

---

# Beeldbellen in de GGZ: inzichten uit de praktijk en instrumenten voor zorgverleners

---



Marijke Span, *Gemeente Súdwest-Fryslân, Sneek.* [M.Span@sudwestfryslan.nl](mailto:M.Span@sudwestfryslan.nl)

Aranka Dol, *Lectoraat New Business & ICT, Hanzehogeschool, Groningen.* [A.Dol@pl.hanze.nl](mailto:A.Dol@pl.hanze.nl)

Ruud Janssen, *Lectoraat ICT-innovaties in de Zorg, hogeschool Windesheim, Zwolle.* [TJWM.Janssen@windesheim.nl](mailto:TJWM.Janssen@windesheim.nl)

---

## Introductie

Beeldbellen wordt gezien als één van de oplossingen om de kosten van de geestelijke gezondheidszorg in de hand te houden en kwalitatief goede zorg te blijven leveren. Beeldbellen (ook wel bekend als beeldschermzorg of telezorg) is een vorm van zorg op afstand waarbij zorgverlener en cliënt met elkaar communiceren via een beeldscherm. Effectievere behandeling, doelmatiger werken en afname van reistijd worden gezien als enkele grote voordelen van zorg op afstand (GGZ Nederland, 2013). Overheden, zorgverzekeraars en GGZ-instellingen hebben beeldbellen en andere vormen van zorg op afstand vanwege deze voordelen tot een speerpunt van hun beleid gemaakt (Schippers & van Rijn, 2014). Hierdoor aangemoedigd, worden er veel pilots met beeldbellen uitgevoerd. Echte doorbraken blijven vooralsnog echter uit (Krijgsman et al., 2016).

In grootschalig onderzoek is inmiddels aangetoond dat de behandeling van bijvoorbeeld angststoornissen via beeldbellen effectief kan zijn. Daarnaast blijkt beeldbellen kostenbesparend doordat reistijden afnemen, maar ook omdat de coördinatie van zorg verbetert (Shore, 2013). Uit een randomized controlled trial naar telezorg in de langdurende GGZ blijkt dat de toevoeging van beeldbellen aan de reguliere zorg weliswaar een beperkt effect heeft, maar dat patiënten tevreden zijn over de zorg die met behulp van telezorg wordt geboden en dat zij het zien als een goede aanvulling op het reguliere contact (Hulsbosch et al., 2011). Minder bekend is wat de impact van beeldbellen is op zorgprocessen, therapeutische relaties, en behandeling (Shore, 2013). Bekend is dat beeldbellen invloed heeft op de aard en lengte van het gesprek, en op de relatie tussen cliënt en zorgverlener, en daarmee op de zorg die wordt gegeven (May et al., 2001; Turner, 2010; Janssen et al., 2015).

Om te onderzoeken wat beeldbellen nu precies 'doet' met de zorgpraktijk is een breed consortium van partijen in Noord-Nederland bestaande uit hogeschool Windesheim, de Hanzehogeschool, de Universiteit van Amsterdam, het Rob Giel Onderzoekscentrum, het Zorg Innovatie Forum en zeven GGZ-organisaties uit de noordelijke provincies (Accare, Dimence, GGZ Drenthe, GGZ Friesland, GGZ Noord-Holland-Noord, Lentis en Verslavingszorg Noord Nederland) een samenwerking aangegaan. Het onderzoek heeft een rijk en gedetailleerd beeld opgeleverd van de dagelijkse praktijk van beeldbellen in de GGZ. Op basis van de verkregen inzichten zijn instrumenten ontwikkeld die zorgverleners in de GGZ ondersteunen bij het inzetten van beeldbellen als onderdeel van hun zorgaanbod.

