



# Beeldcommunicatie in de GGZ

Onderzoeksrapport over Fase 1 en 2

LECTORAAT ICT-INNOVATIES IN DE ZORG

27 april 2016

## COLOFON

Titel : Beeldcommunicatie in de GGZ: Onderzoeksrapport over Fase 1 en 2

Versie : 1.0

Datum : 27 april 2016

Auteurs : Ruud Janssen, Marijke Span, Annemarie van Hout, Aranka Dol

Christelijke Hogeschool Windesheim | Lectoraat ICT-innovaties in de Zorg

Campus 2-6 | Postbus 10090 | 8000 GB Zwolle | 088 469 99 11 | [www.windesheim.nl/onderzoek/onderzoeksthemas/ict](http://www.windesheim.nl/onderzoek/onderzoeksthemas/ict)

Dit is een uitgave van Christelijke Hogeschool Windesheim

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

# Inhoudsopgave

<b>1 Inleiding</b> .....	<b>1</b>
1.1 Over het project Beeldcommunicatie in de GGZ .....	1
1.2 Over dit onderzoeksrapport.....	2
1.3 De opbouw van dit rapport .....	2
<b>2 Methode</b> .....	<b>3</b>
2.1.1 Dataverzameling.....	3
2.1.2 Locaties en Geïnterviewden.....	3
2.1.3 Data analyse.....	4
2.1.4 Toelichting op de setting van het onderzoek .....	4
<b>3 Resultaten</b> .....	<b>6</b>
3.1 [1] Hoe verandert de zorgpraktijk door de inzet van beeldbellen? .....	6
3.2 [1A] Hoe worden deze veranderingen door zorgverleners en cliënten ervaren?.....	6
3.2.1 Het duiden/positioneren van een nieuw medium.....	6
3.2.2 Stadia van gewenning: acceptatie, gebruik, routine .....	6
3.2.3 Onduidelijkheid over het doel.....	7
3.2.4 Bijkomende voor- en nadelen .....	7
3.2.5 Goed functionerende techniek is een harde randvoorwaarde .....	7
3.3 [1B] Wat betekenen deze veranderingen voor de zorg die wordt verleend? .....	7
3.3.1 De zorg verandert niet; contact maken is het belangrijkste .....	7
3.3.2 De aard van het gesprek verandert.....	7
3.3.3 Ongepland is onbekend .....	8
3.3.4 Het initiatief verschuift naar de cliënt.....	8
3.3.5 Afstemmen op de behoefte van de cliënt .....	8
3.3.6 De caseload kan omhoog .....	8
3.4 [1C] Hoe gaan zorgverleners met deze veranderingen om?.....	8
3.4.1 Accepteren/omarmen.....	8
3.4.2 Afstemmen van contactmogelijkheden op de cliënt.....	9
3.4.3 Inpassen in het dagelijks werk .....	9

3.5 [1D] Op welke manier wordt beeldbellen ingepast in het behandelplan? .....	9
3.6 [1E] Waarom zetten zorgverleners beeldbellen in bepaalde situaties wel of niet (meer) in? .....	10
3.6.1 Om passende zorg te kunnen bieden .....	10
3.6.2 Omdat het wel of niet bij de cliënt past.....	10
3.6.3 Vanuit organisatiedruk of pragmatisme .....	11
3.7 [1F] Hoe maken zorgverleners deze afweging? .....	12
3.8 [2] Wat is de meerwaarde van beeldbellen volgens zorgverleners? .....	12
3.8.1 Zorginhoudelijke meerwaarde.....	12
3.8.2 Organisatorische meerwaarde .....	13
3.9 [2A] Hoe kan de meerwaarde van beeldbellen in de praktijk worden benut? .....	13
3.10 [2B] Hoe kunnen onervaren zorgverleners hierin beter begeleid worden ? .....	13
3.11 [2C] Welke afwegingen maken zorgverleners ten aanzien van beeldbellen als er een nieuw zorgprogramma wordt ontworpen? .....	13
3.12 [2D] Aan welke kennis en vaardigheden rond het inzetten van beeldbellen is er behoefte bij zorgverleners? .....	14
3.13 [2E] Hoe kunnen deze kennis en vaardigheden worden aangeboden of aangeleerd? .....	14
<b>4 Discussie .....</b>	<b>15</b>
4.1.1 De zorg verandert niet, of toch wel?.....	15
4.1.2 Bereikbaarheid versus herstel.....	15
4.1.3 Afstand versus nabijheid.....	16
4.1.4 Het ontbreken van een vooropgezet zorginhoudelijk doel .....	17
<b>5 Conclusies en aanbevelingen .....</b>	<b>18</b>

# 1 Inleiding

## 1.1 Over het project Beeldcommunicatie in de GGZ

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

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

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

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

## 1.2 Over dit onderzoeksrapport

In dit rapport worden de resultaten beschreven van de reeks observaties en (groeps)interviews die in de periode van maart tot en met december 2015 hebben plaatsgevonden bij GGZ-instellingen Dimence, GGZ Drenthe, GGZ Noord-Holland-Noord en Lentis. Het doel van deze observaties en interviews was het vormen van een rijk en gedetailleerd beeld van de dagelijkse praktijk van beeldcommunicatie in de GGZ. Tijdens de observaties en interviews hebben de onderzoekers gekeken naar (en gesproken over) de manieren waarop zorgverleners - in het bijzonder teamleden van FACT-teams - beeldcommunicatie toepassen binnen de zorg die zij verlenen aan hun cliënten, welke gevolgen dit heeft voor de zorg, en welke meerwaarde en problemen zorgverleners en cliënten hierbij ervaren. De volgende onderzoeksvragen vormden hierbij het uitgangspunt:

1. Hoe verandert de zorgpraktijk door de inzet van beeldbellen?
  - A. Hoe worden deze veranderingen door zorgverleners en cliënten ervaren?
  - B. Wat betekenen deze veranderingen voor de zorg die wordt verleend?
  - C. Hoe gaan zorgverleners met deze veranderingen om?
  - D. Op welke manier wordt beeldbellen ingepast in het behandelplan?
  - E. Waarom zetten zorgverleners beeldbellen in bepaalde situaties wel of niet (meer) in?
  - F. Hoe maken zorgverleners deze afweging?
2. Wat is de meerwaarde van beeldbellen voor zorgverleners en cliënten?
  - A. Hoe kan deze meerwaarde in de praktijk worden benut?
  - B. Hoe kunnen onervaren zorgverleners hierin beter begeleid worden?
  - C. Welke afwegingen maken zorgverleners ten aanzien van beeldbellen als er een nieuw zorgprogramma wordt ontworpen?
  - D. Aan welke kennis en vaardigheden rond het inzetten van beeldbellen is er behoefte bij zorgverleners?
  - E. Hoe kunnen deze kennis en vaardigheden worden aangeboden of aangeleerd?

