergegeven in de resultaten. Hierbij is ook een korte toelichting gegeven.

2.1.2.5 Huidig aanbod eHealth platformen

Participanten

De bestaande eHealth platformen die zijn meegenomen in dit onderzoek zijn overgenomen uit het onderzoek naar het aanbod van Nederlandse eHealth platformen van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT, 2016).

Materialen en procedure

De gegevens zijn verkregen door middel van onderzoek op websites van de platformen zelf en het onderzoek van VGCT. Hierbij is er een overzicht gemaakt van de functionaliteit, het behandelaanbod en de behandelmethoden, de doelgroepen, de mogelijkheden voor het contact met de cliënt, de kosten en de service (helpdesk/trainingen).

Analyse

Van de verzamelde gegevens is een overzicht in tabelvorm gemaakt. Deze is toegelicht in de resultaten.

2.2 Individuele interviews

2.2.1 Behandelaren

Participanten

De doelgroep van deze interviews waren de toekomstige gebruikers. In totaal telt GGZON negen vaste behandelaren die op de volwassen afdeling werken en die voldoen aan de inclusiecriteria van potentieel toekomstige gebruiker. Hiervan zijn er acht benaderd voor deelname aan het onderzoek. De andere behandelaar is geëxcludeerd vanwege haar nauwe betrokkenheid bij het onderzoek. De leeftijden van de geïnccludeerde behandelaren liepen van 25 tot 61 jaar met daarbij een gemiddelde van 44 jaar en een standaarddeviatie van 13 jaar. Zeven van de behandelaren waren vrouwelijk. Een overzicht van de beoefende functies waren psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog, GZ-psycholoog, cognitief gedragstherapeut VGCT, Gezins- en Relatietherapeut, basispsycholoog en GZ-psycholoog in opleiding.

Materialen en procedure

Alle participanten die zijn gevraagd om mee te werken aan de individuele interviews zijn vooraf schriftelijk geïnformeerd (zie bijlage III voor de informatiebrochure) over het onderzoek en hebben daarnaast een toestemmingsverklaring (zie bijlage IV) ondertekend. De ethische commissie van de Universiteit Twente heeft in maart goedkeuring gegeven voor dit onderzoek. Wanneer de behandelaar het formulier had ondertekend is de opname gestart. Na het interview is de participant bedankt voor zijn deelname en nogmaals uitgenodigd aanwezig

te zijn bij de focusgroep en de eventuele eindpresentatie. Het totale gesprek nam in totaal ongeveer 45 minuten in beslag. Het interviewschema is gebaseerd op de onderzoeksvraag met betrekking tot de eisen en voorkeuren van de stakeholders en de bijbehorende deelvragen. Het gebruikte interviewschema is te vinden in bijlage V.

Het interview begon met een korte introductie en het uitvragen van een aantal relevant persoonlijke gegevens. Daarna werd kort het hoofddoel van het onderzoek toegelicht en een overzicht gegeven van de vragen die gesteld zouden worden. Eén participant heeft op eigen verzoek eerst verdere informatie over het gebruik van eHealth ontvangen vanwege beperkte kennis over het onderwerp.

Allereerst is ingegaan op de huidige behandeltaken en vormen. Hiermee is geprobeerd inzicht te krijgen in de huidige situatie en de eventuele ruimte voor eHealth. De tweede vraag betrof naar het huidige gebruik, de tevredenheid met en de geschatte effectiviteit van eMental Health binnen GGZON. De derde en vierde vraag gingen over de verwachtingen van de behandelaars met betrekking tot het gebruik van eHealth binnen de behandelingen. Ook is gevraagd hoe eventueel met genoemde barrières om zou kunnen worden gegaan. De vijfde vraag had betrekking op de inzet en implementatie van eHealth. Ook werd participanten gevraagd welke eisen zij hebben omtrent de inzet van eHealth en aan welke randvoorwaarden de inzet van eHealth dient te voldoen. De zesde vraag en afsluitende vraag ging over de concrete mogelijkheden van de behandelaar voor vormen van eHealth die ze graag in hun behandeling zouden willen implementeren.

Analyse

Alle interviews zijn door de onderzoeker ten eerste verbatim getranscribeerd. Vervolgens is het gesprek opgedeeld in fragmenten waarbij elk fragment betrekking heeft op één onderzoeksvraag of onderzoeksdeelvraag. Aan de hand van deze tekstfragmenten zijn codes en subcodes ontwikkeld. Hierbij is in eerste instantie gebruik gemaakt van inductieve codering wat inhoudt dat de interviews is gebruikt om de (sub)codes uit af te lijden (Bosch & Boeije, 2010). Wanneer bepaalde tekstfragmenten overeen kwamen met bevinden uit de bestaande literatuur is er gebruik gemaakt van deductieve codering waarbij de literatuur als lijdraad werd genomen voor het vormen van de (sub)codes.. Dit was het geval bij de mogelijkheden en barrières die deels overeenkwamen met het werk van Van Gemert-Pijnen (2013). Codes die niet binnen dit coderingsschema vielen zijn alsnog apart inductief gecodeerd. Nadat alle tekstfragmenten gecodeerd waren is er gezocht naar patronen in de verzamelde gegevens.

2.2.2 Cliënten

Participanten

De interviews hadden als doel om inzicht te krijgen in de meningen van de cliënten over de huidige situatie binnen de behandelingen en de mogelijkheden van eHealth. De oorspronkelijk inclusiecriteria waren alle cliënten binnen GGZON boven de 18 jaar die minstens één jaar in behandeling waren voor milde of matige problematiek. Tijdens de uitvoering is gebleken dat het benaderen van cliënten binnen de onderzochte context vaak weinig resultaat opleverde. Daarom is er getracht de cliënten te werven uit de cliëntenraad, welke bestaat uit een drietal leden. Eén van deze leden was bereid om deel te nemen aan het onderzoek. Deze participant was een man van 51 jaar. De man is zelf geen cliënt maar staat al zeven jaar in contact met GGZON omdat zijn kinderen behandeld hier worden.

Materialen en procedure

Het gevoerde interview is op dezelfde wijze opgesteld als de interviews met de behandelaren. Aan bod gekomen onderwerpen waren: het huidige gebruik van eHealth, de verwachte voor- en nadelen van eHealth, de geschatte randvoorwaarden en de geziene mogelijkheden (zie bijlage VI). De toestemmingsverklaring staat in bijlage IV. Ook heeft de participant een informatiebrochure ontvangen waarin alle informatie, inclusief informatie over de deelname en de privacy, terug was te lezen. Deze informatiebrochure is een aanpassing op de brochure van de behandelaren en is te vinden in bijlage III. De geïnterviewde participant is benaderd tijdens een vergadering van de cliëntenraad. Het interview is gehouden via Skype. Het inhoudelijke proces van het interview liep gelijk aan dat van de behandelaren.

Analyse

Het interview is verbatim getranscribeerd. De verkregen gegevens zijn kort samengevat.

2.3 Focusgroep

Het doel van de gehouden focusgroep was om de uit de interviews verkregen gegevens te controleren op volledigheid en te komen tot overzicht van de randvoorwaarden die meegenomen dienen te worden in de keuze van een geschikte vorm van eHealth

Participanten

De deelnemers aan de bijeenkomst bestonden drie vrouwelijke behandelaren die ook zijn benaderd voor het individuele interview. Hun hoofdfuncties omvatten voornamelijk psychotherapeut, GZ-psycholoog i.o, en klinisch psycholoog. De deelnemers zijn geselecteerd aan de hand van convenience sampling.

Materialen en procedure

Tijdens het houden van de focusgroep is gebruik gemaakt van het draaiboek dat te vinden is in bijlage VII. In deze bijlage zijn ook de andere gebruikte materialen te vinden.

De focusgroep is gestart met het welkom heten van de participanten en het toelichten van het doel van de focusgroep. Daarna is hen kort verteld over de werking en inzet van eHealth om hen zo een beeld te geven van het ruime aanbod van mogelijkheden. Vervolgens is overgegaan tot de gegevensverzameling.

De focusgroep heeft als eerste vrij gebrainstormd over de mogelijkheden zoals zij die binnen de organisatie zagen voor het inzetten van eHealth. Daarna zijn de categorieën die verkregen zijn uit de interviews geïntroduceerd en zijn de participanten nogmaals gevraagd om mogelijkheden te bedenken die zouden aansluiten binnen deze categorieën. Hierna zijn de gegenereerde mogelijkheden groepswijs besproken en bediscussieerd met als doel om tot een overeenstemming te komen wat betreft de meest gewenste mogelijkheden voor eHealth binnen GGZON.

Na de bespreking is er ingegaan op de randvoorwaarden die de cliënten stelden van het gebruik van eHealth.. Hierbij is er onderscheid gemaakt tussen primaire randvoorwaarden en secundaire randvoorwaarden. Nadat de cliënten was gevraagd om randvoorwaarden op te stellen zijn deze groepsgewijs besproken en gebediscussieerd. Hierbij zijn ook randvoorwaarden die uit de interviews zijn gekomen door de gespreksleidster naar voren gebracht.

Als laatste was er een mogelijkheid tot vragen stellen, is de focusgroep afgesloten en zijn de participanten bedankt voor hun deelname.

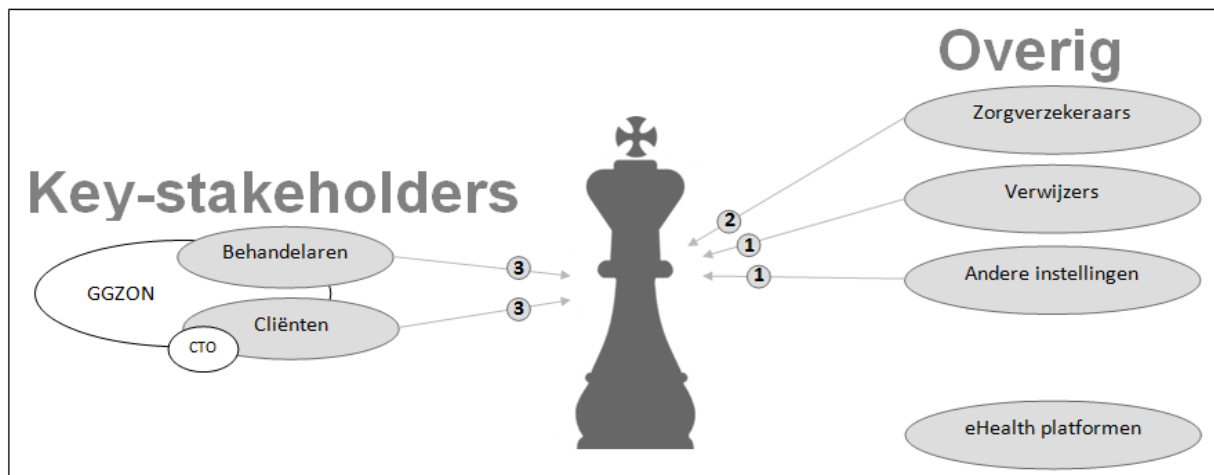
Analyse

Nadat het gesprek getranscribeerd was, is er een inventarisatie gemaakt van alle genoemde mogelijkheden en randvoorwaarden. Hierbij is geregistreerd hoe vaak deze werden genoemd en wat de mening van de participanten over deze mogelijkheid was. Ook werd geregistreerd of een randvoorwaarde werd aangemerkt als primaire randvoorwaarde of als secundaire randvoorwaarde.

3. RESULTATEN

3.1 Stakeholders

Binnen het onderzoek is er onderscheid gemaakt tussen key-stakeholders en overige stakeholders. Dit onderscheid is gebaseerd op de mate van invloed die de stakeholders uitoefenen op de implementatie van de verkozen technologie. Een visueel overzicht van de geïndiceerde stakeholders, inclusief hun kenmerken uit dit model, is te vinden in figuur 6.



Figuur 6. Inventarisatie van alle betrokken stakeholders binnen de context.

Binnen het onderzoek is ervoor gekozen om de behandelaren en de cliënten, tezamen de gebruikers te noemen, op te nemen als key-stakeholders. De gebruikers in dit onderzoek vertonen zowel de kenmerken macht, legitimiteit als urgentie. De gebruikers zijn deze kenmerken toegeschreven vanwege het verwachte intensieve contact met de uiteindelijk doorgevoerde nieuwe technologie waarbij zij kracht kunnen uitoefenen door geen gebruik te willen maken van dit nieuwe aanbod. Dit houdt in dat behandelaren te maken krijgen met een verandering in hun manier van werken en dat cliënten een andere vorm van begeleiding en dienstverlening krijgen aangeboden.

De overige stakeholders vertonen maar één of twee kenmerken uit het model van Mitchell, Agle & Wood (1997). De zorgverzekeraars vertonen de kenmerken macht en legitimiteit waarbij hun greep primair ligt op het al dan niet vergoeden van de gedeclareerde (eHealth) behandeling. De rest van de overige stakeholders vertonen alleen het kenmerk legitimiteit. Zo zijn de verwijzers opgenomen vanwege hun rol binnen de primaire cliëntenwerving van GGZON en zijn de andere instellingen in de regio onderzocht vanwege de mogelijke vergelijking die kan worden gemaakt tussen hun cliëntenpopulatie en die van GGZON. Als laatste is er een inventarisatie gemaakt van het huidige aanbod van eHealth platformen zodat deze in een latere fase kan worden gebruikt om de juiste aansluiting voor GGZON te vinden.