## Onderzoek

Het onderzoek is uitgevoerd bij drie FACT-teams en een forensisch FACT-team. De teams ondersteunen mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) en beeldbellen wordt door hen ingezet naast het gebruikelijke face-to-face contact. FACT is een vorm van langdurende zorg waarbij er flexibel ingespeeld dient te worden op de momentane zorgbehoefte. FACT-teams zijn multidisciplinair en de zorg die zij geven is assertief en outreachend. Het doel is om cliënten te begeleiden en te ondersteunen bij hun herstel (FACT Nederland, 2017a). Forensisch FACT onderscheidt zich doordat de cliënten die worden behandeld grensoverschrijdend gedrag (bijvoorbeeld agressief of seksueel problematisch gedrag) hebben vertoond of dreigen te vertonen. Het doel hierbij is het monitoren en verminderen van het risico op een delict (FACT Nederland, 2017b).

### **Box 1: Beeldbellen voor gepland of voor ongepland contact**

In de meeste teams waar het onderzoek heeft plaatsgevonden, wordt beeldbellen gepland ingezet. De zorgverlener en de cliënt kennen elkaar en plannen van tevoren wanneer het beeldbelcontact zal plaatsvinden. Eén team vormt hierop een uitzondering. Dit 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 van acht uur 's ochtends tot acht uur 's avonds bereikbaar voor cliënten die ongepland willen inbellen, bijv. op een moment dat zij dat nodig hebben.

Vanwege de aard van de te onderzoeken praktijk is gekozen voor een exploratieve en kwalitatieve onderzoeksbenadering: *exploratief* omdat beeldbellen een vrij recente ontwikkeling is, waarbij het nog onduidelijk is wat er precies gebeurt en verandert in de zorgpraktijk; *kwalitatief* omdat het onderzoek - om bruikbaar te zijn voor de praktijk - recht moet doen aan de diversiteit van die praktijk. Om deze redenen is gekozen voor methoden uit de etnografie; in dit geval een combinatie van observaties van beeldbelcontacten met open interviews (Pols, 2012).

Deze keuze heeft consequenties. Zo is het niet zinvol om te benoemen hoeveel personen een bepaalde opmerking hebben gemaakt aangezien elk gesprek een eigen verloop heeft gekend, en elke uitspraak van een zorgverlener even "waar" en waardevol is. Dit verklaart ook sommige ogenschijnlijke tegenstrijdigheden in de resultaten: er is geen eenduidige "ervaring" met beeldcommunicatie maar juist een rijke en gevarieerde diversiteit aan ervaringen en meningen.

Voor het verzamelen van gegevens is gekozen voor observaties van beeldbelcontacten tussen zorgverleners en hun cliënten en reflectieve interviews met zorgverleners. De combinatie 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. In totaal hebben er in de periode maart 2015 - april 2016 ruim 50 observaties, interviews en groepsinterviews plaatsgevonden met in totaal 31 zorgverleners en drie cliënten bij vier GGZ-instellingen. Hierbij is ca. 140 uur aan materiaal verzameld.

Het onderzoeksmateriaal, bestaande uit aantekeningen en transcripten, is stapsgewijs geanalyseerd door middel van thematische analyse (Boeije, 2005). Hierbij is gebruikgemaakt van codering (markering van interviewfragmenten die relevant zijn voor een bepaald aspect van het onderzoek) en clustering (groepering van gemarkeerde fragmenten op basis van inhoudelijke overeenkomsten). De analyse resulteerde in een groot aantal clusters die ieder een bepaald aspect van de praktijk van

beeldcommunicatie belichten en die gezamenlijk een rijk en gedetailleerd beeld van die praktijk opleveren.

### **Box 2: De gebruikte beeldbelapplicaties**

De volgende beeldbelapplicaties waren ten tijde van het onderzoek in gebruik:

- Vicasa van Simac. Dit systeem bestaat uit een aanraakscherm bij de cliënt thuis (de thuispost) en een aanraakscherm bij de zorginstelling (de zorgpost) waartussen een beeldbelverbinding tot stand wordt gebracht.
- De BeeldbelApp van Focus Cura. Deze app is geïnstalleerd op iPads die aan de cliënt en de zorgverlener ter beschikking worden gesteld. Zorgverlener en cliënt kunnen via de app een beeldbelverbinding tot stand brengen.
- Vidyo van MindDistrict. MindDistrict biedt deze module aan waarmee via een computer met webcam, laptop, tablet of smartphone een beeldbelverbinding tussen zorgverlener en cliënt tot stand kan worden gebracht.