## 1.3 De opbouw van dit rapport

Hoofdstuk 2 beschrijft de werkwijze die de onderzoekers hebben gevolgd tijdens de observaties en interviews en tijdens de analyse. Hoofdstuk 3 beschrijft per onderzoeksvraag de resultaten. Hoofdstuk 4 bediscussieert opvallende vragen en dilemma's die bij het onderzoek naar voren zijn gekomen. Hoofdstuk 5 sluit af met enkele aanbevelingen voor het vervolgfase van het project waarin op basis van de hier gepresenteerde resultaten hulpmiddelen voor praktijk en onderwijs ontwikkeld zullen worden.

## 2 Methode

### 2.1.1 DATAVERZAMELING

Het onderzoeksmateriaal is midden in de dagelijkse praktijk van de zorgverleners verzameld, in verreweg de meeste gevallen door observatie van beeldbelcontacten tussen zorgverleners en hun cliënten en door reflecterende interviews met zorgverleners. Het combineren van observaties en interviews maakt het mogelijk om een beeld van de praktijk van beeldbellen weer te geven dat niet alleen gebaseerd is op wat zorgverleners zeggen, maar ook op wat ze doen.

Tijdens de observaties verbleef de onderzoeker in hetzelfde vertrek als de zorgverlener, stil en buiten beeld en met toestemming van de cliënt. In twee gevallen is geobserveerd vanaf de zijde van de cliënt. Daarnaast is een klein aantal groepsinterviews gehouden met zorgverleners en zijn zorgverleners gevraagd om gedurende een korte periode hun ervaringen met beeldbellen in een dagboekje bij te houden.

Van alle observaties en interviews zijn aantekeningen gemaakt, in verreweg de meeste gevallen zijn tevens audio-opnames gemaakt die vervolgens zijn uitgeschreven tot een letterlijke weergave (transcriptie). Al het verzamelde materiaal is geanonimiseerd zodat informatie niet tot bepaalde personen herleidbaar is.

### 2.1.2 LOCATIES EN GEÏNTERVIEWDEN

In totaal hebben er in de periode maart-december 2015 39 observaties en interviews plaatsgevonden met 27 zorgverleners en 3 cliënten. Hierbij is ca. 123 uren aan materiaal verzameld. De geïnterviewde zorgverleners zijn werkzaam bij de FACT-teams van GGZ Noord-Holland-Noord, Lentis en GGZ Drenthe en bij het IPG-team van Dimence.

Vanwege technische en organisatorische problemen rond het beeldbellen bij GGZ Drenthe en Dimence is het aantal observaties en interviews daar beperkt gebleven. Een expliciete vergelijking tussen beeldbellen bij FACT-teams en beeldbellen bij IPG-teams, zoals oorspronkelijk de bedoeling, heeft daardoor niet kunnen plaatsvinden. De meeste observaties en interviews plaatsgevonden bij het E-Team van GGZ Noord-Holland-Noord in Alkmaar en het FACT-team van Lentis in Hoogezand. Als aanvullende locatie zijn in januari 2016 observaties en interviews gestart bij het Forensisch FACT-team van Dimence (Transfore) in Enschede. Dit onderzoek is op dit moment nog gaande en zal in een toekomstige update op dit rapport worden verwerkt.

### 2.1.3 DATA ANALYSE

Het onderzoeksmateriaal is in vijf opeenvolgende stappen geanalyseerd (thematische analyse, zie [https://en.wikipedia.org/wiki/Thematic\\_analysis](https://en.wikipedia.org/wiki/Thematic_analysis)):

1. *Gesloten codering aan de hand van de onderzoeksvragen.* Hierbij markeerde een onderzoeker alle voor de onderzoeksvragen relevante fragmenten in een transcript, verslag of dagboekje en voorzag deze van een code (bijv. “1B, 1C” als het fragment relevant was voor onderzoeksvragen 1B en 1C). Een aantal transcripten is op deze wijze door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar gecodeerd om de betrouwbaarheid van de codering te verifiëren.
2. *Clustering van de gemarkeerde fragmenten tot thema’s.* Per code (eerst 1, dan 1A, vervolgens 1B, etc.) zijn de geselecteerde fragmenten geclusterd op basis van inhoudelijke verwantschap. Dit gebeurde op papier, door alle fragmenten met de betreffende code uit te printen en te verspreiden op een grote tafel, en door vervolgens net zo lang te schuiven met de fragmenten totdat er clusters met duidelijke thema’s ontstonden. Het volledige team onderzoekers was bij deze stap betrokken om de ontstane clusters direct gezamenlijk te kunnen interpreteren.
3. *Omschrijving van de thema’s.* In deze stap is door de onderzoekers voor elk thema een korte naam en beschrijving gegenereerd. Naam en beschrijving vormen als het ware een samenvatting van alle bij het betreffende thema behorende fragmenten.
4. *Clustering van de thema’s.* Om de samenhang tussen de thema’s te vinden en de resultaten “in te dikken” tot een kernachtige beschrijving per onderzoeksvraag, is opnieuw een clustering uitgevoerd. Dit gebeurde opnieuw op papier, door alle themabeschrijvingen voor een bepaalde code (eerst 1, dan 1A, vervolgens 1B, etc.) uit te printen en te verspreiden op een grote tafel, en door vervolgens net zo lang te schuiven met de thema’s totdat er duidelijke clusters van thema’s ontstonden.
5. *Samenvatting van de geclusterde thema’s.* In deze stap is elk cluster van thema’s voorzien van een titel en beschrijving. Titel en beschrijving vormen een samenvatting van alle bij het cluster behorende thema’s. Het resultaat van deze stap treft u aan in het volgende hoofdstuk. Het doel van de onderzoekers was om hiermee een beschrijving van de resultaten te geven die (a) relevant is voor de vraagstelling van het project, (b) recht doet aan de rijkheid van het verzamelde materiaal, en (c) beknopt is en toegankelijk voor de doelgroep van zorgverleners in de GGZ.