3.2 Deskresearch

3.2.1 Zorgverzekeraars

GGZON is aangesloten bij vijf verschillende zorgverzekeraars: Achmea, DSW, Menzis, Multizorg en VGZ. Per zorgverzekeraar is er in kaart gebracht wat de gestelde eisen of standpunten van de organisaties zijn. Een overzicht hiervan is te vinden in tabel 1.

Tabel 1

Overzicht eisen en standpunten zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars	Zorgpremie	Overige
Zilveren kruis	0%	
DSW	0,4% - 0,6%	
Menzis	5% - 15%	Biedt zelf ontwikkelde preventieve eHealth modules aan te bieden via hun portaal Menz&Geest
Multizorg	0%	
VGZ	1%	eHealth-modules moet beschikken over “online hulpstempel.

DSW, Menzis en VGZ bieden alle drie een vergoeding boven de normale premie wanneer een zorgaanbieder gebruik maakt van eHealth. Bij VGZ geldt hiervoor het volgende: bij minimaal 10% van de cliënten moet digitale zorg in combinatie met gesprekken worden aangeboden tegen een beloning van een tariefsverhoging van 1% bonus op de DBC-tarieven mogelijk is.

Zilveren kruis, DSW en Multizorg stellen geen concrete eisen aan de inzet van eHealth.

3.2.2 Verwijzers

Het huidige aanbod van eHealth vormen die aangeboden worden door de in het onderzoek opgenomen verwijzers is te vinden in tabel 2. E-voorlichting wordt meestal gegeven in de vorm van een aantal alinea's met educatie over verscheidende vaak voorkomende medische kwalen, zoals bijvoorbeeld tekenbeten. Zeven aanbieders bieden deze voorlichting aan met behulp van Thuisarts.nl. E-therapie wordt gegeven aan de hand van het aanbieden van e-consults of consultaties via email. Twaalf van de onderzochte huisartsen maken gebruik van een digitale cliëntomgeving. Deze diensten stellen de huisarts in staat om gemakkelijk een website te creëren voor zijn of haar praktijk inclusief het gebruik van een herhaalreceptservice, eConsultaties en digitale agendas die geïntegreerd zitten binnen de diensten. E-administratie of e-management komt in veel verschillende vormen voor. De meest voorkomende vorm hiervan is het gebruik van een contactformulier.

Tabel 2

Resultaten onderzoek gebruik eHealth verwijzers (N=48)

Subject	N
e-voorlichting	
Zelf aangeboden	10
Thuisarts.nl	7
e-therapie	
Aanbod e-consults	7
Consultaties via email	5
e-administratie en e-managemt	
Contactformulier	24
Klachtenformulier	22
Inschrijfformulier	13
Online herhaalrecept aanvragen	20
Gastenboek	4
Anders	3

De meeste huisartsen die zijn opgenomen in dit onderzoek, 37 van de 48, beschikken over een POH-GZZ. Uit het contact met THOON is gebleken dat deze organisatie sinds 2014 een samenwerkingsverband heeft afgesloten met Minddistrict (www.minddistrict.com). Minddistrict is één van de eerste en ook grootste aanbieders die een platform voor online zorg aanbieden. Binnen dit verband monitort THOON de inzet van eHealth en consultatie, levert het de applicatieondersteuning voor het eHealth platform en verzorgt het de financiële en administratieve afwikkeling van beide faciliteiten. Hieraan zijn voor huisartsen geen extra kosten verbonden. Zij kunnen zelf beslissen hier al dan niet aan deel te nemen. Er is op dit moment niet bekend hoeveel POH-GGZ gebruik maken van dit aanbod. In tabel 3 staat het aanbod waarover de POH-GGZ beschikking hebben.

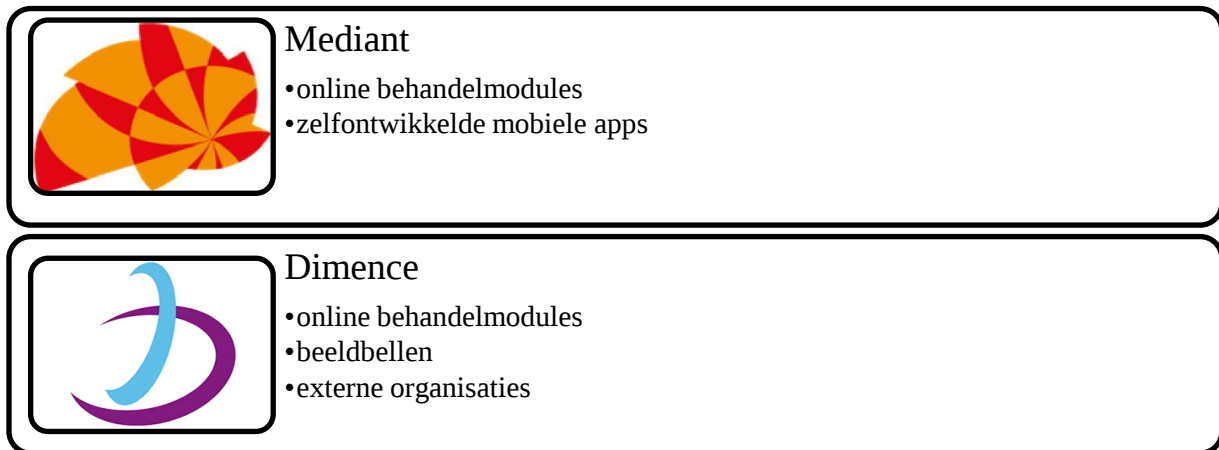
Tabel 3

Aanbod Minddistrict voor POH-GGZ in samenwerking met THOON

Aanbod
- Scholing voor de behandelaar in het gebruik van deze modules - Een helpdeskfunctie via THOON - FTF consultatie door GGZ consultatiegevers in de praktijk - GGZ consultatiefunctie (mogelijkheden tot contact met GGZ-behandelaren) - GGZ consultatie op gebied van culturele diversiteit - Patiëntbespreking - Telefonische consultatie en consultatie per email. - Ehealth behandelmodules: - ADHD volwassenen, gedachtenschema's, leren ontspannen, mindfulness, piekeren, slaapproblemen, sociale vaardigheden, verwerking, waarden & doelen, alcohol (kort), cannabis (kort), depressie (kort), gegeneraliseerde angst (kort), lichamelijke onbegrepen klachten (kort), paniek (kort), burnout (kort), op weg naar een positief zelfbeeld, stressbestendigheid, sociale angst, evaluatie.

3.2.3 Instellingen in de regio

In de regio Oost-Nederland zijn er nog twee grote GGZ-instellingen: Mediant en Dimence. Beide organisaties beschikken zowel over een grotere clientenpopulatie als behandelaren dan GGZON. Beide instellingen bieden reeds enkele vormen van eHealth binnen hun reguliere aanbod aan en hebben hiervoor een samenwerking met Minddistrict. Een overzicht van hun huidige aanbod is te vinden in figuur 7.



Figuur 7. Overzicht aanbod ehealth toepassingen van instellingen in de regio

Dimence biedt op dit moment eHealth aan in de vorm van online behandelingen en beeldbellen. Op de website van Dimence is te vinden dat Dimence internethulpverlening biedt aan mensen met klachten op het gebied van angst, depressie, burn out, ADHD en verslavingen. Ook worden er algemene programma's aangeboden die gaan over rouwverwerken, stoppen met piekeren en sociale vaardigheden. Naast online behandelingen biedt Dimence ook de mogelijkheid tot zorg op afstand via beeldbellen. Dit project, Telemence genaamd, bevindt zich op dit moment nog in een testfase. Als laatste werkt Dimence samen met andere organisaties die online hulp aanbieden, bijvoorbeeld in de vorm van forums, (anonieme) online cursussen, chat en e-mailcontact met een deskundige. Voorbeelden hiervan zijn te vinden in bijlage I.

Mediant biedt voornamelijk online behandelmodules aan en daarnaast hebben ze ook een aantal apps ontworpen: Mediant 5g, Mediant ADHD, Mediant BiPoLog, Balanz, Vragen en Mediant dienstencatalogus. De eerste vier van deze apps zijn terug te vinden in het overzicht van bestaande eHealth vormen in bijlage I

3.2.4 Cliëntentevredenheidsonderzoek

In tabel 4 staan de verbeterpunten uit dit het CTO die samen hangen met het inzetten van eHealth.

Tabel 4

Resultaten Cliëntentevredenheidsonderzoek (CTO) gerelateerd aan onderzoek (N=236)

Verbeterpunten/opmerkingen
1. Behandelplan (bespreken/duidelijkheid)
2. Communicatie
3. Aandacht en begeleiding familieleden/ouderbegeleiding
4. Vaker evalueren of het doel bereikt is
5. Breder kijken, andere disciplines meewegen
6. Vertaalslag maken naar de wereld buiten de therapie
7. Iets minder lang praten
8. Problematiek beter in kaart brengen en kijken waar de meeste behoefte aan is
9. Mailcontact over het geoefende tijdens behandeling, zodat je het geleerde kan toepassen
10. Iets meer oefeningen doen, zoals uitlokken van situaties

Deze verbeterpunten zouden kunnen worden teruggeleid naar eHealth. Zo zou eHealth een rol kunnen spelen binnen het bespreken van het behandelplan, het in kaart brengen van de problematiek en het evalueren van de behaalde doelen. Hierbij zouden ook automatisch meer oefeningen gedaan kunnen worden. Ook kan eHealth een rol spelen binnen de communicatie, zowel tussen de behandelaar en de cliënt als gericht naar de omgeving. Mailcontact als aanvulling op de behandeling heeft hierbinnen ook zijn plaats. Dit zou als effect kunnen hebben dat er binnen de behandeling meer tijd besteed kan worden aan primaire zorgverlening

3.2.5 Huidig aanbod bestaandeHealth platform

Een eHealth platform is een online portaal die de gebruiker toegang verleent tot digitale behandelinformatie en opdrachten. Daarnaast biedt het meestal ook mogelijkheden voor het opstellen van behandelplannen en kan het gebruikt worden als een hulpmiddel ter bevordering van de behandelinhoudelijke communicatie tussen de gebruikers. In dit onderzoek zijn negen grote aanbieders van nederlandse eHealth platformen opgenomen. Deze aanbieders zijn in tabel 5 weergegeven. Een compleet overzicht van hun aanbod, inclusief kosten, is te vinden in bijlage VIII.

Tabel 5

Huidig overzicht eHealth aanbod

Platform:	Aanbod gericht op:	Mogelijkheden contact cliënt:
Minddistrict	CGT, oplossings-gerichte therapie, systeemtherapie CRA en mindfulness	Email, beeldbellen, chatfunctie.
Karify	CGT en positieve psychologie	Email, beeldbellen, lotgenoten-contact.
Cure Link	CGT	Email, chatfunctie
Jouw Omgeving	CGT	Email, beeldbellen, chatfunctie, lotgenoten-contact.
eHealth warenhuis	CGT, IPT en leefstijltraining.	Email, beeldbellen, chatfunctie.
Therapie land	CGT, ACT en positieve psychologie	Email, beeldbellen, chatfunctie, lotgenotencontact.
Serviant	CGT, positieve psychologie en (leefstijl)training	Email, beeldbellen, chatfunctie.
Telepsy	CGT, MBCT, ACT en positieve psychologie	Email, beeldbellen, chatfunctie.
Clientenlogin	CGT	Email, beeldbellen, chatfunctie, lotgenotencontact (optioneel).

Uit de tabel valt op te maken dat de Health platformen een breed scala aan behandel mogelijkheden en modules aanbieden. De meeste van deze mogelijkheden zijn gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en de modules bestaan uit gedigitaliseerde opdrachten binnen deze richting. Wat hierbij opvalt is dat een groot deel van het aanbod gericht is op het behandelen van problematiek uit de generalistische basis ggz of zelfs op zelfhulp. Een voorbeeld hiervan is het KOP-model, geschikt voor mensen met milde tot matige ernstige psychische klachten (Rijnders & Heene, 2015) waarop het platform Serviant is gebaseerd.

Toch is er een grote overlap te vinden binnen de platformen. Zo richten de meeste zich op dezelfde doelgroep, namelijk volwassenen. Als laatste bieden ook bijna alle platformen dezelfde service richting de gebruiker. Zo bieden alle platformen behalve Telepsy een gratis proefperiode van een maand aan, bestaat ook de mogelijkheid tot het volgen van een training, al dan niet online, en wordt er vaak gesproken van een kosteloze helpdesk.

3.3 Individuele interviews

3.3.1 Behandelaren

Het doel van deze interviews was het nagaan van de eisen die de behandelaren binnen GGZON stelden aan het gebruik van eHealth en welke mogelijkheden ze van het gebruik van eHealth verwachtten.

Huidig gebruik eHealth

Binnen GGZON maken sommige behandelaren al individueel gebruik van enkele vormen van eHealth. In tabel 6 is een overzicht gegeven van deze gebruikte vormen en de mate waarin deze worden toegepast. Deze vormen zijn naar aanleiding van het onderzoek van Krijgsman en Wolterink (2012) ingedeeld binnen de categorieën e-zorg en e-zorgondersteuning.