### **Vier inzichten in de praktijk**

Het onderzoek laat zien dat beeldbellen op heel diverse manieren en terreinen invloed heeft op de zorgpraktijk in de GGZ. Opvallend is dat zorgverleners heel verschillende visies hebben op wat deze veranderingen voor de zorg betekenen. Over de resultaten wordt gedetailleerd verslag gedaan in Janssen et al. (2016) en van Hout (2016). We bespreken hier vier opvallende inzichten.

#### **1. De zorg verandert niet, of toch wel?**

In het onderzoek is veel aandacht uitgegaan naar de vraag hoe de zorgpraktijk verandert door de inzet van beeldbellen. De geïnterviewde zorgverleners blijken hier heel verschillende meningen op na te houden. Volgens sommigen verandert de zorg niet wezenlijk door beeldbellen. De basis van de zorg blijft hetzelfde, namelijk contact maken met de cliënt, ongeacht het medium.

*Nee, ik vind helemaal niet dat de zorg erdoor verandert. Ik vind dat je contact moet kunnen maken met mensen, dat vind ik gewoon het belangrijkste in ons werk. Hoe kom ik in contact met iemand? Daar draait het in mijn hele beleving om.*  
(respondent K; gepland contact)

Andere zorgverleners beschrijven hoe het contact wel degelijk verandert door het medium. Beeldbellen creëert afstand, het contact wordt korter en zakelijker, en de benodigde diepgang wordt tijdens een beeldbelgesprek niet altijd bereikt.

*Een huisbezoek van een half uur is kort, maar een beeldbelcontact van een kwartier is lang. Soms rond je na tien minuten het gesprek al af. Bij iemand thuis heb je een langer gesprek omdat je meer informatie binnenkrijgt. Je gaat toch wat meer dingen af.* (respondent R; ongepland contact)

Zorgverleners noemen ook dat signalen zoals lichaamstaal en huiselijke omgeving minder goed doorkomen, dat ze alert moeten zijn op andere signalen, en dat dit extra concentratie vereist.

*Het werk verandert echt hierdoor. Als je een huisbezoek vervangt door beeldbellen dan heb je echt andere informatie. En als je al jaren gewend bent om je informatie te halen uit alle dingen die je om je heen ziet daar in huis, dan is dat echt wel een omslag. Mensen denken daarom dat ze informatie missen die van belang is, bijvoorbeeld een opgeruimd huis of andere mensen in huis en hoe de rollen dan zijn.*  
(respondent T; ongepland contact)

## **2. Bereikbaarheid versus herstel**

Zorgverleners blijken verschillende visies te hebben op de twaalf-uurs bereikbaarheid die met de zorgpost bij één van de GGZ instellingen mogelijk is gemaakt. Volgens sommige zorgverleners staat dit haaks op de herstelbenadering waarbij cliënten gestimuleerd worden om het heft rondom hun geestelijk welzijn meer in eigen hand te nemen (Boevink, 2017). Cliënten worden volgens hen juist afhankelijker gemaakt doordat er geen prikkel is om eerst bij zichzelf of hun eigen sociaal netwerk te rade te gaan. Andere zorgverleners zijn juist van mening dat de bereikbaarheid goed aansluit bij de herstelbenadering. Door contact op te nemen als de cliënt dat nodig heeft, toont de cliënt initiatief en werkt hij of zij zo aan het eigen herstel.

*Zorgverlener: Als je het bekijkt vanuit het herstelperspectief dan is beeldbellen eigenlijk een mooie toevoeging. Dat mensen zelf kunnen bepalen: ik ga nu iemand spreken of niet.*

*Interviewer: Ik hoor ook collega's die juist vanuit dat herstelperspectief zeggen van ja, het feit dat je altijd contact kunt maken, dat kan ook inhouden dat cliënten dat sneller doen dan eigenlijk zou moeten?*

*Zorgverlener: Dat vind ik niet. Ik vind het niet zo veel uitmaken. (respondent T; ongepland contact)*

De toegenomen bereikbaarheid leidt incidenteel tot het veelvuldig opnemen van contact door een cliënt. Er zijn zorgverleners die dit accepteren en het zien als aandacht die deze cliënten nou eenmaal nodig hebben voor het eigen geestelijk welzijn. Andere zorgverleners denken daar 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.