In de analyse van het materiaal is waar mogelijk onderscheid gemaakt tussen uitspraken van zorgverleners die gaan over verwachtingen en uitspraken die gaan over ervaringen. Waar nodig is dit in de tekst expliciet aangegeven.

### 2.1.4 TOELICHTING OP DE SETTING VAN HET ONDERZOEK

In de meeste teams waar is geobserveerd en geïnterviewd wordt beeldbellen gepland ingezet, d.w.z. zorgverlener en cliënt kennen elkaar en plannen van tevoren wanneer het beeldbelcontact zal



plaatsvinden. Het E-Team van GGZ Noord-Holland-Noord vormt hierop een uitzondering. Het E-Team bestaat uit teamleden van verschillende FACT-teams in de regio die volgens een bepaald werkrooster een beeldbel-zorgpost bemensen. De zorgpost is op doordeweekse dagen tussen acht uur 's ochtends en acht uur 's avonds bereikbaar voor cliënten die ongepland willen inbellen, bijv. op een moment dat zij dat nodig hebben. Daar waar bepaalde bevindingen specifiek gelden voor gepland of juist voor ongepland contact wordt dit aangegeven in de tekst.

## 3 Resultaten

De resultaten in dit hoofdstuk zijn gestructureerd aan de hand van de onderzoeksvragen, zie ook paragraaf 1.2. Het nummer van de betreffende onderzoeksvraag is tussen rechte haken vermeld.

### 3.1 [1] Hoe verandert de zorgpraktijk door de inzet van beeldbellen?

Volgens zorgverleners leidt het gebruik van beeldbellen tot een cultuuromslag, een nieuwe manier van werken waarbij de cliënt meer verantwoordelijkheid krijgt en de rol van zorgverleners minder belangrijk wordt. Bij ongepland contact speelt mee dat de cliënt met verschillende zorgverleners (en verschillende benaderingen) te maken heeft.

### 3.2 [1A] Hoe worden deze veranderingen door zorgverleners en cliënten ervaren?

#### 3.2.1 HET DUIDEN/POSITIONEREN VAN EEN NIEUW MEDIUM

Zorgverleners ervaren beeldbellen als “net iets meer dan telefoneren”: je kunt zien hoe een cliënt erbij zit, wat het gesprek met hem of haar doet, en hoe de huiselijke omgeving eruit ziet. Vergeleken met het huisbezoek geven sommige zorgverleners aan dat ze via beeldbellen niets missen (het maakt voor hen geen verschil), anderen geven aan dat ze echt andere informatie krijgen en bepaalde informatie missen (lichaamstaal, huiselijke omgeving). Sommige zorgverleners ervaren beeldbellen als “harder werken”: het vraagt om actiever luisteren en observeren.

Beeldbellen kan goed worden ingezet bij het creëren van afstand en het verhogen van eigen autonomie. Het lijkt tot minder “hospitaliserend gedrag” (waarbij een cliënt of zorgverlener meer contact of informatie wil dan feitelijk nodig is) te leiden bij cliënt én zorgverlener. Gesprekken zijn bovendien korter en meer to-the-point. Door geregeld contact via beeldbellen voelen cliënten zich serieus genomen, ze kunnen hun verhaal kwijt. Voor cliënten biedt het de mogelijkheid voor contact in een veilige en prikkelarme omgeving.

#### 3.2.2 STADIA VAN GEWENNING: ACCEPTATIE, GEBRUIK, ROUTINE

Het gebruik van beeldbellen door zorgverleners wordt beïnvloed door onbekendheid of angst voor iets nieuws. Daarnaast is het wennen om jezelf tijdens een gesprek (soms onflatterend) in beeld te zien. Beeldbellen is voor velen nog geen routine en het is nog geen reguliere optie om te communiceren met cliënten. Beeldbellen heeft invloed op de dagindeling (agenda) van zorgverleners; dit vraagt om het maken van keuzes (bijvoorbeeld wel of niet bundelen van beeldbelgesprekken).

### 3.2.3 ONDUIDELIJKHEID OVER HET DOEL

Voor sommige zorgverleners (maar ook cliënten) is het doel van beeldbellen onduidelijk. Bij het starten zijn er door de organisatie geen criteria aangereikt voor het inzetten van beeldbellen. Ze ervaren druk vanuit de organisatie om het in te zetten en zien het als een bezuinigingsmaatregel. Voor anderen speelt dit niet en is beeldbellen een prettige manier om cliënten meer regie te geven.

Zorgverleners ervaren dat het voor veel cliënten belangrijk is om een praatje te kunnen maken. Over nut en noodzaak hiervan verschillen de meningen: een luisterend oor als bijdrage aan het welbevinden versus lukraak en niet-methodisch adviseren. Bij ongepland contact is het niet kennen van de geschiedenis van de cliënt lastig (bijvoorbeeld bij suïcidale gedachten). Daarnaast is er de vrees dat ongepland contact bij bepaalde doelgroepen kan leiden tot onbegrensd gebruik. In de praktijk blijkt dat deze vrees lang niet altijd bewaarheid wordt.

### 3.2.4 BIJKOMENDE VOOR- EN NADELEN

Een specifiek “beeldbelscherm” bij cliënten thuis wordt door hen soms als stigmatiserend beschouwd. De iPad biedt daarentegen voor cliënten enkele specifieke voordelen, zoals toegang tot email en internet, sociale media en spelletjes. Een voordeel voor zorgverleners is dat zij door beeldbellen minder bloot staan aan een omgeving die voor hen onprettig kan zijn, zoals in het geval van rokende cliënten.