Tabel 6

Gebruik van eHealth binnen de huidige behandelsituatie

Code	N
<u>e-zorg</u>	
Communicatiemiddelen	
- Email	7
- Skype	2
Psycho-educatie	
- Mindfulness oefeningen	1
- Tactus verslavingzorg	1
- Youtube	2
- Farmatherapeutisch compas	1
Mobiele applicaties	
- DGZ onderweg	1
- VGZ mindfulness	3
- Mediant 5G	3
<u>e-zorgondersteuning</u>	
- ROM	5
- Medcore	7

Communicatiemiddelen

Binnen GGZON wordt op dit moment voornamelijk gebruik gemaakt van eHealth technologieën die geplaatst kunnen worden in de categorie e-zorg. De voornaamste vorm die werd genoemd in deze categorie is emailcontact vanwege het verschil in gebruik per behandelaar kan deze vorm ook deels worden geplaatst in de categorie e-zorgondersteuning. Het gebruik loopt van praktisch (“je volgende afspraak is op [datum] om [tijdstip]”) tot meer behandelingspecifiek. Zo worden er vaak huiswerkopdrachten doorgenomen maar ook “dringende” vragen over de oefeningen beantwoord. Zes van de behandelaren gaven aan dat ze het gevoel hadden dat emailcontact hun zorg laagdrempeliger maakt en dat het een rol

speelt in het versterken van de relatie: *“het feit dat je terugmailt maakt dat mensen zich gehoord voelen”*. – participant 4

Naast mailcontact bestaat hier ook de mogelijkheid tot beeldbellen in de vorm van skypecontact. Twee behandelaren hebben hier op dit moment ervaring mee en ervaren dit contact als positief.

Psycho-educatie

Het delen van, meestal een bestaande vorm, van psycho-educatie wordt ook vaak aangehaald als vorm van eHealth binnen GGZON. Voorbeelden die hierbij zijn genoemd zijn de website van de “Nederlandse Vereniging van Psychiatrie” waar folders te vinden zijn, de website van het Trimbos-instituut en de online behandelingen van Tactus.

Drie behandelaren geven ook wel aan af en toe online filmpjes in het kader van psycho-educatie met de cliënt te kijken of filmpjes naar de cliënt door te sturen zodat deze er thuis nog eens naar kan kijken, al dan niet met familieleden. Voor deze filmpjes wordt voornamelijk verwezen naar Youtube. Een voorbeeld van zo’n filmpje is *“I had a black dog, his name was depression.”* (WHO, 2012)

Mobiele applicaties

De laatste vorm van e-zorg die door de behandelaren gehanteerd wordt, betreft het aanraden van mobiele applicaties. De apps die hierbij genoemd worden richten zich voornamelijk op het digitaliseren van elementen uit de cognitieve gedragstherapie. Een voorbeeld hiervan is de Mediant 5G app, een app die dient als hulpmiddel om een inzicht te krijgen acties en reacties bij bepaalde gevoelens en bepaald gedrag. Een overzicht van de gebruikte apps staan in tabel 7, de beschrijving van deze apps staat in bijlage I.

Overige

Andere vormen van eHealth die niet binnen de e-zorg vallen maar binnen de e-zorgondersteuning zijn het gebruik van de ROM en Medicore. De ROM is een vorm van *Routine Outcome Monitoring*. Medicore is een web- en *cloudbased* elektronisch patiëntendossier die de behandelaren en medewerkers steunt bij medische dossiers, zorgadministratie en zorgplanning.

Voordelen

Binnen het interview is de behandelaren gevraagd naar de voordelen die zij verwachten van de inzet van eHealth. De genoemde voordelen zijn terug te vinden in tabel 7.

Tabel 7

Voordelen van eHealth

Code	N
Verhoogde motivatie	6
Tijdsbesparing	7
Cliëntgerichtheid	7
Bereikbaarheid	6

Verhoogde motivatie

De motivatie van de cliënt is erg belangrijk voor het verloop van de behandeling. Dit komt deels doordat de behandelaren verwachten dat cliënten gemotiveerder worden door het gebruik van eHealth. Een van de behandelaren zei hierover: *“Ik hoop, dat je daarmee [de inzet van eHealth] patiënten wat actiever maakt, want heel veel patiënten hebben toch nog wel een beetje het idee van “ik ga hier zitten en zeg maar wat ik moet doen en uhm, hier heb je mijn probleem”, dan is meer motivatie vaak wel de oplossing.”* – Participant 5.

Tijdsbesparing

Tijdsbesparing houdt in dat de behandelaar binnen de reguliere behandeling minder tijd hoeft te besteden aan secundaire zorgprocessen waardoor deze dieper op de behandelspecifieke onderwerpen kan ingaan. Zo zei één van de behandelaren over het gebruik van psycho-educatie en mobiele apps naast de reguliere behandeling: *“ik denk dat het wel efficiënter is qua tijd omdat diegene dat [huiswerkopdrachten] dan al heeft gedaan en, ik denk dat je dan meer tijd overhoudt voor andere dingen [binnen de reguliere behandeling]”*.- participant 3. Dit scheelt de behandelaren in tijd en energie. Email werd apart benadrukt in het kader van tijdsbesparing. Hierbij wordt aangegeven dat email de voorkeur heeft boven bellen. Dit vanwege het asynchrone contact wat de behandelaar de mogelijkheid geeft het contact op te pakken op een moment dat hem of haar het beste uitkomt. Ook wordt email als voordeel gezien met betrekking tot de verslaglegging. Zo hoeft de behandelaar zelf niet meer het hele contactmoment uit te schrijven.

Cliëntgerichtheid

Cliëntgerichtheid houdt in dat er rekening wordt gehouden met de wensen en de behoeften van de klant. Één behandelaar stelde dat cliënten zorg via technologie zelfs meer op prijs zouden stellen dan reguliere zorg: *“Ja ik denk dat we zitten in zo’n tijd nu dat, dat het sowieso wel dat het al met ipads en iphones is en alles is digitaal en volgens mij hoort het gewoon bij deze tijd dus ik denk dat de cliënten er eerder blij mee zijn dan dat ze zoiets hebben van “oh daar zit ik weer met zo’n blaadje, of dan ben ik die weer kwijt”. En je mobiel heb je dus altijd bij je.”* – participant 7. Daarnaast wordt eHealth gezien als extra hulpmiddel voor de cliënten om met hun behandelaar in contact te komen. Dit komt volgens de behandelaren vooral naar voren via emailcontact. Het gebruik van mailcontact stelt de cliënt in staat behandelaar op elk moment van de dag te contacteren. Een behandelaar zegt over het gemak van dit snelle contact het volgende: *“als je mensen 2 of 3 weken later weer ziet en ze hebben op dag 3 een hele brandende vraag [...] omdat mensen toch meestal wel heel snel een antwoord krijgen en dat is natuurlijk wel fijn.”* – participant 8

Bereikbaarheid

Bereikbaarheid is vergelijkbaar met clientgerichtheid in de zin dat het zich focust op de behoeften en wensen van de cliënt, maar richt zich specifiek op de praktische toegankelijkheid van de zorg. Behandelaren geven aan dat eHealth een uitkomst kan zijn voor cliënten die verder weg wonen. Deze hoeven hierdoor minder sessies bij te wonen wat hen scheelt in (reis)tijd en kosten. Behandelaren geven aan dat cliënten niet elke keer zin hebben om naar de instelling te komen. Eén van de behandelaren haalde hierbij een anekdote van één van haar cliënten aan: *“[vanuit de optiek van de cliënt] moest ik weer me werk afzeggen, en ik moest deze week eigenlijk naar Duitsland dus kan ik weer niet naar therapie komen” en dit kunnen ze doen ’s avonds bij wijze van spreken doen, dus nouja, of tussendoor”*. – participant 5

Barrières

Ook is de behandelaren in het interview gevraagd naar de eventuele barrières die zij verwachten door de inzet van eHealth. De genoemde barrières zijn terug te vinden in tabel 8.

Tabel 8

Barrières van eHealth

Code	N
Weerstand vanuit de behandelaren	
- Gebrek vermogen behandelaar	4
- Gebrek motivatie behandelaar	5
Geschatte toegevoegde waarde	
- Gebrek evidence	4
- Gebrek effectiviteit	8
Financiële invloed	5
Verlies face-to-face contact	8
- Monitoren proces	2

Weerstand vanuit de behandelaren.

Weerstand komt vooral voort vanuit een gebrek aan motivatie en vermogen om nieuwe technologie te gebruiken. Deze weerstand komt zowel voor bij de behandelaar als bij de cliënt. Hierbij is vooral een gebrek aan ervaring vaak een barrière voor beide. Eén van de behandelaren geeft hier het volgende voorbeeld van: “*ben niet super handig en vaak is de techniek dan gewoon een drempel voor mij dat het allemaal niet zo snel gaat*” – participant 8. Daarnaast sprak één van de behandelaren over het ontbreken van een computer bij de cliënt. Toch dachten veel behandelaren dat het vaak vooral een motivatie kwestie zou zijn voor zowel behandelaar als cliënt. Zij gaven zelf aan dat het hen lastig lijkt cliënten te activeren voor het gebruik van eHealth omdat de behandelaren vaak niet de meerwaarde van eHealth inzien. Dit kan worden geïllustreerd door de volgende quote:

“[over de inzet van eHealth] Is het bij hen nuttig, en zo niet, waarom zou je er dan aan beginnen? [...] dan denk ik, ja dan schiet je je doel voorbij, dan ben je er uiteindelijk toch meer tijd aan kwijt dan dat je wint”. – participant 5

Geschatte toegevoegde waarde

De motivatie om eHealth zelf binnen hun behandeling op te nemen hangt samen met de geschatte toegevoegde waarde die de behandelaar verwacht bij het gebruik van eHealth als aanvulling op hun reguliere behandeling. Bij meerdere behandelaren kwam het ontbreken van de gegevens met betrekking tot evidence, oftewel bewijs van de effectiviteit, naar voren. Zo vertelden ze over artikelen die zij hadden gelezen waarin de meerwaarde van eHealth in twijfel wordt getrokken. Ook waren veel behandelaren overtuigd dat een behandeling zonder toevoeging van face-to-face contact bij voorbaat al niet effectief genoemd kan worden. Als andere oorzaken waardoor eHealth niet voldoende effectief zou kunnen worden bevonden noemden de behandelaren het feit dat informatie minder goed blijft hangen wanneer je iemand

niet face-to-face ziet, en het gebrek van aan monitoring en activering van de cliënt. Los daarvan werd de effectiviteit van online behandelmodules apart benoemd. Dit vanwege de aansluiting op de generalistische basis ggz en bijbehorende problematiek. Het inzetten van deze modules binnen GGZON, die zich voornamelijk richt op de gespecialiseerde ggz, werd door de behandelaren niet van toegevoegde waarde geschat en dermate niet gezien als effectief binnen de behandeling.

Financiële invloed

De financiële invloed op het gebruik van eHealth betreft de druk die externe partijen zoals zorgverzekeraars kunnen uitoefenen. Daarnaast heeft deze code betrekking op alle mogelijke bijkomende kosten die met de implementatie gepaard gaan.

Als eerste gaven twee behandelaren al aan dat zij er niet in vertrouwen dat eHealth kostenbesparend zou kunnen werken binnen hun context van zorgverlening. Dit omdat zij geloven dat eHealth uiteindelijk geen relevante tijdswinst zal opleveren. Daarnaast bestaat bij de behandelaren de zorg dat zorgverzekeraars de inzet van eHealth voor hun eigen financiële gewin zullen misbruiken. Eén van de behandelaren formuleerde dit als volgt: *“wat ik als een nadeel zie, en dat vind ik echt een groot nadeel, is dat ik bang ben dat zorgverzekeraars en misschien de directie denken van “oh maar je gebruikt eHealth, dus het kan nog wel korter, sneller, effectiever”.* – participant 8

Het andere nadeel dat werd genoemd had te maken met het financiële last die de aanschaf van een eHealth-technologie, zoals een platform als Minddistrict, met zich mee zou brengen. Aangezien veel behandelaren niet de meerwaarde van deze modules inzien vinden ze deze kosten overbodig. Ten tweede sprak één behandelaar zich duidelijk uit over de werkwijze van sommige eHealth platformen waarbij er apart moet worden betaald voor elke aangemelde cliënt. Ze zei hierover het volgende: *“Anders gaan wij er waarschijnlijk ook op afgerekend worden zo van “ja, je hebt zoveel mensen aangemeld,, maar je hebt maar bij zoveel mensen intensief gebruik gemaakt” die druk hoeft ik er niet bij hebben”.* - participant 8

Verlies face-to-face contact

Het verlies van face-to-face contact wordt door alle behandelaren omschreven als een groot nadeel. Een argument die hierbij wordt gegeven is dat je mee gaat in het vermijden van direct contact van de cliënt (en op die manier het stimuleren van vermijdingsgedrag):

“[...]dat als je het toch al moeilijk vindt om contact aan te gaan, eHealth dat alleen maar bevestigt, omdat je dan dus niet het contact hoeft aan te gaan, het directe contact”- participant 6. Eén van de andere behandelaren voegt hier ook het belang van het monitoren van het proces aan toe: *“En het is natuurlijk wel heel makkelijk om bij een*

tienweeksprogramma om dan bij week drie te denken “nou, ik doe het niet meer” maar wel daar zeggen dat je het wel doet, en dat is gewoon een valkuil. Dat kan je ook niet monitoren [als behandelaar]” – participant 4. Als laatste werd ook het gemis van non-verbaal contact genoemd door een behandelaar: “[...]dat je het niet echt in de kamer krijgt en dat je dan niet echt goed kan beoordelen van hoe zit iemand er nu echt bij en wat doet hij non-verbaal”- participant 2

Randvoorwaarden

Aansluitend op de barrières die de behandelaren verwachten is hen ook gevraagd in te gaan op de randvoorwaarden die ze eisen en verwachten bij de keuze voor een eHealth technologie. Deze randvoorwaarden staan in tabel 9.