*Voor de cliënten is het goed dat er beeldbellen is maar of je iedereen van die dienst gebruik moet laten maken dat blijft voor mij een grijs gebied. We hebben herstel hoog in het vaandel. Zijn wij er dan voor om een dagelijks praatje te maken of moeten cliënten dit zelf gaan organiseren? (respondent H; ongepland contact)*

Ook het tegenovergestelde komt voor: voor sommige cliënten is de aanwezigheid van een scherm en de mogelijkheid om contact op te kunnen nemen op zich al voldoende voor het behoud van 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.

## **3. Afstand versus nabijheid**

Uit het onderzoek komt naar voren dat beeldbellen voor uiteenlopende doeleinden gebruikt kan worden, maar dat zorgverleners zich hier niet altijd even bewust van zijn. Enerzijds blijkt dat er door het inzetten van beeldbellen en het verminderen van huisbezoek een natuurlijke afstand ontstaat waarbij cliënten vaak meer eigen regie vertonen. Dit was voor zorgverleners nogal eens een onverwacht gevolg.

*Deze mevrouw, daar kwam ik voorheen wekelijks op huisbezoek en dat ging wringen, omdat zij daar juist afhankelijker van leek te worden. Daar is door het beeldbellen meer afstand gecreëerd. Nu zie ik haar met beeldbellen om de twee weken. Als het moeilijker gaat dan wil ze liever huisbezoek, maar ik denk dat ik haar nu niet vaker dan eenmaal per maand thuis zie, meestal minder. En ze ziet ook een beetje tegen beeldbellen op, dus als het even lekker gaat dan zegt ze af. Zo van: het gaat eigenlijk goed, kunnen we volgende week afspreken? Dus in het kader van de eigen autonomie en het zelf bepalen van wat je nodig hebt is het echt van grote meerwaarde. (respondent L; gepland contact)*

Anderzijds blijkt dat zorgverleners in geval van crises veelvuldig contact met een cliënt hebben omdat dat nodig is. De gewenste nabijheid blijkt vaak niet te realiseren met uitsluitend huisbezoek, maar wel in combinatie met beeldbellen.

*Ik vind ook dat je beeldbellen ook heel goed in crisissituaties kunt inzetten. Ik heb iemand met een bipolaire stoornis gehad. Die was manisch, werd drukker en drukker. Dan kun je wat met structuur doen. Dan hoeft je er niet elke dag naar toe. Dan kun je wel 's ochtends even contact hebben en aan het eind van de dag even contact hebben. Dat, nou ja, verkort het wel. (respondent K; gepland contact)*

Beeldbellen kan dus in heel verschillende situaties en bij schijnbaar tegenovergestelde doelen worden ingezet. Bijvoorbeeld als een cliënt gestimuleerd moet worden om het heft meer in eigen hand te nemen of als de frequentie van contact verminderd moet worden. Dit vereist echter dat zorgverleners zich bewust zijn van deze verschillende mogelijkheden en doelen, bijvoorbeeld door te reflecteren op hun ervaringen en die met elkaar te delen.

#### **4. Het ontbreken van een zorginhoudelijk doel**

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 worden niet door de organisatie aangereikt en er wordt evenmin op structurele wijze discussie over gevoerd tussen zorgverleners onderling. De geïnterviewde zorgverleners lijken ieder voor zich het wiel uit te vinden, en ze lijken zich niet altijd bewust te zijn waarom ze beeldbellen inzetten zoals ze dat doen.

*Stel dat ik zeg: het loopt toch voor geen meter met beeldbellen, we gaan ermee stoppen. Dan kan ik moeilijk beargumenteren hoe jammer dat is. Dan blijft het contact met hem wel via huisbezoek en telefoon. En ja, dan vind ik dat een gemiste kans. Maar ik weet niet hoe zwaar hij (cliënt) dat ervaart. (respondent C; gepland contact)*

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. Vaak verschuift dit naar de achtergrond door de aandacht die wordt gevraagd voor technische en organisatorische zaken die spelen rond de implementatie van beeldbellen en door de hectiek van de dag.