### 3.2.5 GOED FUNCTIONERENDE TECHNIEK IS EEN HARDE RANDVOORWAARDE

Falende techniek (slechte of wegvallende verbindingen) wordt door zorgverleners ervaren als “funest” en “killing”. Ongebruiksvriendelijke applicaties werpen een flinke drempel op voor het gebruik.

## 3.3 [1B] Wat betekenen deze veranderingen voor de zorg die wordt verleend?

### 3.3.1 DE ZORG VERANDERT NIET; CONTACT MAKEN IS HET BELANGRIJKST

Volgens sommige zorgverleners verandert de zorg niet wezenlijk door beeldbellen. Contact maken is in hun ogen het belangrijkste, ongeacht het gebruikte communicatiemiddel.

### 3.3.2 DE AARD VAN HET GESPREK VERANDERT

Contacten via beeldbellen zijn korter, onderwerpen worden actiever gekozen, en er wordt minder over algemene zaken gesproken. Bij complexere gespreksonderwerpen wordt de benodigde diepgang niet altijd bereikt. Beeldbellen vraagt om alertheid op (andere) visuele signalen, en niet alle signalen komen goed door. Hierdoor vereist beeldbellen meer concentratie.

### 3.3.3 ONGEPLAND IS ONBEKEND

Bij ongepland contact kennen zorgverleners de cliënten die inbellen (aanvankelijk) niet. Zorg verlenen via beeldbellen is in bepaalde situaties (medicatie, suïcidale gedachten) lastig zonder de inhoud van het behandelplan te kennen. Beeldbellen is er dan vooral voor erkenning en advies; voor inhoudelijke vragen moet de cliënt alsnog de eigen behandelaar benaderen.

### 3.3.4 HET INITIATIEF VERSCHUIFT NAAR DE CLIËNT

Beeldbellen is inhoudelijk praktischer van aard en het creëert afstand waardoor de contactfrequentie vaak ook afneemt. Dit lijkt de zelfstandigheid van cliënten te bevorderen. Het initiatief om contact te maken verschuift (vooral bij ongepland contact) naar de cliënt. Volgens sommige zorgverleners brengt dit het risico met zich mee dat bepaalde cliënten ongebreideld contact opnemen. Zij zien hierin een reden om dit gedrag te begrenzen. Daarentegen wordt beeldbellen ook wel ingezet als middel om een cliënt te begrenzen die veelvuldig langskomt op kantoor.

### 3.3.5 AFSTEMMEN OP DE BEHOEFTE VAN DE CLIËNT

Beeldbellen zorgt voor meer flexibiliteit in tijdstip, frequentie en vorm van het contact met cliënten. Het biedt mogelijkheden om zorg beter af te stemmen op de wensen en behoefte van de cliënt. Ook door beeldbelafspraken bewust op bepaalde dagen te plannen (bijvoorbeeld voor en na het weekend) kunnen cliënten beter worden ondersteund. De zorgverlener is bij ongepland contact beter bereikbaar zodat er zorg en aandacht kan worden gegeven op het moment dat het nodig is. Beeldbellen maakt de zorg gemakkelijker omdat het laagdrempelig is en onmiddellijk beschikbaar. De extra mogelijkheden van de iPad dragen bij aan het welzijn van de cliënt omdat diens wereld ermee wordt vergroot.

### 3.3.6 DE CASELOAD KAN OMHOOG

Sommige zorgverleners spreken de verwachting uit dat er door de inzet van beeldbellen kan worden bespaard op reistijd en dat er meer cliënten door een zorgverlener begeleid kunnen worden.

## 3.4 [1C] Hoe gaan zorgverleners met deze veranderingen om?

### 3.4.1 ACCEPTEREN/OMARMEN

Zorgverleners verschillen in de manier waarop ze omgaan met verandering. Sommigen omarmen het, bij anderen roept het weerstand op. Oudere zorgverleners hebben de indruk dat jongere zorgverleners nieuwe technologie gemakkelijker oppakken dan zij zelf.

In het begin voelt het voor zorgverlener en cliënt ongemakkelijk om zichzelf in beeld te zien. De gesprekken gaan in dit stadium vaak over het beeldbellen zelf. Later went dit, en weet men de camera beter te positioneren.

Met name de iPad kan een nieuwe wereld openen voor de cliënt. Sommige zorgverleners ondersteunen hun cliënten hier actief bij, bijvoorbeeld door samen een emailadres aan te maken. Soms wordt richting cliënten benadrukt dat zij van het beeldbellen gebruik dienen te maken om de iPad met de bijbehorende mogelijkheden te mogen behouden.

### 3.4.2 AFSTEMMEN VAN CONTACTMOGELIJKHEDEN OP DE CLIËNT

Zorgverleners combineren beeldbellen met andere contactmogelijkheden (telefoneren, afspraken thuis of op kantoor, tijdens een wandeling) waarbij ze proberen aan te sluiten bij de cliënt. Aansluiten bij de cliënt betekent rekening houden met de behoefte aan een gesprek, de begeleidingsbehoefte, en praktische zaken als schooltijden van kinderen, rusttijden en hobby's. Soms betekent het: rekening houden met de wens van een cliënt om niet zichtbaar in beeld te zijn.

### 3.4.3 INPASSEN IN HET DAGELIJKS WERK

Het inpassen van beeldbellen in de dagelijkse praktijk heeft gevolgen voor de agenda van de zorgverlener. Het maakt daarbij uit of er sprake is van gepland of ongepland beeldbelcontact.

*Gepland contact.* Beeldbellen bespaart reistijd in vergelijking met het huisbezoek, waardoor het mogelijk is om meerdere opeenvolgende afspraken te plannen. Sommige zorgverleners maken zich zorgen omdat de reistijd tussen twee huisbezoeken in voor hen van nut is om op adem te komen.

*Ongepland contact.* Beeldbeldiensten kunnen ook ruimte geven aan zorgverleners om geplande beeldbelgesprekken te voeren of rapportages bij te werken. Beeldbelcontacten worden gerapporteerd in het behandelplan om collega's op de hoogte te houden. Omdat ongepland beeldbelcontact meestal wordt gebruikt voor het geven van erkenning, bevestiging, advies en als uitlaatklep voor cliënten, wordt het behandelplan er niet bij gebruikt (het is sowieso meestal niet direct voorhanden). Wel kunnen bepaalde situaties (complexere gesprekken, suïcidale gedachten) aanleiding geven om het behandelplan erop na te slaan, dan wel contact op te nemen met de behandelaar van de cliënt.