Tabel 9

Randvoorwaarden voor eHealth

Code	N
Behoud contact	8
Aansluiting op cliëntenpopulatie	8
Veiligheid	3
Overzichtelijkheid van het aanbod	8
Gebruiksvriendelijkheid	8

Behoud contact

Het behouden van het reguliere face-to-face contact is volgens alle geïnterviewde behandelaren een voorwaarde voor het gebruik van eHealth. Dit vanwege de toegevoegde waarde die zij hechten aan het voeren van dit contact. Ook vinden ze het belangrijk de regie van de behandeling in handen te houden en binnen het face-to-face contact de cliënt te monitoren in het gebruik van eHealth. Een behandelaar zegt hierover: *“het gaat ook om de kwaliteit van het contact dat op een gegeven moment opbouwt. je mist toch ook wel echt een stuk, wat ook voor mensen zelf een te kort kan zijn zonder dat ze zelf weten. Dus daar moet je wel op gaat letten, dat je die relatie niet uit het oog verliest.”* – Participant 4

Aansluiting cliëntenpopulatie

Een ander punt dat door alle behandelaren werd genoemd als randvoorwaarde is de aansluiting van de eHealth technologie bij de cliëntenpopulatie. Binnen het interview werd hier vaak het platform Minddistrict als voorbeeld aangehaald. Zo gaven twee verschillende behandelaren aan dat ze het aanbod van Minddistrict niet bij hun cliëntèle vonden passen vanwege het hoge “libelle-gehalte”. Eén van de behandelaren zei hierover het volgende: *“[over gedragsactivatie bij depressie] tegen de tijd dat die mensen hier komen hebben ze die adviezen al 100x gehad. En om dan ook nog een keer een eHealth programma*

aan te bieden wat dat advies nog een keer geeft, voelen mensen zich ook niet gehoord”- participant 1. Ook benadrukten de behandelaren hun werk binnen de gespecialiseerde ggz en het huidige aanbod van eHealth wat zich in hun ogen voornamelijk richt op de generalistische basis ggz. Daardoor hebben zij het idee dat het aanbod niet aansluit op de vraag. Als laatste werd de overlap met het aanbod van de verwijzers genoemd: “*Ik bedoel, ervan uitgaande dat mensen die bij mij terecht komen al bij de huisarts geweest zijn, die in principe al de mogelijkheid heeft gehad dat die het hebben aangeboden, [...] Dan zie ik het nut niet om het nog een keer te doen.*”- participant 1

Veiligheid

Het belang van veiligheid met betrekking tot de verspreiding van de persoonsgegevens werd door drie behandelaren aangehaald. De rest van de behandelaren gaf aan dat wanneer gekozen zou worden voor een eHealth technologie dat ze de veiligheid van dat systeem als vanzelfsprekend zouden ervaren.

Overzichtelijkheid van het aanbod.

Een overzicht van het bestaande aanbod van eHealth mogelijkheden werd door veel behandelaren genoemd.. De meeste behandelaren geven aan wel van eHealth gebruik te willen maken, maar dat ze geen idee hebben wat er beschikbaar is en hoe ze dat dan moeten implementeren binnen hun bestaande behandeling. Om deze onduidelijkheid tegen te gaan verwachten de behandelaren een overzicht van het aanbod tezamen met een leidraad voor het gebruik van eHealth als begeleiding bij de implementatie.

Gebruiksvriendelijkheid

De gebruiksvriendelijkheid wordt zowel in het belang van de behandelaar als vanuit de cliënt genoemd. Het is belangrijk dat de gebruikers goed met de te implementeren technologie kunnen omgaan om van volledig gebruik verzekerd te kunnen zijn. Een behandelaar stelde hierbij de volgende voorwaarden op: “*Het moet wel op allerlei apparaten werken. Het moet wel snel en dat je dus niet lang zit te wachten op de pagina. En het moet natuurlijk gebruiksvriendelijk zijn, zodat iedereen binnen GGZON, behandelaar en client, ermee zou kunnen werken.*” – participant 1

Mogelijkheden

Er konden drie categorieën worden onderscheiden in de mogelijkheden zoals die werden aangedragen door de behandelaren. Deze zijn hieronder te vinden in tabel 10.

Tabel 10

Mogelijkheden voor eHealth

Code	N
Communicatie	
- Mailcontact	3
- whatsapp/sms	1
- Lotgenotencontact	4
- contact onderling	1
Digitaliseert huiswerk	3
Georganiseerde database	
- Platformen	4
- Psycho-educatie	8
- Geprotocolleerde modules	2
Mogelijkheden binnen de intake	1

Communicatie

De meeste vormen van contact die werden genoemd hadden betrekking op contact tussen de behandelaar en de cliënt. Dit contact zou zowel betrekking kunnen hebben op de behandeling als op praktische zaken. Over de praktische zaken zei één van de behandelaren het volgende:

“dat je dan mensen even een appje kan sturen van “zet hem op” ofzo, dat klinkt misschien wel heel lullig, maar dat kan wel helpend zijn, dan weet je van “ja, we hebben het erover gehad en de therapeut vertrouwt mij” – participant 8. Daarnaast werden ook vormen van contact tussen cliënten genoemd.. Zo spraken twee behandelaren over het opzetten van lotgenotencontact in de vorm van een forum en twee ander behandelaren over het opzetten van een platform voor naasten. Eén behandelaar gaf aan dat ze het ook erg fijn zou vinden als Het contact tussen behandelaren zou worden versterkt, dit bijvoorbeeld om elkaar op de hoogte te brengen van interessante artikelen en ontwikkelingen binnen het vakgebied.

Digitalisering van huiswerk

De andere categorie “digitalisering van huiswerk” kwam bij bijna alle behandelaren terug in het interview. Eén van de behandelaren kwam zelf met de volgende concrete vormen:

“g-schemas, gedragsexperiment, hoe zet je gedragsexperimenten op, stemmingslijsten, scoring van stemmingen, al die middelen die je gebruikt in een behandeling, of het nou CGT [cognitieve gedragstherapie] is of een langer durende behandeling”- Participant 3

De meeste behandelaren zien deze vorm van eHealth het beste verwerkt worden in een app waarbij de door de cliënt ingevulde formulieren direct gedeeld zouden kunnen worden met

henzelf. Dit zodat zij zich hierop voor de behandeling kunnen voorbereiden waardoor er binnen de behandeling zelf minder tijd nodig is om hierbij stil te staan en deze gespaarde tijd effectiever zou kan worden ingevuld.

Georganiseerde database

De categorie “georganiseerde database” sluit aan bij de wens van de behandelaren om één overzichtelijk georganiseerd bestand te hebben van waaruit zij verschillende vormen van eHealth met de cliënt zouden kunnen delen. Dit bestand zou de vorm kunnen aannemen van een georganiseerde database waarin informatie over zowel de protocollen van de behandeling als de achtergronden van stoornissen kan worden opgenomen. Dit zou eventueel kunnen aan de hand van een bestaand platform, welke vaak zelf ook al beschikken over een dergelijke mogelijkheid. Consensus was wel dat wanneer er een platform zou worden aangeschaft of ontwikkeld dat het noodzakelijk was dat deze goed aansloot bij de gespecialiseerde ggz klachten waarmee GGZON grotendeels te maken heeft.

Mogelijkheden binnen de intake.

Eén van de behandelaren sprak over het gebruik van online klinische vragenlijsten als aanvulling op of gedeeltelijke vervanging van de intakegesprekken. Ook zag zij binnen deze fase van de behandeling ruimte voor meer (online) psycho-educatie. Intakegesprekken geschieden binnen de instelling aan de hand van twee gesprekken met telkens twee behandelaren. Gezien de hoge kosten van dit proces vroeg ze zich af of hier misschien meer gebruik van eHealth zou kunnen worden gemaakt.

3.3.2 Cliënten

Voor het gesprek gaf de informant al te weten erg open te staan voor het gebruik van eHealth. Als voordeel noemde hij vooral de snellere interactie tussen de cliënt en de behandelaar.

Als nadeel van eHealth noemde hij het verlies van het contact. Hierbij gaf hij aan dat binnen de psychiatrie en de psychologie het contact met de persoon en de behandelaar zeer van belang is. Een andere barrière voor het gebruik van eHealth zag hij in het vermogen van de cliënten. Hij merkte hierbij ook op dat je mensen geen eHealth kunt opdringen.

Hij zag zelf een mogelijkheid voor een soort dagboek app. Een andere mogelijkheid zag hij in het geven van psycho-educatie. Hierbij noemde hij het belang van betrouwbare informatie. Ook vond hij het belangrijk om de kans op zelfdiagnoses te verkleinen.

3.4 Focusgroep

Het doel van de georganiseerde focusgroep was het toetsen en ordenen van de resultaten die op basis van de individuele interviews verkregen zijn.

Mogelijkheden voor eHealth

De mogelijkheden die uit de focusgroep zijn gekomen bouwen voort op de resultaten die verkregen zijn uit de interviews. Een overzicht van deze mogelijkheden, verdeeld in categorieën, zijn te vinden in tabel 11.

Tabel 11
Mogelijkheden voor eHealth

Code	N
Communicatie	
- Mailcontact	3
- Videocontact	3
- Chatcontact	2
- Meer momenten beschikbaar zijn voor de cliënt	1
- Direct feedback op huiswerk	1
Gedigitaliseerd huiswerk	
- (dagboek formulieren, schema's zoals dagstructuur, G-schema pocket cards, gedachtenexperimenten exposure ladders, Registratieopdrachten)	1
Georganiseerde database	
- Psycho-educatie	3
o Rationale behandeling	2
o CGT	1
o Problematiek	1
- Filmpjes	3
Overig	
- Intake formulier (1 gesprek ipv 2)	1
- Lotgenoten contact	1

Communicatie en gedigitaliseerd huiswerk

Binnen de categorieën communicatie en gedigitaliseerd huiswerk heeft de focusgroep voornamelijk gediend als toetsing van de al bestaande gegevens. Binnen het gebruik van het contact werd als enige toegevoegd dat er duidelijke afspraken over deze vorm van communicatie zou moet worden opgesteld, hierbij werden als voorbeelden afspraken over de frequentie en de intensiteit van het gebruik genoemd. Hierbij was het van belang dat alle partijen op de hoogte zouden moeten zijn van de grenen die aan dit contact worden gesteld. Twee van de behandelaren zagen de opties voor contact en het versturen van gedigitaliseerd huiswerk vooral als mogelijkheden om tussen de sessies door het contact te onderhouden terwijl één behandelaar het ook een nuttige aanvulling vond om de resultaten uit deze opties

ook binnen de sessie met de cliënt door te nemen. Ter ondersteuning van de uitvoering zagen zij de mogelijkheid om beamers, iPads of digitale borden voor op de behandelkamer aan te schaffen.

Georganiseerde database

Wat betreft de categorie georganiseerde database kwam uit de focusgroep naar voren dat de behandelaren voorstander waren van de aanschaf van een online behandelplatform waarbij ze beschikking kregen over een bestaande bibliotheek met psycho-educatie welke zij met de cliënten kunnen delen. Deze werkwijze verkozen zij boven het los aanbieden van psycho-educatie op de website. Hierover zij één behandelaar: *“Ja, maar ik zou het dan iets vinden toevoegen als het niet alleen op een website staat, zo van “kijk maar even”, maar dat ik iemand iets stuur, wat specifiek voor die persoon bedoeld is. Dan komt het krachtiger over denk ik”*. - participant 8.

Overige

Binnen de categorie overig werden nog twee vormen van eHealth aangehaald: eHealth binnen de intake en lotgenoten contact. Eén van de behandelaren had het idee om één van de twee reguliere intakegesprekken deels te vervangen door eHealth in de vorm van online vragenlijsten over de concrete levensomstandigheden van de cliënt. De consensus die hieruit is gekomen was dat het prettig zou zijn als GGZON deze optie wel tot hun beschikking had, maar dat dit niet als de norm zou kunnen worden ingevoerd vanwege de grote instroom gespecialiseerde ggz problematiek waarmee GGZON te maken heeft. Bij cliënten die binnen de basiszorg vallen zou het zeker een optie kunnen zijn. Lotgenotencontact vonden de behandelaren een goed idee maar hiervoor schatten zij de cliëntenpopulatie van GGZON zelf te klein in om zo iets op te zetten. Als vervangende mogelijkheid noemde ze de optie om cliënten door te sturen naar lotgenotenfora van externe patiëntenverenigingen of -organisaties.