*Zorgverlener: In het begin is het wel zo geweest, dat die evaluatiemomenten er nog waren. Maar daar ben ik eigenlijk zelf nooit bij geweest.*

*Interviewer: En die zijn er nu niet meer?*

*Zorgverlener: Nee. We hebben een paar beeldbellers, en verder gaat het er eigenlijk nooit over. Dat gaat zo in de waan van de dag. (respondent L; gepland contact)*

### **Box 3: De voordelen van beeldbellen zoals genoemd door ervaren beeldbellers**

Zorginhoudelijk:

- Laagdrempelige mogelijkheid voor cliënten om in contact te komen met zorgverleners.
- Aansluiten bij de cliënt: ondersteuning bieden op het moment dat het nodig is of uitkomt.
- Natuurlijke manier om contact af te bouwen tijdens de herstelfase.
- Het bieden van veiligheid of een uitlaatklep.
- Creëren van nabijheid: intensiveren van het contact bij crises.
- Creëren van afstand: stimuleert de cliënt tot meer regie.

Organisatorisch:

- Besparing van reistijd, meer cliënten helpen in dezelfde tijd.
- Gesprekken zijn doelgerichter en korter; minder tijd kwijt aan 'praatjes'.
- Minder blootstelling aan ongewenste invloeden (agressie of roken van cliënt).
- Makkelijker inzetten van meerdere zorgverleners bij dezelfde cliënt (bijv. bij opschaling zorg).

### **Drie instrumenten voor zorgverleners**

Uit het voorgaande blijkt dat zich verschillende vragen of dilemma's rond de inzet beeldbellen voordoen. Beeldbellen verandert de zorg maar zorgverleners verschillen van mening over het wat en hoe van deze veranderingen. De bereikbaarheid die met de beeldbelzorgpost van één van de teams wordt gecreëerd lijkt strijdig met de herstelbenadering. Zorgverleners kunnen beeldbellen inzetten voor uiteenlopende en ogenschijnlijk tegenstrijdige doelen, maar ze lijken zich hiervan niet altijd even bewust. En het ontbreekt aan expliciete zorginhoudelijke doelen voor het inzetten van beeldbellen.

Deze inzichten wijzen erop dat de praktijk versterkt kan worden door de bewustwording bij zorgverleners over het gericht inzetten van beeldbellen te bevorderen. Hiertoe zijn in de periode mei 2016 tot en met juni 2017 volgens de principes van participatief ontwerp (Spinuzzi, 2005) stapsgewijs en in intensieve samenwerking met zorgverleners uit de betrokken teams drie instrumenten ontwikkeld:

- Een animatie die aan de hand van enkele voorbeelden laat zien wat beeldbellen in een bepaalde situatie of voor een bepaalde patiënt kan betekenen.
- De app Samenspraak die helpt om de dialoog met de patiënt aan te gaan over de vraag welke vormen van contact het beste bij hem passen, bij zijn situatie en zijn zorgvraag.
- Zes beeldbelverhalen die reflectie en intervisie stimuleren over vragen en dilemma's die spelen rond het inzetten van beeldbellen.

De drie instrumenten zijn samen met de overige onderzoeksresultaten beschikbaar gemaakt via de website [www.beeldbellenindeggz.nl](http://www.beeldbellenindeggz.nl).

#### **1. Animatie**

De animatie (zie Figuur 1) is bedoeld om zorgverleners te inspireren: wat zou beeldbellen in een bepaalde situatie of voor een bepaalde patiënt kunnen betekenen? Uit het onderzoek is gebleken dat technische en organisatorische zaken die spelen rond de implementatie van beeldbellen zeker in het begin veel aandacht vragen van zorgverleners. Zorginhoudelijke doelen en aspecten blijven hierdoor onderbelicht. De animatie kan worden gebruikt om de discussie over zorginhoudelijke doelen van beeldbellen binnen een team aan te moedigen. Wat willen het team met beeldbellen bereiken? Wat zijn situaties of zorgvragen waarbij beeldbellen waardevol kan zijn voor patiënt en zorgverlener?