## 3.5 [1D] Op welke manier wordt beeldbellen ingepast in het behandelplan?

Behandelplannen worden vanuit het cliëntperspectief geschreven; zorgverleners geven aan dat beeldbellen alleen in het behandelplan zou moeten worden opgenomen als erover is gesproken met de cliënt en als blijkt dat deze er zelf wat mee wil. Sommige zorgverleners benoemen expliciet het

doel van een beeldbelgesprek in hun rapportage. Beeldbellen wordt door sommige zorgverleners bewust ingezet als één van de mogelijkheden voor contact. Voor anderen is dit minder vanzelfsprekend.

## 3.6 [1E] Waarom zetten zorgverleners beeldbellen in bepaalde situaties wel of niet (meer) in?

### 3.6.1 OM PASSENDE ZORG TE KUNNEN BIJEN

Zorgverleners geven aan dat niet het middel beeldbellen voorop moet staan, maar wat de cliënt nodig heeft (passende zorg). Vervolgens bekijken ze op welke manier die zorg verleend kan worden. Passende zorg houdt ook in: rekening houden met de situatie van de cliënt (bijvoorbeeld diens werktijden).

Beeldbellen kan goed helpen om enerzijds afstand te creëren als cliënten te afhankelijk worden (autonomie bevorderen), anderzijds om het contact te intensiveren (crisisituaties). Het kan een middel zijn om cliënten te begrenzen die veel aandacht vragen en veelvuldig contact zoeken. Voorts is het een goed middel om regelmatig contact te houden met cliënten, te volgen hoe het met ze gaat, ze structuur te bieden (bijvoorbeeld door het weekend voor- en na te bespreken) en ze te ondersteunen bij het behoud van stabiliteit. Beeldbellen is daarnaast goed te gebruiken bij aandoeningen waarbij zowel structuur bieden als frequent contact van belang zijn (bijvoorbeeld bij een bipolaire stoornis).

### 3.6.2 OMDAT HET WEL OF NIET BIJ DE CLIËNT PAST

Zorgverleners zetten beeldbellen in omdat cliënten het zelf willen en omdat zij qua persoon en aandoening passen binnen de doelgroep. Er zijn geen duidelijke inclusiecriteria beschikbaar, ook niet vanuit de organisatie. De door zorgverleners genoemde criteria om beeldbellen in te zetten zijn:

- Bij welke cliënten zien zorgverleners het “gebeuren”: welke cliënten willen het, vinden het leuk, of hebben enige computerervaring.
- Passen cliënten in de “doelgroep”. De doelgroep wordt niet nader omschreven maar belangrijk is dat cliënten meewerken en dat het voor hen een meerwaarde heeft.

Beeldbellen kan daarnaast handig zijn in de volgende situaties:

- voor het geven van ondersteuning op het moment dat het daadwerkelijk nodig is (bijvoorbeeld bij paniekaanvallen);
- als cliënten een uitlaatklep nodig hebben;
- ter voorkoming van opname van cliënten;
- bij crisis (opschalen van zorg);

- om cliënten weer op de rit te krijgen nadat ze in korte tijd ontregeld zijn geraakt;
- bij het afbouwen van een behandeling;
  
- bij nieuwe cliënten;
- als cliënten een klein sociaal netwerk hebben;
- bij kwetsbare cliënten (bijvoorbeeld psychose gecombineerd met beperkt cognitief functioneren);
- agressieve cliënten (waarbij de zorgverlener niet meer in huis kan komen);
  
- als huisbezoek niet mogelijk is (bijvoorbeeld als de cliënt rondzwerft);
- als de zorgverlener geen of te weinig tijd heeft voor huisbezoek;
- als zorg niet direct leverbaar is in de nieuwe omgeving van een cliënt die net verhuisd is;
- als aanvulling op andere manieren van contact;
  
- om cliënten te helpen herinneren bij medicatie inname;
- bij het voeren van verdiepende gesprekken met cliënten via beeldbellen n.a.v. psycho-educatie;
- bij cognitieve gedragstherapie.

Er zijn evenmin harde exclusiecriteria beschikbaar. Toch zetten zorgverleners beeldbellen in bepaalde situaties níet in. De door hen genoemde criteria zijn:

- als de cliënt niet wil meewerken aan controle op afstand van medicatie-inname;
- als de cliënt geen huisbezoek wil;
- bij cliënten met paranoïde angsten (bijvoorbeeld voor computers);
- als de cliënt achterdochtig is;
- als de cliënt de camera afplakt;
- als de cliënt beeldbellen als “hospitaliserend” ervaart.

### 3.6.3 VANUIT ORGANISATIEDRUK OF PRAGMATISME

Zorgverleners ervaren de druk vanuit de organisatie om beeldbellen vaker of intensiever in te zetten als onprettig en onwenselijk. De meerwaarde voor cliënten is voor hen belangrijker dan de bijdrage aan de doelstellingen van de organisatie. Toch zijn ze zich niet altijd bewust waarom ze beeldbellen inzetten; een duidelijke doelstelling ontbreekt. Maar dat geldt ook voor de inzet van andere contactmogelijkheden zoals huisbezoek, kantoorbezoek, telefoon en email.

Zorgverleners hebben ook pragmatische redenen om beeldbellen wel of niet in te zetten. Het past soms beter in het werkschema dan een huisbezoek (bijvoorbeeld als een cliënt ver weg woont), soms

juist niet (bijvoorbeeld als de zorgverlener onderweg is in de auto). Beeldbellen duurt korter en geeft daardoor ruimte in de caseload. Het kan worden ingezet ter bescherming van de eigen gezondheid (bij rokende cliënten). Beeldbellen is ook handig voor cliënten die snel overprikkeld raken van therapie in groepsverband.