Primaire randvoorwaarden

Naast het feit dat de behandelaren in ieder geval een georganiseerd bestand met psycho-educatie, behandelprotocollen en filmpjes verwachten van de te implementeren eHealth hebben ze ook een aantal primaire randvoorwaarden gesteld. Primaire randvoorwaarden zijn randvoorwaarden die behandelaren van belang achten voor de implementatie wanneer deze in gebruik zal worden genomen. De randvoorwaarden staan weergegeven in tabel 12.

Tabel 12

Primaire randvoorwaarden

Code	N
Georganiseerd bestand	
- Overkoepelend platform	3
Overige	
- Veiligheid/privacy	3
- Niet marktgericht/opportuun/om geld te besparen	1
- Ondersteuning/medewerking directie en collega's	2
- Niet zonder meer als eerste inzet	1
- Kwaliteit voorop	1
- Financiële middelen	1
- Goed werkend internet	1

Als eerste kwam duidelijk naar voren dat de behandelaren een meerwaarde zagen in het gebruik van een overkoepeld platform zoals Minddistrict of Karify. Dit vanwege de mogelijkheden die deze platformen boden op het gebied van veilige communicatie en het versturen van bestanden en vragenlijsten binnen één overkoepelend portaal voor zowel de behandelaar als cliënt. Er werd geen meerwaarde gezien in de mogelijkheid tot het aanbieden van online behandelmodules. Dit kwam grotendeels door het aanbod van deze modules die zich voornamelijk richten op de gespecialiseerde basis ggz terwijl GGZON voornamelijk binnen de gespecialiseerde ggz opereert. Ook verwachtten de behandelaren een overlap met het aanbod van de huisartsen en POH-GGZ die wel met deze online behandelmodules werken. Naast de voorwaarde van een overkoepelend platform werden ook een reeks voorwaarden aan de technologie genoemd. Zo werden er eisen gesteld aan de privacy en de veiligheid in het gebruik van eHealth en werd er ook waarde gehecht aan de garantie van de kwaliteit binnen de behandeling. Ook mocht de inzet van eHealth geen afbreuk doen aan de kwaliteit van de relatie tussen de behandelaar en cliënt. Daarnaast werd genoemd dat eHealth niet mag worden ingezet als manier om geld te besparen en ook niet zomaar aan iedereen mag worden verplicht. De behaalde resultaten en effecten van de behandeling zouden altijd centraal moeten blijven staan. Als laatste werd nog een praktische randvoorwaarde genoemd, namelijk de garantie op werkend en stabiel internet.

Secundaire randvoorwaarde

De secundaire randvoorwaarden zijn, in tegenstelling tot de primaire randvoorwaarden, randvoorwaarden die door de behandelaren als minder belangrijk worden gezien. Een overzicht van de genoemde voorwaarden is te vinden in tabel 13.

Tabel 13

Secundaire randvoorwaarde

Code	N
Communicatie	3
Gedigitaliseerd huiswerk	3
- Tablet	2
- Digitaal bord op kamer	1
Georganiseerde database	
- Cursus omgaan met het platform	2
- Mogelijkheid om dagdeel thuis te werken	1
Overig	
- Training/opleiding	1
- Intervisie	1

Wat uit de aanvullende randvoorwaarden sterk naar voren kwam was de behoefte van de behandelaren aan een vorm van (persoonlijke) begeleiding tijdens het in gebruik nemen van de gekozen eHealth technologie. Als voorbeelden noemden ze hierbij voornamelijk een training of cursus maar ook de mogelijkheid voor een intervisiegroep. Dit zodat ze in staat zijn om efficiënt met de technologie om te kunnen gaan.

Eén van de behandelaren stelde voor om de mogelijkheid om een dagdeel thuis te werken en daardoor ook de kans te creëren om zorg binnen de avond uren aan te bieden als vervangen van een dagdeel overdag. Dit om beter bereikbaar te zijn voor de cliënten die vaak overdag verhinderd zijn om naar de praktijk te komen.

Als afsluiting van de focusgroep maakte één van de behandelaren ook nog deze statement over de financiële ruimte: *“en als de keus is, nog een GZpsycholoog erbij of de invoer van eHealth, wat willen we dan? En die keus is het dan natuurlijk wel, het gaat om een heleboel geld, en dan heb ik toch denk ik liever nog een levende collega”*.

4. Discussie en conclusie

4.1 Discussie

Uit het onderzoek naar eisen en voorkeuren van de gebruikers kwamen een aantal opmerkelijke punten naar voren. Deze hadden voornamelijk betrekking op de aansluiting van eHealth op de aansluiting van eHealth op de ggz, de weerstand van de behandelaren, het behoud van face-to-face contacten het belang van de verspreiding van innovatie en educatie.

4.1.1 De aansluiting van eHealth op de GGZ

Als eerste kwam al vrij snel naar voren dat de cliëntenpopulatie van GGZON voornamelijk bestaat uit zwaardere problematiek die behandeld dient te worden binnen de gespecialiseerde ggz. Dit komt overeen met onderzoek wat al eerder aantoonde dat 71% van de behandelaren binnen de geestelijke gezondheidszorg deze toename aan zwaardere problematiek opmerkte (Smit & Bosch, 2014). Hoewel er dus de vraag bestaat voor gespecialiseerde ggz bestaan de meeste eHealth voornamelijk uit interventies die aansluiten op de generalistische basis ggz. Om toch gebruik te maken van eHealth aan de hand van het huidige aanbod zouden deze bestaande technologieën kunnen worden ingezet ter ondersteuning van de secundaire zorgprocessen. Hiermee wordt bedoeld dat eHealth niet word ingezet ter vervanging van de reguliere behandeling, maar meer ter ondersteuning van de processen eromheen, bijvoorbeeld bij de communicatie en de monitoring maar ook bij het gebruik van registratieformulieren. In het onderzoek van Krijgsman & Klein Wolterink (2012) valt deze vorm van eHealth tussen de categorieën e-zorg en e-zorgondersteuning. Hieruit valt op te maken dat deze indeling van eHealth technologieën ogenschijnlijk niet aansluit op de manier van zorgverlening binnen de GGZ. Een indeling op basis van primaire zorgprocessen en secundaire zorgprocessen zou hier meer op zijn plaats zijn.

4.1.2 De weerstand van de behandelaren

Tijdens de initiële verkennende fase van dit onderzoek is vaak gestuit op weerstand bij de behandelaren omtrent de inzet van eHealth binnen hun behandelingen. Deze weerstand kwam voort uit de gedachte dat eHealth geen positief effect aan hun behandelingen zou kunnen toevoegen. Deze gedachte is gevormd aan de hand van onvoldoende bekendheid met recent onderzoek naar de positieve effecten van eHealth en het vasthouden aan de reguliere zorg die zij hebben meegekregen vanuit hun opleiding en ervaring. Na het aanbieden van informatie over de positieve werking van eHealth trok deze weerstand geleidelijk weg.

Wat betreft de implementatie van de uiteindelijk verkozen eHealth vorm is de verwachting dat er weinig weerstand zal worden geuit door de uiteindelijke gebruikers. Dit

vanwege de opbouw van het onderzoek aan de hand van de CeHRes roadmap waarbinnen elke fase geëvalueerd werd en werd getoetst bij de gebruikers (Årsand & Demiris, 2008). Wat wel opvallend was, was de inschatting van de weerstand van de cliënten door de behandelaren. De behandelaren waren namelijk in het algemeen genomen positief over de opname van eHealth door de cliëntenpopulatie. Dit vormt een contrast met het onderzoek van Van Gemert-Pijnen (2011) waaruit kwam dat behandelaren een hoge mate van weerstand van hun cliënten verwachtten. Een verklaring voor dit verschil zou kunnen liggen in de verandering van de tijdsgeest, aangezien er tegenwoordig meer gebruik wordt gemaakt van technologie in het dagelijks leven en dit ook steeds gebruikelijker wordt.

4.1.3 Het behoud van face-to-face contact

Het verliezen van het face-to-face contact werd door de behandelaren gezien als de primaire barrière voor het gebruik van eHealth. Behandelaren uiten de vrees dat eHealth hun rol in de zorg zal overnemen en dat dit ten koste zal gaan van de therapeutische relatie die zij met hun cliënten opbouwen. De therapeutische relatie wordt binnen de behandeling vaak gezien als één van de belangrijkste kernpunten binnen het primaire behandeling-effect (Hafkenscheid, 2014). Door eHealth voornamelijk in het secundaire zorgproces aan te bieden zou deze vrees kunnen worden verminderd. Deze vorm van aanbieden wordt gesteund uit onderzoek wat aantoont dat online behandelingen die aangeboden worden tezamen met de steun van een behandelaar betere resultaten met zich meebrengen (Richards & Richardson, 2012). Het verlies van face-to-face contact wordt niet genoemd in het werk van Gemert-Pijnen et al. (2013). De reden hiervoor zou kunnen zijn het huidige onderzoek zich meer richt op eHealth binnen de geestelijke gezondheidszorg waarbinnen meer waarde wordt gehecht aan de therapeutische relatie terwijl het onderzoek van Van Gemert-Pijnen et al. (2013) zich meer richt op de fysieke zorg. Belangrijk is dus om in de gzz voornamelijk rekening te houden met het behoud van het contact en de te implementeren technologieën hierop af te stemmen. Voorbeelden van geschikte technologieën hierbij zijn digitale registratieformulieren die binnen de reguliere behandeling kunnen worden besproken en psycho-educatie die binnen de reguliere behandeling kan worden toegelicht.

4.1.4 Het belang van de verspreiding van innovatie en educatie

Uit het voorgaande kwam naar voren dat weerstand voornamelijk voortkwam uit onwetendheid over de mogelijkheden van eHealth. Behandelaren zien online behandelmodules als protocollen waarvan niet afgeweken mag worden geworden. Dit betekend voor hun een verlies van de regie over het verloop van de behandeling. Daarnaast

vrezen behandelaren dat deze behandelmodules deze rol niet adequaat op zich op kunnen nemen. Opvallend was dat de behandelaren verder vrij weinig kennis hadden over de inhoud van online behandelmodules en digitale platformen die eHealth aanbieden. Het lage animo voor het gebruik van digitale consulten of behandelmodules komt ook overeen met het onderzoek van Krijgsman et al. (2013) waaruit bleek dat sprake was van een relatieve onbekendheid wat betreft eHealth bij zorggebruikers en zorgverleners. Om de integratie van eHealth binnen de GGZ te verbeteren is onderzoek naar de effecten van eHealth binnen de behandeling en de verspreiding van de resultaten van deze onderzoeken naar de gebruikers toe van belang. Wanneer kan worden aangetoond dat eHealth werkzaam is in de gestelde context van de GGZ, zal deze weerstand hopelijk minder worden waardoor behandelaren eerder geneigd zijn eHealth toe te voegen aan hun behandelingen. Deze informatie kan worden verspreid aan de hand van de “*diffusion of innovation*”-theorie (Rogers, 1995). Een bijkomend voordeel is dat communicatie de betrokkenheid van de medewerkers kan begroten tijdens het implementatieproces (Kleijn & Rorink, 2009). De “verspreiders” van deze informatie zouden kunnen bestaan uit behandelaren die vooruitlopen in ervaring of kennis over de technologieën of medewerkers binnen de organisatie met een leidinggevende functie. De verspreiding zou kunnen plaats vinden tijdens werkoverleggen of intervisievergaderingen. Dit zal bijdragen aan de continuering van het gebruik en het verwerven van nieuwe kennis voor het gebruik (Tummers, 2011).

Naast het belang van de verspreiding van relevante innovaties binnen het gebied van eHealth is ook scholing in het gebruik van eHealth gewenst. Dit omdat deze kunde ook kan bijdragen aan een verhoogde opname van het gebruik van eHealth (Lechner et al., 2010).

4.2 Beperkingen

Het huidige onderzoek telde enkele beperkingen. Ten eerste viel op dat er een redelijke spreiding in resultaten was te vinden tussen de individuele interviews. Dit hield in dat een aantal subcategorieën slechts één keer werden genoemd. Hierbij is het lastig om deze te beoordelen op relevantie vanwege de beperkte kennis van de participanten over het onderwerp. Er is voor gekozen deze subcategorieën in een focusgroep te naar voren te brengen om deze op die manier op relevantie te testen.

Ten tweede is het binnen de opzet van de organisatie niet mogelijk gebleken om alle behandelaren te betrekken binnen de focusgroep. De focusgroep binnen het onderzoek is uitgevoerd met participanten die door middel van *convenience sampling* zijn verkregen en bestond voornamelijk uit behandelaren die positief tegenover het gebruik van eHealth

stonden. Dit betekent dat de resultaten mogelijk niet goed te generaliseren zijn binnen de gehele organisatie, omdat er ook behandelaren werkzaam zijn die een negatievere kijk op het gebruik van eHealth hadden.

Ten derde zou er rekening gehouden moeten worden met de representativiteit van de behandel functies binnen de participanten van de focusgroep wanneer er gebruik wordt gemaakt van een selectie van de totale onderzoeksgroep.