*Figuur 1: Schermopname van de animatie*

## **2. Samenspraak**

Uit het onderzoek is gebleken dat zorgverleners en patiënten zich meer bewust zouden kunnen zijn van de mogelijkheden en beperkingen die de diverse vormen van contact (fysiek én digitaal) hen bieden c.q. opleggen. De app Samenspraak (zie Figuur 2) is bedoeld om zorgverlener en patiënt samen een afgewogen keuze te laten maken: welke vormen van contact passen er bij de patiënt, zijn situatie en zijn zorgvraag? Hiertoe wordt de app geopend en de telefoon of tablet op tafel gelegd zodat het scherm leesbaar is voor zowel zorgverlener als patiënt.

*Figuur 2: De app Samenspraak:  
Hier rechts een kaartje met een vraag over het contact,  
Hieronder een kaartje met voordelen en aandachtspunten voor een bepaalde vorm van contact.*

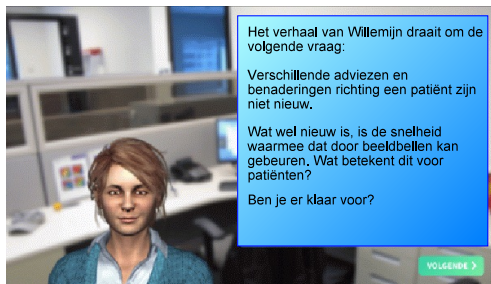


De app bestaat uit een reeks schermen ("kaartjes") waartussen gewisseld kan worden. Sommige kaartjes bevatten vragen en suggesties over het doel van het contact, andere kaartjes benoemen de voordelen van en aandachtspunten voor specifieke vormen van

contact. De kaartjes kunnen in willekeurige volgorde worden bekeken. De vragen of suggesties op de kaartjes kunnen worden gebruikt in het gesprek met de patiënt.

### 3. Beeldbelverhalen

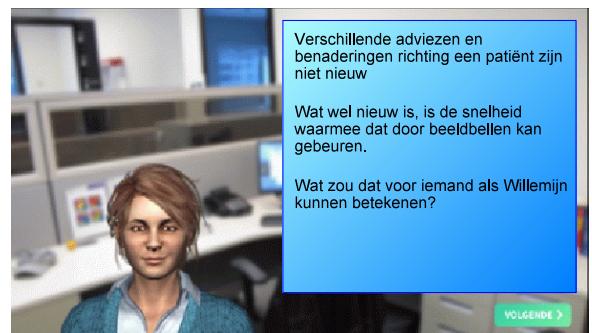
De beeldbelverhalen (Figuur 3) zijn grafisch vormgegeven beeldbelgesprekken die draaien om vragen of dilemma's die spelen rond het inzetten van beeldbellen. Elk verhaal wordt ingeleid met een korte situatieschets. In de verhalen staan één of meer beeldbelgesprekken centraal. Na afloop worden er vragen gesteld over het dilemma dat in het verhaal naar voren is gekomen. Het doel hiervan is om zorgverleners aan te zetten tot reflectie en de intervisie hierover in de teams te ondersteunen.



*Figuur 3: De structuur van een beeldbelverhaal: een inleiding waarin de context van het gesprek wordt toegelicht (links), het beeldbelgesprek zelf (midden) en de vragen over het gesprek (rechts).*



De verhalen zijn gebaseerd op de dagelijkse praktijk van beeldbellen in de GGZ. De gesprekken komen overeen met situaties die tijdens het onderzoek zijn geobserveerd en/of in interviews met zorgverleners zijn besproken.



### Conclusie

Er spelen helaas nog altijd veel technische en organisatorische belemmeringen rond de implementatie van beeldbellen in de GGZ. Ook in dit project hebben de onderzoekers daar veel voorbeelden van gezien. Desalniettemin zijn wij er op basis van de verzamelde resultaten van overtuigd geraakt dat beeldbellen in potentie een grote toegevoegde waarde kan hebben voor de zorg aan patiënten. Het is aan zorgverleners in de GGZ om die meerwaarde proefondervindelijk te verkennen, te reflecteren op hun ervaringen en hun inzichten met elkaar te delen.