### 3.7 [1F] Hoe maken zorgverleners deze afweging?

Afwegingen m.b.t. de inzet van beeldbellen worden door zorgverleners in overleg met cliënten gemaakt. Zorgverleners vinden het van belang om eerst te kijken wat de cliënt aan zorg nodig heeft en daarna te bekijken op welke wijze die zorg gegeven kan worden. Afwegingen worden gemaakt op basis van de aandoening en de gevolgen daarvan voor de cliënt. Zorgverleners geven aan dat zij zich steeds moeten blijven afvragen of beeldbellen (nog) wat bijdraagt aan de behandeling. Zo niet, dan moet stoppen met beeldbellen in principe ook tot de mogelijkheden behoren.

Evaluatiemomenten in het team kunnen een goede manier zijn om te bespreken waarom beeldbellen wel of niet kan worden ingezet, maar van deze mogelijkheid wordt nog weinig gebruik gemaakt.

### 3.8 [2] Wat is de meerwaarde van beeldbellen volgens zorgverleners?

De meerwaarde van beeldbellen blijkt voor zorgverleners soms lastig onder woorden te brengen. Beeldbellen wordt vaak vergeleken met de telefoon, waarbij het elkaar kunnen zien extra informatie geeft over de cliënt en diens directe omgeving. Dit maakt dat beeldbellen als persoonlijker wordt ervaren en dat het “gemakkelijker praat”.

Daar waar zorgverleners de meerwaarde van beeldbellen benoemen, kunnen twee aspecten worden onderscheiden: zorginhoudelijk en organisatorisch.

#### 3.8.1 ZORGINHOUDELIJKE MEERWAARDE

Beeldbellen biedt cliënten een laagdrempelige mogelijkheid om in contact te komen met zorgverleners. Dit stelt zorgverleners in staat om aan te sluiten bij de behoefte van de cliënt door ondersteuning te geven op het specifieke moment waarop het nodig is of uitkomt. Daarnaast biedt het de mogelijkheid om “nabijheid” te creëren: beeldbellen geeft cliënten een gevoel van veiligheid en biedt ze de mogelijkheid van een uitlaatklep (“praatje maken”, bevestiging zoeken) en het contact kan gemakkelijk geïntensiveerd worden bij crises.

In andere situaties biedt beeldbellen juist de mogelijkheid om de cliënt meer regie te geven. Een kort contact op het moment dat het nodig is, geeft cliënten weer even grip zodat ze zelf verder kunnen.



Tijdens de herstelfase maakt het cliënten onafhankelijker. Het kan ook worden ingezet om het contact af te bouwen of om afstand te creëren tot cliënten die veel aandacht vragen.

De specifieke meerwaarde van de iPad is dat het de cliënt extra mogelijkheden biedt (o.a. internet, spelletjes, sociale media) waardoor de leefwereld van cliënten wordt vergroot.

### 3.8.2 ORGANISATORISCHE MEERWAARDE

Beeldbellen wordt als efficiënter en flexibeler ervaren: het bespaart reistijd waardoor de mogelijkheid ontstaat om meer cliënten te helpen. Gesprekken zijn doelgerichter en korter (er wordt minder tijd besteed aan “sociale praatjes” vergeleken met het huisbezoek). Bij opschaling van zorg kunnen meerdere zorgverleners gemakkelijker begeleiding bieden aan dezelfde cliënt. Daarnaast hoeft de zorgverlener minder te worden blootgesteld aan ongewenste invloeden van de cliënt (agressie, roken).

## 3.9 [2A] Hoe kan de meerwaarde van beeldbellen in de praktijk worden benut?

Zorgverleners geven aan dat het van belang is dat zij door hun organisatie beter worden “meegenomen” in nieuwe ontwikkelingen (minder top-down). Zorgvuldig rapporteren over de doelstellingen van beeldbelgesprekken geeft minder ervaren collega’s inzicht in de meerwaarde van beeldbellen. Deelname van cliënten kan worden bevorderd door hen te “verleiden”, bijvoorbeeld door de bijkomende voordelen van de iPad te benadrukken.

## 3.10 [2B] Hoe kunnen onervaren zorgverleners hierin beter begeleid worden ?

Onervaren zorgverleners zouden gefaciliteerd moeten worden door hen extra tijd te geven voor het starten met beeldbellen, en door het wegnemen van administratieve drempels (zoals extra registraties).

## 3.11 [2C] Welke afwegingen maken zorgverleners ten aanzien van beeldbellen als er een nieuw zorgprogramma wordt ontworpen?

Zorgverleners benadrukken dat het van belang is om eerst te bekijken wat een cliënt nodig heeft en pas daarna welk middel of medium passend is. Sommige zorgverleners realiseren zich dat het omgekeerde ook mogelijk is en dat een nieuw medium mogelijkheden biedt voor het ontwikkelen van een nieuwe methode (bijvoorbeeld het thuis aanbieden van WRAP-therapie oftewel Wellness Recovery Action Plan) via beeldbellen voor cliënten die overprikkeld raken van therapie in groepsverband).

### 3.12 [2D] Aan welke kennis en vaardigheden rond het inzetten van beeldbellen is er behoefte bij zorgverleners?

Volgens zorgverleners moet er helderheid zijn over de te gebruiken methodiek en hoe beeldbellen methodisch kan worden ingezet en geëvalueerd. Ze hebben behoefte aan meer kennis over de meerwaarde van beeldbellen. Om beeldbellen goed te kunnen inzetten voor ongepland contact hebben zorgverleners behoefte aan kennis over de doelgroep, aandoening en sociaal netwerk van de cliënt. Praktijkervaring en *Fingerspitzengefühl* zijn belangrijke ondersteunende aspecten bij het inzetten van beeldbellen. De techniek is een belangrijk obstakel: het moet gemakkelijker te gebruiken zijn en beter gefaciliteerd worden, bijvoorbeeld door opleiding of training.

### 3.13 [2E] Hoe kunnen deze kennis en vaardigheden worden aangeboden of aangeleerd?

Er is door de onderzoekers in dit stadium van het onderzoek nog niet uitgebreid gesproken met zorgverleners over specifieke ondersteuningsopties; wel zijn enkele richtingen met hen verkend. Volgens zorgverleners is “verleiding” de beste wijze om ze mee te krijgen bij de invoering van beeldbellen. Intervisie (door de onderzoekers als optie genoemd) kan van nut zijn om de ervaringen met beeldbellen te delen binnen een team.