4.3 Aanbevelingen

4.3.1 Praktische aanbevelingen

Wat betreft de introductie van eHealth binnen de organisatie kan worden aanbevolen vanaf het begin rekening te houden met eventuele weerstand tegen het gebruik onder de behandelaren. Wanneer behandelaren bij aanvang van onderzoek worden ingelicht over de mogelijkheden en de voordelen van het gebruik van eHealth technologieën kan dit de ervaren weerstand verlagen. Dit zou tevens tot gevolg hebben dat de behandelaren concretere eisen en voorkeuren kunnen stellen aan de te implementeren technologie en dat zij meer motivatie krijgen om met de technologieën te werken

In dit onderzoek is de nadruk gelegd op het meenemen van de visies van de gebruikers waarbij voornamelijk vanuit pragmatische redenen de nadruk is gelegd op de behandelaren vanwege hun hoge bereidbaarheid om mee te werken aan het onderzoek. Cliënten waren lastiger te betrekken in het onderzoek wat resulteerde in een enkele participant die deze groep vertegenwoordigde. In het geval van vervolgonderzoek kan worden aanbevolen zich ook te richten op een wervingsprocedure om cliënten van de organisatie mee te nemen in het onderzoek. Deze werving zou bijvoorbeeld uitgevoerd kunnen worden via de behandelaren. Hierbij is het wel van belang om van te voren duidelijke inclusie- en exclusiecriteria op te stellen en deze eventueel ook met de behandelaren te bespreken. Dit vanwege de kwetsbaarheid van de te onderzoeken doelgroep.

Voor GGZON Oldenzaal heeft dit onderzoek een belangrijke rol gespeeld bij het maken van de keuze voor een eHealth technologie die het beste bij haar medewerkers, cliënten en de gehele zorgcontext past. Aan de hand van de verzamelde gegevens is ervoor gekozen GGZON aan te raden een bestaand eHealth platform aan te schaffen. Dit vanwege de compacte vorm van technologie en de ondersteuning die deze platformen bieden aan de gebruikers op het gebied van contact, het werken met vragenlijsten en de vormen van psycho-educatie.

4.3.2 Theoretische aanbevelingen

Veel eHealth interventies richten zich op dit moment nog op de generalistische basis ggz (Drost, Sprij, Kool, & Hoevenaars, 2013). Vanuit GGZON kwam vooral de vraag naar eHealth technologieën en interventies die zich richten op de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen welke vallen binnen de gespecialiseerde ggz. Binnen deze behandeling is het van belang de nadruk te leggen op de eigen anatomie en de verantwoordelijkheid van de cliënt (Lange, Ruwaard, & Schrieken, 2009). Uit onderzoek blijkt dat interventies die zich op deze factoren richten vaak alleen nog ontwikkeld worden voor individueel gebruik en daardoor niet worden verspreid door middel van publicaties (Metselaar et al., 2013). Het centraal stellen van deze ontwikkelingen draagt bij aan de integratie van eHealth binnen de gehele GGZ. Door meer mogelijkheden te bieden voor de gespecialiseerde ggz zal eHealth breder toepasbaar kunnen worden ingezet binnen deze lijn en zal eHealth binnen deze context mogelijk ook meer een vervangende rol kunnen spelen in plaats van alleen de aanvullende rol die deze nu vervult.

Verder is in dit onderzoek de CeHRes roadmap gebruikt als hulpmiddel om een keuze te maken uit een aantal bestaande technologieën. Wanneer de roadmap gebruikt wordt voor een doeleinde zoals in het huidige onderzoek zou ervoor gepleit kunnen worden de *design-fase* te vervangen door een eventuele *test-fase* waarbij de toekomstige gebruikers een aantal (prototype) interventies kunnen beoordelen. Dit heeft als voordeel dat de behandelaren ook concrete inhoudelijke feedback op het gebruik van eHealth technologieën kunnen geven. Naast het invoeren van een test-fase zou er ook voor kunnen worden gekozen om minder nadruk op de omgeving van de organisatie te leggen en meer aandacht te schenken aan de implementatie van de in te voeren technologieën. Eventueel vervolgonderzoek zal hierdoor meer inzicht krijgen op het gebruik van eHealth in de (gespecialiseerde) ggz en de functies en interventies die binnen dit gebied van belang zijn.

4.4 Conclusie

De inzet van eHealth in de vorm van een online platform ter ondersteuning van het secundaire zorgproces lijkt het beste aan te sluiten op de behoeftes zoals deze te vinden zijn in de GGZ. Deze vorm van eHealth technologie sluit ook aan op de zorgomgeving. De online platformen bieden de behandelaren de mogelijkheid om veilig te communiceren en bestanden en psycho-educatie te delen met de cliënten. Een aanbod van gestandaardiseerde behandelmodules of cursussen wordt niet gezien als een prioriteit. Dit zorgt er ook voor dat de behandelaar de regie over de behandeling kan houden.

DANKWOORD

Als eerste wil ik Saskia Kelders en Hanneke Kip bedanken omdat ik geluk had niet één, maar twee eerste begeleiders te hebben tijdens mijn onderzoek. Ik heb van jullie beiden veel steun mogen ontvangen wat mij heeft gemotiveerd om door te gaan met mijn onderzoek, ook als het soms lastig werd. Ook stonden jullie altijd klaar voor vragen of feedback, waar ik erg veel van heb mogen leren. Ik heb al met al ontzettend geluk gehad met jullie als mijn begeleiders.

Verder is een woord van dank aan alle medewerkers van GGZON op zijn plaats. Jullie hebben mij positief verrast met jullie enthousiasme voor mijn onderzoek en de openheid waarmee jullie me hebben ontvangen. Ook ben ik blij dat ik de afgelopen maanden met jullie heb mogen meelopen om zo een indruk te krijgen van “het echte leven”. Mijn bijzondere dank gaat uit aan Anouk Beverdam voor alles wat ze voor me heeft gedaan en voor elkaar heeft weten te krijgen.

Nico, ook jou wil ik bedanken voor de steun die je me hebt geboden tijdens het onderzoeksproces, zelfs als ik door alle stress en drukte misschien niet van mijn allerbeste kant liet zien. Ook wil ik je bedanken voor alle spelfouten die je voor mij hebt gecorrigeerd en je rol als wandelend thesaurus.

Iris, hoewel we jammer genoeg deze keer niet helemaal gezamenlijk aan onze theses hebben gewerkt ben ik toch ontzettend blij met jou steun tijdens het proces. Ik kon altijd bij je terecht om even lekker te ventileren of om samen herinneringen op te halen van die toch wel erg fijne bachelorthese.

Als laatste wil ik mijn ouders bedanken voor hun steun gedurende mijn hele school en studie periode. Met dank aan mijn vader, die mij vanaf mijn eerste werkstuk heeft geleerd elke zin te beginnen met een hoofdletter en te sluiten met een punt én dat WordArt in alle vormen en maten nooit een goed idee is. En met dank aan mijn moeder, die altijd heeft aangeboden mijn werkstukken en verslagen door te lezen.

Allemaal heel erg bedankt,

Hengelo, 14 juli 2016

Daniëlle Zijlstra

LITERATUURLIJST

- Archer, N., Fevrier-Thomas, U., Lokker, C., McKibbin, K. A., & Straus, S. (2011). Personal health records: a scoping review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 18(4), 515-522.
- Årsand, E., & Demiris, G. (2008). User-centered methods for designing patient-centric self-help tools. *Informatics for health and social care*, 33(3), 158-169.
- Bartholomew, L., Parcel, G., Kok, G., Gottlieb, N., & Fernández, M. (2011). Intervention Mapping Step 1: Needs Assessment. *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach*.
- Bosch, R., & Boeije, H. (2010). Wetenschapsfilosofische grondslagen bij analyseren in kwalitatief onderzoek.
- CBS. (2014). ICT gebruik van personen naar persoonskenmerken.
- Drost, H., Sprij, B., Kool, L., & Hoevenaars, A. (2013). E-health-interventie in de eerste lijn. *Huisarts en wetenschap*, 56(12), 668-668.
- Geest, L. v. d., Boudeling, M., & Janssen, W. (2013). *Gezond online: in control met eHealth*. Utrecht.
- Gemert-Pijnen, J. E. W. C., Nijland, N., & Appelman, B. (2012). *eHealth-onderzoek in Beeld. Betere eHealth-Technologieën door Slimmer Ontwerpen*. . Universiteit Twente: Center for eHealth Research (CeHRes).
- Gemert-Pijnen, J. E. W. C., Nijland, N., Limburg, M., Ossebaard, H. C., Kelders, S. M., Eysenbach, G., & Seydel, E. R. (2011). A holistic framework to improve the uptake and impact of eHealth technologies. *J Med Internet Res*, 13. doi:10.2196/jmir.1672
- Gemert-Pijnen, J. E. W. C., Nijland, N., Tije, S. t., Mol, R., & Hennemann, G. (2006). E-consult 2006: een onderzoek naar het gebruik van e-consult onder huisartsen.
- Gemert-Pijnen, J. E. W. C., Peters, O., & Ossebaard, H. C. (2013). *Improving eHealth*. Den Haag: Boom Uitgevers.
- Hafkenscheid, A. J. P. M. (2014). *De therapeutische relatie: de Tijdstroom* Utrecht.
- Hooge, E. F. J., & van der Sluis, M. (2005). Stakeholders in beeld.
- Jansen, P., & Drenthen, T. (2015). De toekomst van e-health in de zorg: risico's, maar vooral kansen. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 93(2), 44-45.
- Kleijn, H. G., & Rorink, F. J. (2009). *Verandermanagement*: Pearson Education.
- Krijgsman, J., & Klein Wolterink, G. (2012). Ordening in de wereld van eHealth. *Den Haag: Nictiz*.
- Lange, A., Ruwaard, J., & Schrieken, B. (2009). Hulpverlening voor psychische problematiek via het world wide web. *De Psycholoog*, 44(12), 634-640.
- Lechner, L., Mesters, I., & Bolman, C. (2010). *Gezondheidspsychologie bij cliënten*
- Leene, I., & Verberk, F. (2008). Praktijk Ondersteuner Huisartsenzorg (POH)-GGZ. *Utrecht: Nederlandse Vereniging Maatschappelijk Werkers en Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland/Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen*.
- Marks, I., & Cavanagh, K. (2009). Computer-aided psychological treatments: evolving issues. *Annual review of clinical psychology*, 5, 121-141.
- Metselaar, S., Hutsebaut, J., Kraaijeveld, F., Korevaar, C., Henselmans, S., van der Schoot, T., & Milo, M. (2013). Het gebruik van E-health binnen de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen.
- Mitchell, R. K., Agle, B. R., & Wood, D. J. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience: Defining the principle of who and what really counts. *Academy of management review*, 22(4), 853-886.
- Nijland, N., Gemert-Pijnen, J. E. W. C., Boer, H., Stehouder, M. F., & Seydel, E. R. (2008). Evaluation of internet-based technology for supporting self-care: problems

- encountered by patients and caregivers when using self-care applications. *J Med Internet Res*, 10(2), e13.
- Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 32(4), 329-342.
- Rijnders, P., & Heene, E. (2015). Het KOP-model: een generalistische richtlijn voor de Basis GGZ. *GZ-Psychologie*, 7(5), 26-29.
- Riper, H., Smit, F., Van der Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J., & Mutsaers, K. (2007). E-mental health. *High tech, high touch, high trust*.
- Riper, H., Van Ballegooijen, W., Kooistra, L., De Wit, J., & Donker, T. (2013). Preventie & eMental-health. *Onderzoek dat leidt, technologie die verleidt, preventie die bereikt en beklijft*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Rogers, E. M. (1995). Lessons for guidelines from the diffusion of innovations. *The Joint Commission journal on quality improvement*, 21(7), 324.
- Rogers, E. M. (2003). Elements of diffusion. *Diffusion of innovations*, 5, 1-38.
- Smit, D., & Bosch, F. (2014). Wanneer is verandering een verbetering? *Psychopraktijk*, 6(5), 25-28.
- Timmer, S. (2015). Competenties en eHealth *eHealth in de langdurige zorg* (pp. 91-94): Springer.
- Tummers, L. (2011). Explaining the willingness of public professionals to implement new policies: A policy alienation framework. *International Review of Administrative Sciences*, 77(3), 555-581.
- VGCT. (2016). Overzicht e-health platforms.
- World Health Organization (WHO). (2012, 10, 2). I had a black dog, his name was depression. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=XiCrniLQGYc>

BIJLAGEN

Bijlage I – Toelichting genoemde vormen van eHealth

Mobiele applicaties



VGZ

mindfulness

App met mindfulness oefeningen.



Mediant 5G app

Deze app is gebaseerd op het 4G schema van Beck en stelt de gebruiker in staat inzicht te krijgen in de gebeurtenissen, gedachten, gevoelens, gedragingen en gevolgen.



Mediant ADHD

richt op aandachtstekortstoornissen. De App biedt ruimte voor persoonlijke gegevens, psychoeducatie, het bijhouden van gedrag en positieve bekrachtiging, een overzicht van de toegeschreven medicatie en de mogelijkheid om contact op te nemen met de hulpverlener.



Mediant

BiPoLog

BiPoLog is gecreëerd in samenwerking met het Centrum Bipolaire Stoornissen. Dit centrum biedt diagnostiek, behandeling en begeleiding aan mensen met een Bipolaire Stoornis. De app is ontwikkeld als ondersteuning van deze dienstverlening en bevat verschillende onderdelen zoals het bijhouden van de stemming, psychoeducatie, zelftesten en medicatieoverzichten. De app kan beveiligd worden aan de hand van een pincode om persoonlijke informatie persoonlijk te houden.