De resultaten van dit onderzoek - de ontwikkelde instrumenten in het bijzonder - kunnen hierbij mogelijk een ondersteunende rol spelen. Het is aan zorginstellingen om zorgverleners in hun zoektocht naar de meerwaarde van beeldbellen te faciliteren. In de eerste plaats door hen hiervoor voldoende tijd en gelegenheid te geven.

De ontwikkelde instrumenten zijn daarnaast uitermate geschikt om te worden ingezet in het onderwijs aan toekomstige professionals. Het is van groot belang dat zij al in een vroeg stadium vertrouwd raken met, en deskundig worden op het gebied van digitale communicatievormen in zorg en welzijn.

## **Dankwoord**

De auteurs bedanken de meer dan veertig zorgverleners en teamleiders die aan het onderzoek en de ontwikkeling van de instrumenten hebben meegewerkt. Dank ook aan Annemarie van Hout, Marjolein Verburch, Judith Kaptein, Sjoerd Sytema en Lian van der Krieke voor hun bijdragen aan het onderzoek.

---

## **Literatuur**

- Boeije H. (2005). Analyseren in kwalitatief onderzoek. Den Haag: Boom.
- Boevink W. (2017). HEE: Over Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid in de psychiatrie. Proefschrift. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- FACT Nederland (2017a). Wat is FACT? Bron: [www.f-actnederland.nl/wat-is-f-act](http://www.f-actnederland.nl/wat-is-f-act).
- FACT Nederland (2017b). Forensisch FACT. Bron: [www.f-actnederland.nl/f-act-forensisch](http://www.f-actnederland.nl/f-act-forensisch).
- GGZ Nederland (2013). Een analyse van de verwachte kosten en baten van eHealth. Blended behandelen en begeleiden. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Hout A. van, Janssen R., Hettinga M., Pols J. & Willems D. (2016). Good telecare: on accessible mental health care. *International Journal On Advances in Life Sciences*, vol. 8, no. 3 & 4, pp. 214-221.
- Hulsbosch L., Tamis-Ten Cate P., Nugter A. & Kroon H. (2011). Zorg op afstand in de langdurende geestelijke gezondheidszorg. Een randomized controlled trial naar telezorg bij GGZ Noord-Holland-Noord. Utrecht: Trimbos.
- Janssen R., Prins H., Hout A. van, Nauta, J., Hettinga M., Krieke, L. van der & Sytema, S. (2015). Videoconferencing in mental health care. Professional dilemmas in a changing health care practice. *Proceedings eTELEMED 2015*, Lissabon, Portugal, pp. 1-5.
- Janssen R., Span M., Hout A. van, Dol A. (2016). Beeldcommunicatie in de GGZ. Onderzoeksrapport over fase 1 en 2. Zwolle: Windesheim.
- May C., Gask L., Atkinson T., Ellis N., Mair F. & Esmail, A. (2006). Resisting and promoting new technologies in clinical practice: the case of telepsychiatry. *Social Science Medicine*, vol. 52, no. 12, pp. 1889-1901.
- Krijgsman J., Swinkels I., Lettow, B. van, Jong J. de, Out K., Friele R. & Gennip L. van (2016). eHealth-monitor 2016. Meer dan techniek. Den Haag/Utrecht: Nictiz/Nivel.
- Pols J. (2012). Care at a distance. On the closeness of technology. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Schippers E. & Rijn M. van (2014). Kamerbrief over eHealth en zorgverbetering. Bron: [www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2014/07/02/kamerbrief-over-e-health-en-zorgverbetering](http://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2014/07/02/kamerbrief-over-e-health-en-zorgverbetering)
- Shore J. (2013). Telepsychiatry: videoconferencing in the delivery of psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*, vol. 170, no. 3, pp. 256-262.
- Spinuzzi C. (2005). The methodology of participatory design. *Technical Communication*, vol. 52, no. 2, pp. 163-174.
- Turner J. (2010). Telepsychiatry as a case study of presence: do you know what you are missing? *Journal of Computer-Mediated Communication*, vol. 6, no. 4.