## 4 Discussie

### 4.1.1 DE ZORG VERANDERT NIET, OF TOCH WEL?

In de analyse is veel aandacht uitgegaan naar de vraag “hoe verandert de zorgpraktijk door de inzet van beeldbellen”. Zorgverleners blijken er desgevraagd heel verschillende meningen op na te houden. Volgens sommigen verandert de zorg niet wezenlijk door beeldbellen, immers de basis van de zorg blijft hetzelfde, namelijk contact maken met de cliënt - ongeacht het medium. Anderen beschrijven hoe het contact zelf wel degelijk verandert door het medium, dat het korter en zakelijker wordt, afstand creëert, en dat de benodigde diepgang niet altijd wordt bereikt. Ze noemen dat signalen “minder goed doorkomen” (vergeleken met het huisbezoek), dat ze “niets missen” (vergeleken met contact via de telefoon) of dat ze juist alert moeten zijn op andere signalen (wat dan weer extra concentratie vereist). Daarnaast zijn er de twee manieren waarop beeldbellen wordt ingezet (voor gepland en voor ongepland contact) die beiden tot eigen implicaties leiden voor de zorgpraktijk. Opvallend is dat zorgverleners soms heel verschillende visies hebben op (en zich soms maar ten dele bewust lijken van) wat deze veranderingen voor de zorg betekenen.

In het hierna volgende wordt dit geïllustreerd aan de hand van drie opvallende dilemma's die in het onderzoek naar voren zijn gekomen.

### 4.1.2 BEREIKBAARHEID VERSUS HERSTEL

De toegenomen bereikbaarheid die het gevolg is van de mogelijkheid tot ongepland contact lijkt niet zomaar verenigbaar met de herstelbenadering die vanuit de GGZ ook wordt gepropageerd. Uit de resultaten blijkt dat zorgverleners verschillende visies hebben op de twaalf-uurs bereikbaarheid (doordeweeks van 08:00 tot 20:00) die met de zorgpost van het E-Team van GGZ Noord-Holland-Noord mogelijk is gemaakt, en hoe dit zich verhoudt tot de herstelbenadering. Volgens sommige zorgverleners staat het haaks op de herstelbenadering waarbij cliënten gestimuleerd worden om het heft rondom hun geestelijk welzijn meer in eigen hand te nemen. Cliënten worden volgens hen juist afhankelijker gemaakt doordat er geen prikkel is om eerst bij zichzelf en/of hun eigen sociaal netwerk te rade te gaan. Dat zou in de ogen van deze zorgverleners nodig zijn vanuit de herstelbenadering. Andere zorgverleners zijn juist van mening dat de bereikbaarheid goed past bij de herstelbenadering, immers cliënten moeten nu zelf het initiatief nemen om contact met een zorgverlener op te nemen. En dat is volgens hen juist wat de herstelbenadering beoogt: de cliënt meer verantwoordelijkheid geven over het eigen geestelijk welzijn. Door contact op te nemen als de cliënt dat nodig heeft toont de cliënt initiatief (eigen regie) en werkt hij of zij zo aan het eigen herstel.

Bij sommige cliënten (en bij bepaalde aandoeningen) leidt de toegenomen bereikbaarheid tot het veelvuldig opnemen van contact. Cliënten zijn dan van mening dat zij het nodig hebben om

meermaals per dag contact op te nemen. Sommige zorgverleners accepteren dit en zien het als aandacht die deze cliënten nou eenmaal nodig hebben voor het eigen geestelijk welzijn. Andere zorgverleners denken daar (behoudens crisissituaties) anders over. Zij zijn van mening dat de laagdrempeligheid van het beeldbelcontact voor sommige cliënten leidt tot een ongewenst hoge contactfrequentie die averechts werkt met betrekking tot de eigen regie. Deze verwachting van “ongebreideld gebruik” is echter niet altijd terecht: het lijkt meer incidenteel op te treden dan dat het echt kan worden toegeschreven aan bepaalde groepen cliënten. Voor sommige cliënten is de aanwezigheid van een scherm en de mogelijkheid om contact op te kunnen nemen op zich al voldoende voor het eigen geestelijk welzijn. Het gevoel van veiligheid dat hieraan door hen ontleend wordt zorgt er dan voor dat zij geen behoefte hebben om daadwerkelijk contact op te nemen. “Uitschieters” lijken zich dus aan beide kanten van het spectrum voor te doen.

De discussie rondom eigen regie van cliënten en de frequentie van contact opnemen van cliënten doet zich voornamelijk voor bij ongeplande beeldbelcontacten. Bij geplande beeldbelcontacten lijkt het vergroten van eigen regie meer een nevenopbrengst te zijn; het wordt niet zo expliciet benoemd. Daarnaast is er veel minder angst voor het mogelijk ongebreidelde gebruik door cliënten. Voor zorgverleners kan het behulpzaam zijn om dit goed te monitoren en om steeds na te gaan of er sprake is van uitzonderlijke situaties of dat bepaald gedrag gemeengoed wordt. Afhankelijk van de uitkomst kan daarnaar gehandeld worden.

Deze discussie rondom toenemende bereikbaarheid van zorgverleners versus de herstelbenadering lijken zorgverleners nu individueel in te vullen. Zij passen hun begeleiding aan op hun individuele visie en lijken die niet met elkaar te delen of ter discussie te stellen. De vraag is of zorgverleners en organisaties deze praktijk wenselijk vinden en/of dat er juist naar meer bewustwording, consensus en eenheid gestreefd moet worden in de geboden begeleiding. Het aangaan van de onderlinge discussie hierover kan mogelijk meer helderheid geven.