Mediant Balanz

is gekoppeld aan het centrum voor eetstoornissen in Twente. De app is ontwikkeld voor alle vormen van eetproblemen en eetstoornissen en biedt helpt te gebruiker om te gaan met eetbuien en spanningen. Verder heeft de gebruiker ook de mogelijkheid tot het invullen van een eetdagboek en het berekenen van de BMI. Als laaset geeft de app de mogelijkheid tot het bijhouden van medicatie en biedt het de mogelijkheid een verzamelgrafiek op te stellen.

Websites



Interapy

Online behandelingen gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. De therapie verloopt volledig online.



Voluit
Leven
Online

Begeleide zelfhulp en blended care gericht op de positieve psychologie.



Grip op je
dip

Website ontworpen voor jongeren met depressieve klachten.



Menz &
geest

Gratis aangeboden online zelfhulp door zorgverzekeraars Menzis in samenwerking met Minddistrict. Richt zich voornamelijk op generalistische basis ggz klachten.



Mirro

Online zelfhulp voornamelijk gericht op generalistische basis ggz klachten. Gratis te gebruiken.

Overig



ROM

Routine Outcome Monitoring (ROM) is het structureel en herhaaldelijk meten met behulp van meetinstrumenten van de toestand van de cliënt. Door verschillende metingen met elkaar te vergelijken kan worden vastgesteld of er een verandering is in de toestand van de cliënt.



Medicore

Software voor een Electronisch Patiënten Dossier.



Skype

Skype is een VoIP-programma van Microsoft, waarmee men over het internet kan telefoneren. Het programma is gratis verkrijgbaar.



DigiD

DigiD is de naam van een systeem waarmee Nederlandse overheden op internet iemands identiteit kunnen verifiëren, een soort digitaal paspoort voor overheidinstanties.

Bijlage II – Contact-script Verwijzers

eHealth in de (GGZ) praktijk

Contact Huisartspraktijken Oost-Nederland & Twente.

Introductie

Hallo, u spreekt met Daniëlle Zijlstra. Vanuit de Universiteit Twente doe ik op dit moment onderzoek naar de inzet van eHealth voor GGZON (Geestelijke Gezondheidszorg Oost Nederland). Heeft u tijd, ongeveer 5 minuutjes, voor een paar korte vragen of kunt u mij misschien doorverbinden met de persoon die zich binnen uw praktijk bezig houdt met eHealth?

Vestiging:

Meest voorkomende mogelijkheden

- ☐ Contactformulier ☐ Klachtenformulier ☐ Inschrijfformulier
☐ Online herhaalrecept aanvragen ☐ Anders, namelijk:

Overige opties

- ☐ doorlinken naar psycho-educatie of zelftesten ☐ Doorlinken naar huisarts
☐ Aanbieden van een gastenboek

Biedt de praktijk de mogelijkheid tot een digitale cliëntomgeving?

.....
.....
.....

Biedt de praktijk e-consulten aan?

.....
.....
.....
.....
.....

Dat was alles wat ik wilde weten. Heel erg bedankt voor uw tijd en medewerking. Nog een fijne dag verder.

Context informatie

eHealth is het gebruik van technologie ter ondersteuning of verbetering van de gezondheid en de gezondheidszorg. Binnen eHealth worden regulieren behandelingen gecombineerd met online interventies zoals bijvoorbeeld chat, beeldbellen, online behandelmodules en online inzage in het eigen gezondheidsdossier.

Binnen GGZON, een kleine GGZ-instelling in Oldenzaal waar zowel kinderen als volwassen behandeld worden, wil men beginnen met het gebruik van eHealth. GGZON zou in deze keuze graag het aanbod van huisartspraktijken meenemen om de overlap van beide aanboden zo klein mogelijk te maken.

Contact informatie

Email: d.n.zijlsra@student.utwente.nl
Telefoonnr: 06-57843409

Bijlage III – Informatiebrochure

Informatiebrochure

eHealth in de (GGZ) praktijk

Een inventarisatie van eHealth voorkeuren en mogelijkheden binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Beste lezer,

In deze brief vind u de informatie over het onderzoek waarvoor ik uw medewerking heb gevraagd, getiteld “eHealth in de (GGZ) praktijk – Een inventarisatie van eMental Health voorkeuren en mogelijkheden binnen de geestelijke gezondheidszorg”.

Achtergrond

GGZON wil graag beginnen met het gebruik maken van eHealth. Uit de literatuur en de praktijk blijkt echter dat implementatie en gebruik van eHealth in GGZ-instellingen vaak moeilijk te realiseren is. De balans tussen de behoefte van de behandelaar en cliënt en de match met een eHealth-technologie is vaak lastig. Om die reden wil GGZON op een systematische manier kijken naar de wensen van hun behandelaren en cliënten om zo tot een passende vorm van eHealth te komen.

Doel

Het doel van mijn onderzoek is om te kijken hoe eHealth geïntegreerd kan worden binnen GGZON. Om dit te onderzoeken vind ik het belangrijk om een duidelijk beeld te verkrijgen van uw behoeften en verwachtingen, maar ook natuurlijk uw twijfels en onzekerheden wat betreft het toepassen. Om de nieuwe technologie zo goed mogelijk binnen uw bestaande behandelmethodes te passen ben ik ook benieuwd naar het huidige gebruik van eHealth en de mogelijkheden die u voor de toepassing ziet.

Opbouw onderzoek

Fase 1: Interviews

In de eerste fase van het onderzoek zullen er individuele interviews worden gehouden met zowel behandelaren als cliënten. Het interview zal ongeveer 45 minuten van uw tijd in beslag nemen. Het primaire doel van deze interviews is om inzicht te verkrijgen in de mogelijkheden waarop eMental Health ingezet kan worden binnen het zorgproces zoals die plaatsvindt binnen GGZON.

Fase 2: focusgroep

In de tweede fase van het onderzoek zullen de behandelaren die aan de eerste fase hebben deelgenomen worden uitgenodigd voor een focusgroep. Binnen dit groepsgesprek zullen de resultaten van de eerste interviews bekend gemaakt worden en is er ruimte tot bespreking. Daarnaast zal er een vorm van card sorting plaatsvinden. Het doel van de card sorting is om een beeld te krijgen van de belangrijkste punten binnen de mogelijkheden van eMental Health. Dit zal deels gaan aan de hand van voorbeelden van bestaande eHealth technologieën. De focusgroep heeft als doel om in kaart te brengen welke aspecten daadwerkelijk onderdeel uit moeten maken van een eHealth interventie en in welke mate. De bijeenkomst zal ongeveer 45 minuten gaan duren.

Deelname

Deelname aan het onderzoek gebeurt uiteraard geheel op vrijwillige basis. Mocht er een vraag worden gesteld waarop u geen antwoord wenst te geven, dan zal dit volledig worden gerespecteerd. Verder heeft u ten alle tijden het recht om uw besluit tot deelname te beëindigen. Dit houdt in dat u ook na afloop van het onderzoek, tot 24 uur na het interview, alsnog kunt besluiten dat uw gegevens niet mee mogen worden genomen in het onderzoek. Voor het deelnemen aan het onderzoek zult u gevraagd worden een toestemmingsformulier in te vullen waarop dit nogmaals zal worden aangegeven.

Privacy

In het kader van het onderzoek zullen de gehouden interviews op band worden opgenomen. De enige reden hiervoor is zodat er gezorgd kan worden voor een werkelijkheidsgetrouwe weergave van de gegeven antwoorden. Er zal vertrouwelijk worden omgegaan met de verkregen informatie en deze zal uiteraard niet aan derden worden verstrekt. Verder word er gestreefd om de privacy van de deelnemers te waarborgen. Indien er belangstelling is voor de resultaten van het onderzoek, dan bestaat er de mogelijkheid om hier na afloop van het volledige onderzoek inzicht in te krijgen. Ik nodig u dan ook van harte uit om bij de eindpresentatie aanwezig te zijn. De datum van deze presentatie zal te zijner tijd bekend worden gemaakt.

Met vriendelijke groeten,

Daniëlle Zijlstra
Stagiaire/Onderzoeker GGZON
Student Universiteit Twente

Bijlage IV – Toestemmingsverklaring

Toestemmingsverklaring (informed consent)

Titel Onderzoek:	eHealth in de (GGZ) praktijk <i>Een inventarisatie van eMental Health voorkeuren en mogelijkheden binnen de geestelijke gezondheidszorg.</i>
Onderzoeker:	Daniëlle Zijlstra

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en belasting van het onderzoek, zoals uiteengezet door de onderzoeker en toegelicht in de verkregen informatiebrochure. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Als ik nog verdere informatie over het onderzoek zou willen krijgen, nu of in de toekomst, kan ik me wenden tot mevr. D. Zijlstra (telefoon: 06-57843409; e-mail: d.n.zijlstra@student.utwente.nl).

Ik ga ermee akkoord dat het interview wordt opgenomen en dat het audiomateriaal en de bewerking daarvan voor analyse en / of wetenschappelijke doeleinden zal worden gebruikt.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

.....		
.....		
Datum	Naam deelnemer	Handtekening deelnemer

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

.....		
.....		
Datum	Naam Onderzoeker	Handtekening onderzoeker

Bijlage V– Interviewschema Behandelaren**eHealth in de (GGZ) praktijk**

Een inventarisatie van eMental Health voorkeuren en mogelijkheden binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Introductie

Als eerste wil ik u hartelijk bedanken dat u mee wilt werken aan mijn onderzoek naar de inzet van eHealth binnen GGZON. In het volgende interview zal ik u een aantal vragen over uw denkbeeld en eventuele ervaring wat betreft eHealth. Mocht het zijn dat er een vraag gesteld wordt waar u liever geen antwoord op geeft, dan kunt u dit aangeven en zal er over worden gegaan tot de volgende vraag. Heeft u nog vragen?

Invullen persoonlijke gegevens

Voordat we beginnen met het inhoudelijke interview is het eerst belangrijk om een aantal persoonlijke gegevens in kaart te brengen.

1. Wat is uw leeftijd? jaar	geslacht ☐ V ☐ M
2. Wat is uw functie binnen GGZON?	
3. Hoelang bent u al werkzaam bij GGZON?	

Hoofddoel

Het doel van dit onderzoek is vast te stellen welke vormen van eHealth het bij GGZON en al haar medewerkers passen. Hiervoor is uw mening als medewerker dus erg belangrijk en zal ook zeker meegenomen worden in het eindrapport. Uiteraard ben ik, naast de mogelijkheden, ook benieuwd naar mogelijke twijfels en onzekerheden die er spelen ten aanzien van de toepassing van eHealth. Als laatste ben ik ook geïnteresseerd in wat u denkt nodig te hebben om eHealth goed te kunnen implementeren binnen uw behandeling.

Subdoelen

- Wat zijn uw huidige behandeltaken en -vormen
 - Zijn er zaken waar u of uw collega's tegenaan lopen?
 - Wat zijn hier eventuele oplossingen voor?
- In hoeverre gebruikt u op dit moment al vormen van eHealth?
 - Welke vormen zijn dat en waarom heeft u voor die vormen gekozen?
 - Hoe bevalt het inzetten van eHealth u?
 - Hoe schat u het effect van eHealth op uw reguliere behandelingen?
- Welke voordelen verwacht u met betrekking tot het gebruik van eHealth binnen uw behandelingen?
 - Wat verwacht u van het gebruik van eHealth? / Hoe zou eHealth u kunnen helpen bij uw behandeling?
 - (betrekken op eerder genoemde vormen)
- Welke barrières of nadelen verwacht u met betrekking tot het gebruik van eHealth binnen uw behandelingen?
 - Hoe zou u eventueel met deze barrières of nadelen om kunnen gaan?
 - (betrekken op eerder genoemde vormen)
- Wat zou u nodig hebben om succesvol gebruik te kunnen maken van eHealth?
 - Wat hebben u en uw cliënten nodig als de gebruikers? Wat zijn jullie behoeften?
 - Welke eisen stelt u aan GGZON als context wat betreft het gebruik van eHealth?
 - Aan welke eisen moet de eHealth technologie volgens u voldoen?

Bijlage VI – Interviewschema cliënten

eHealth in de (GGZ) praktijk

Een inventarisatie van eMental Health voorkeuren en mogelijkheden binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Introductie

Als eerste wil ik u hartelijk bedanken dat u mee wilt werken aan mijn onderzoek naar de inzet van eHealth binnen GGZON. In het volgende interview zal ik u een aantal vragen over uw denkbeeld en eventuele ervaring wat betreft eHealth stellen. Mocht het zijn dat er een vraag gesteld wordt waar u liever geen antwoord op geeft, dan kunt u dit aangeven en zal er over worden gegaan tot de volgende vraag. Heeft u nog vragen?

Invullen persoonlijke gegevens

Voordat we beginnen met het inhoudelijke interview is het eerst belangrijk om een aantal persoonlijke gegevens in kaart te brengen.

4. Wat is uw leeftijd? jaar	geslacht ☐ V ☐ M
5. Hoe lang bent u al in behandeling bij GGZON?	

Hoofddoel

Het doel van dit onderzoek is vast te stellen welke vormen van eHealth het beste bij GGZON en al haar cliënten passen. Hiervoor is uw mening als cliënt dus erg belangrijk en zal ook zeker meegenomen worden in het eindrapport. Uiteraard ben ik, naast de mogelijkheden, ook benieuwd naar mogelijke twijfels en onzekerheden die er spelen ten aanzien van de toepassing van eHealth. Als laatste ben ik ook geïnteresseerd in wat u denkt nodig te hebben om eHealth goed te kunnen gebruiken binnen uw behandeling.

Subdoelen

- Wat zijn zaken waar u wel eens tegenaan loopt in uw behandeling?
- Heeft u wel eens gebruik gemaakt met of gebruikt u vormen van eHealth?
 - Welke vormen zijn dat?
 - Hoe bevalt het inzetten van eHealth u?
 - Hoe schat u het effect van eHealth op uw reguliere behandelingen?
- Welke voordelen verwacht u met betrekking tot het gebruik van eHealth binnen uw behandelingen?
 - Wat verwacht u van het gebruik van eHealth? / Hoe zou eHealth u kunnen helpen bij uw behandeling?
 (betrekken op eerder genoemde vormen)
- Welke barrières of nadelen verwacht u met betrekking tot het gebruik van eHealth binnen uw behandelingen?
 - Hoe zou u eventueel met deze barrières of nadelen om kunnen gaan?
 (betrekken op eerder genoemde vormen)
- Wat zou u nodig hebben om succesvol gebruik te kunnen maken van eHealth?
 - Wat hebben u en uw behandelaar nodig als de gebruikers?
 - Welke eisen stelt u aan GGZON als context wat betreft het gebruik van eHealth?
 - Aan welke eisen moet de eHealth technologie volgens u voldoen?

Bijlage VII – Draaiboek en presentatie focusgroepDoel: Het in kaart brengen van de concrete mogelijkheden binnen GGZON

Doelgroep: Behandelaren die hebben meegewerkt met de eerder gehouden interviews

Benodigde materialen:

- Toestemmingsformulieren
- Voice recorder
- Laptop (met presentatie)
- Beamer
- Koffie & thee
- Grote vellen papier + sticky notes + penpen
- Brownies

Tijd	Fase	Uitleg	benodigdheden
12.30 (15m)	Inloop	Inloop met koffie en thee	Koffie, thee en brownies!
	Welkom	Welkom allemaal bij de focus”groep”: brainstormen met brownies. [...]	Powerpoint (slide 1)
	Instructie / opzet bijeenkomst	Een aantal weken geleden hebben jullie aan een interview meegewerkt. In dit interview heb ik jullie vragen gesteld over het gebruik van eHealth binnen GGZON. Vandaag wil ik met jullie aan de slag met de resultaten die hieruit naar voren komen. Dit houd ik dat in nog iets dieper wil in gaan op de mogelijkheden voor eHealth binnen GGZON en de randvoorwaarden zoals die worden gesteld door de medewerkers. Ik zal deze bijeenkomst beginnen met nog even een korte uitleg over eHealth, want, wat is eHealth nou eigenlijk echt? Als we dan goed in de sfeer van eHealth zitten wil ik graag, wil ik me graag met jullie focussen op de mogelijkheden van eHealth binnen GGZON Zijn hier nog vragen of opmerkingen over?	Powerpoint (slide 2)
	Presentatie eHealth	[zie slides + toelichting] [groep vragen zelf met voorbeelden te komen?]	Powerpoint (slide 3 t/m 5)
12.45 (5m)	Ehealth binnen GGZON	Zoals jullie hebben kunnen zien zijn er ontzettend veel mogelijkheden voor eHealth. Het zou alleen onverstandig zijn om al die vormen te proberen te implementeren binnen jullie bestaande behandelplannen. Daarom stel ik voor dat we ons nu vooral focussen op de mogelijkheden binnen GGZON. Uit de interviews zijn er een aantal mogelijkheden naar voren gekomen en daar wil ik graag dieper met jullie op in gaan. Maar eerst wil ik jullie vragen om even binnen een paar minuten zoveel mogelijk mogelijkheden zelf te bedenken en deze op te schrijven op de gele post-its. Denk hierbij aan mogelijkheden binnen de behandeling maar ook bijvoorbeeld voor tijdens en na de intakes. We zullen deze straks bespreken.	Powerpoint (slide 6) Gele sticky notes

12.50 (5m)	Mogelijkheden met categorieën	Uit de interviews kwamen drie categorieën mogelijkheden naar voren: Communicatie en contact, huiswerkelementen en een georganiseerd bestand. [toelichting wat deze vormen inhouden] Is het jullie een beetje duidelijk wat ik met deze categorieën bedoel? Nu wil ik jullie vragen om jullie mogelijkheden van net te plakken binnen één van deze categorieën. Mocht een mogelijkheid ergens niet bij passen, plak hem dan maar binnen het hokje overig. Als deze categorieën jullie geïnspireerd hebben op nieuwe mogelijkheden mogen jullie die er op een blauwe post-it bij plakken. Hierbij wil ik jullie vragen om zo breed mogelijk te denken. Vergeet op dit moment even de “ja,maar” en maak je niet druk om de kosten of de tijdsinvestering, daar komen we later nog op terug. Graag op dit moment nog even niet te overleggen, we zullen straks de uitkomsten bespreken.	Powerpoint (slide 7) Gele en blauwe sticky notes
13.00 (10m)	Bespreken mogelijkheden	7 minuten: globaal bespreken	Powerpoint (slide 8)
13.10 (5m)	Randvoorwaarden resultaten interviews	Oke, nu wil ik jullie vragen voor deze mogelijkheden de randvoorwaarden in kaart te brengen. Randvoorwaarden zijn de eisen waaraan moet worden voldaan om een specifiek proces plaats te kunnen laten vinden. Met andere woorden: wat is er nodig om deze vormen van eHealth binnen GGZON een succes te maken. Hele belangrijke randvoorwaarden mogen jullie op de roze sticky notes schrijven, iets minder belangrijke op de groene.	Powerpoint (slide 9) Roze en groene sticky notes
13.15 (10m)	Bespreken randvoorwaarden	Aanhaken randvoorwaarden interviews	
13.25 (5m)	Rondje + afsluiting	Dan was dit de bijeenkomst. Hoe heeft ieder de bijeenkomst ervaren? Zijn er nog andere vragen met betrekking tot mijn onderzoek? Dan wil ik iedereen heel erg bedanken voor haar deelname.	Powerpoint (slide 10)



EHEALTH = ELEKTRONISCHE GEZONDHEID

(EMENTAL HEALTH = ELEKTRONISCHE GEESTELIJKE GEZONDHEID)

BLENDED CARE: REGULIERE FACE-TO-FACE GESPREKKEN COMBINEREN MET ONLINE INTERVENTIES ZOALS CHAT, BEELDBELLEN, ONLINE BEHANDELMODULES EN ONLINE INZAGE IN HET EIGEN GEZONDHEIDSDOSSIER. DIT KAN OOK VIA EEN SMARTPHONE OF TABLET (MHEALTH). DIT MAAKT DE ZORG TIJD, MAAR OOK PLAATS-ONAFHANKELIJK TE GEBRUIKEN



eHealth
binnen
GGZON

eHealth
binnen
GGZON

Randvoorwaarden

Wat heeft GGZON nodig?

Opzet bijeenkomst
-Wat is eHealth nou echt?

- Wat kunnen we binnen GGZON hier mee?

-Wat is de beste oplossing voor GGZON?



Psycho-therapeutische interventies:

eTherapy, online counseling, online therapie, etc.

'vertaling' face-to-face behandeling naar online omgeving

- Gebaseerd op interactie met de therapeut (videoconferencing, chat, email)
- Gebaseerd op zelfhulp (met of zonder begeleiding)

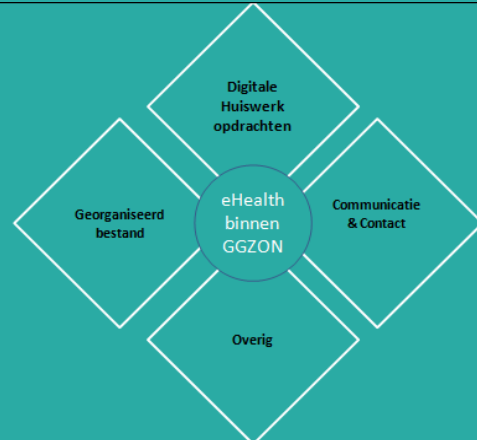
Gericht op:

- Psychische problemen (bv. Depressie, angst, eetstoornis)
- Gedrag en leeftijd (bv. Roken, afvallen)
- Combinaties (bv. Chronische pijn, alcohol)

Gebruikte vormen: Cognitieve gedragstherapie, psycho-educatie en gedragsverandering

Gemiddelde effect-size: 0,53 (medium)

Jongste en oudste groepen het minst effectief, 19-39 beste



Afsluiting

Zijn er nog andere vragen?

Heel erg bedankt voor jullie deelname!



En neem nog een brownie voor de moeite!

Bijlage VII – Overzicht bestaande eHealth platformen

	Minddistrict	Karify	Cure link	Jouw omgeving	eHealth warenhuis
website	www.middistrict.nl	www.karify.nl	www.curelink.nl	www.jouwomgeving.nl	www.newhealthcollective.nl
Behandel-aanbod	Ruim 150 modules voor zowel POH GGZ, GB GGZ en huisartsenzorg, evenals Kind&Jeugd, revalidatie, forensische en verslavingszorg. Groot aanbod stoornissen/problematiek	Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ. Verder modules van Boom en modules voor POH enz.	Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ.	Mogelijkheid behandelplan op maat (werkplan). Daarnaast verschillende geprotocolleerde modules.	Basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Mogelijkheid om zelfstandig online behandelmodules te ontwikkelen.
Behandel-methode	CGT, maar ook oplossings-gerichte therapie, systeemtherapie CRA en mindfulness	Vooraf CGT, maar ook positieve psychologie	CGT	CGT	CGT, maar ook bijv. IPT en leefstijltraining
Doel groepen	Alle doelgroepen	Alle doelgroepen	volwassenen	Gericht op jongeren en doelgroepen die gebaat zijn bij visueel en interactief werken.	Alle doelgroepen, niet beperkt tot GGZ
Mogelijkheden contact cliënt	Email, beeldbellen, chatfunctie.	Email, beeldbellen, lotgenoten-contact.	Email, chatfunctie.	Email, beeldbellen, chatfunctie, lotgenoten-contact.	Email, beeldbellen, chatfunctie.
Kosten (basis aanbod)	€ 49,- per cliënt per jaar	€ 36 per maand incl BTW per medewerker	Vast per kwartaal: € 130 ex BTW, per protocol € 36 ex BTW	€ 39 per behandelmodule en een vast bedrag per jaar, afhankelijk van omvang praktijk en functionaliteit	€ 25 per cliënt voor zelfhulp en algemene modules, € 20 per klacht/doelgroep specifieke module extra, inrichtingskost en op aanvraag
Service (incl. In de prijs)	Training, helpdesk, proefperiode	Training, helpdesk, proefperiode	Training, helpdesk, proefperiode (in overleg)	Training, helpdesk.	helpdesk, proefperiode (in overleg)

	Therapie land	Serviant	Telepsy	Clientenlogin
website	www.therapieland.nl	www.serviant.nl	www.telepsy.nl	www.clientenlogin.nl
Behandel-aanbod	Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ	Evidence based modules van Uitgeverij Boom (zoals KOP-model) en daarnaast ROM lijsten.	Digitale gereedschapki st zonder geprotocolleerde behandelmodu les maar bouwstenen in de vorm van digitale vragenlijsten, psycho-educatie, oefeningen, dagboeken en zelfhulpmodul es.	Eigen keus van behandelaar.
Behandel-methode	CGT, ACT en positieve psychologie	CGT, positieve psychologie en (leefstijl)traini ng	CGT, MBCT, ACT en positieve psychologie	CGT
Doelgroep en	Alle doelgroepen	Alle doepgroepen	Alle doepgroepen	Alle doepgroepen
Mogelijkheden contact cliënt	Email, beeldbellen, chatfunctie, lotgenotencontact.	Email, beeldbellen, chatfunctie	Email, beeldbellen, chatfunctie.	Email, beeldbellen, chatfunctie, lotgenotencont act (optioneel).
Kosten (basis aanbod)	1) Berichten module: Gratis (Eenmalig aansluiten € 50) 2) Therapieland Totaal (onbeperkt aantal cliënten/ toegang tot alle programma's/ toegang tot alle mogelijkheden): € 29,95 per maand per behandelaar	Beheerlicentie is gratis, verder gemiddeld € 4 per cliënt per maand, plus kosten van eventuele content en ROM.	€ 17,50 per cliënt of € 22,50 per behandelaar per maand voor onbeperkt gebruik.	€ 14,95 per behandelaar per maand. Vanaf 5 behandelaren korting. Cliënten gratis.
Service (incl. In de prijs)	Training, helpdesk, proefperiode	Training, helpdesk, proefperiode (in overleg)	helpdesk, proefperiode	Training, helpdesk, proefperiode