#### 4.1.3 AFSTAND VERSUS NABIJHEID

Uit de resultaten komt naar voren dat beeldbellen voor verschillende doeleinden gebruikt kan worden. Enerzijds blijkt dat er door het inzetten van beeldbellen en het verminderen van huisbezoek een natuurlijke (letterlijke) afstand ontstaat waarbij cliënten meer eigen regie vertonen. Voor zorgverleners was dit nogal eens een onverwacht resultaat. Maar met dit resultaat in het achterhoofd zouden zorgverleners beeldbellen ook bewuster in kunnen zetten. Op het moment dat een cliënt gestimuleerd moet worden om het heft meer in eigen hand te nemen kan het inzetten van beeldbellen daartoe bijdragen. Hetzelfde geldt als de frequentie van contact (op kantoor langskomen, veelvuldig bellen) ingeperkt moet worden: ook dan kan beeldbelcontact nuttig zijn. Anderzijds blijkt uit de resultaten dat in geval van crises zorgverleners veelvuldig contact met een cliënt hebben omdat dat nodig is, omdat

zij nabij moeten zijn. Deze nabijheid is vaak niet te realiseren met huisbezoek, maar wel met beeldbellen. Beeldbellen kan dus in heel verschillende situaties en bij tegenovergestelde doelen adequaat ingezet worden. Dit vereist zorgverleners die zich bewust zijn van deze verschillende mogelijkheden en doelen.

#### 4.1.4 HET ONTBREKEN VAN EEN VOOROPGEZET ZORGINHOUELIJK DOEL

Bij de resultaten is al naar voren gekomen dat het doel van beeldbellen voor zorgverleners en cliënten soms onduidelijk is. Zorgverleners geven aan dat zij de meerwaarde van beeldbellen voor hun cliënten belangrijker vinden dan de bijdrage van beeldbellen aan de (besparings)doelstellingen van de organisatie. Toch ontbreken zorginhoudelijke doelen vaak - ze lijken in ieder geval niet door de organisatie te worden aangereikt - en er wordt evenmin op structurele wijze discussie over gevoerd tussen zorgverleners. Zorgverleners proberen ieder voor zich het wiel uit te vinden en lijken zich niet altijd bewust zijn waarom ze beeldbellen inzetten zoals ze dat doen. Hier en daar ontstaan nieuwe vormen van zorg (soms op individueel niveau, soms op teamniveau) die niet altijd als zodanig herkend worden. Aldus lijkt het middel het doel te creëren in plaats van andersom. Beeldbellen kan mogelijk een veel grotere meerwaarde hebben als het bewuster dan nu wordt ingezet in het kader van behandeldoelen. Hiervoor is het nodig dat zorgverleners op structurelere basis met elkaar reflecteren op hun doelstellingen en ervaringen met beeldbellen.

## 5 Conclusies en aanbevelingen

Uit het onderzoek blijkt dat beeldcommunicatie op twee manieren wordt ingezet, namelijk voor gepland en voor ongepland contact. Deze beide vormen hebben hun eigen specifieke kenmerken, beperkingen en sterkten. Beeldcommunicatie doet volgens de meeste zorgverleners iets met de zorg, al verschillen ze van mening over wat dat “iets” dan precies is. Zorgverleners hebben geen expliciete inclusie- en exclusiecriteria voorhanden; die lijken zij zelf - en voornamelijk individueel - te bepalen. Ook de meerwaarde van beeldcommunicatie is voor hen soms moeilijk onder woorden te brengen. Zorgverleners geven daarbij aan meer ondersteuning nodig te hebben, vooral bij het opstarten van beeldbellen.

Er lijken zich verschillende dilemma's rondom beeldcommunicatie voor te doen: de bereikbaarheid die met ongepland beeldcontact wordt gecreëerd lijkt strijdig met de gepropageerde herstelbenadering; zorgverleners kunnen beeldbellen inzetten voor tegenovergestelde doelen, zowel voor het creëren van nabijheid als afstand; en het ontbreekt aan vooropgezette expliciete zorginhoudelijke doelen voor het inzetten van beeldcommunicatie.

De bevindingen over de praktijk van beeldcommunicatie in de GGZ wijzen erop dat die praktijk versterkt kan worden met hulpmiddelen. De aansluiting van deze hulpmiddelen bij de wensen en behoeften van zorgverleners kan worden versterkt door de hulpmiddelen in nauwe samenwerking met diezelfde zorgverleners te ontwerpen. Aanbevelingen voor hulpmiddelen richten zich daarbij op de volgende onderwerpen:

1. Het bevorderen van bewustwording bij zorgverleners over het gericht inzetten van beeldbellen. Beeldbellen kan hierdoor bewust en (behandel)doelgericht worden ingezet. Dit kan bijvoorbeeld met behulp van:
  - Een digitaal hulpmiddel voor het bepalen wanneer beeldbellen wel of niet kan worden ingezet (bijvoorbeeld een screeningsinstrument op basis van een flowchart).
  - Een overzicht van de mogelijke meerwaarde van beeldbellen gerelateerd aan specifieke behandeldoelen (kan goed met vorige optie worden gecombineerd).
  - Filmpjes over de ervaringen van enthousiaste cliënten en zorgverleners.
  - Een casus, spel (serious game) of online training op basis van een cliënt-traject waarin verschillende aspecten een rol spelen (van crisis tot monitoren en praatje maken), met vragen die tot reflectie aanzetten. Bijvoorbeeld over de vraag welk medium op welk tijdstip ingezet zou kunnen worden.
  - Hulpmiddelen voor het faciliteren van intervisie over beeldbellen binnen teams.

2. Ondersteuning tijdens de startfase van het inzetten van beeldcommunicatie:

- Een digitaal hulpmiddel voor het starten met beeldbellen: een stappenplan met wat er nodig is, zoals techniek, toestemming cliënt, introductie, doel beeldbellen, etc.
- Beschrijvingen van zogenaamde “best practices”.
- Het inzetten van (voormalige) cliënten om startende cliënten te helpen (ook een “best practice”).
- Een digitaal hulpmiddel of een spel (serious game) om als zorgverlener mee te kunnen oefenen.

Genoemde hulpmiddelen zijn indicatief en zeker niet limitatief. In nauw overleg met zorgverleners uit de verschillende GGZ-instellingen gaan de onderzoekers in Fase 3 keuzes maken welke hulpmiddelen ontwikkeld moeten worden zodat zorgverleners zich beter toegerust voelen en meer weten over de (on)mogelijkheden van het inzetten van beeldcommunicatie in de GGZ.