

*De toekomst van opleiden in zorgtechnologieën voor de verslavingsprofessional*

Een vertaling van kennis, houding en vaardigheden van werken met zorgtechnologie bij Novadic-Kentron en het Trimbosinstituut naar een onderwijsaanbod voor het GET-Lab, Avans Hogeschool.





**Onderzoek**

Titel: De toekomst van zorgtechnologie in de verslavingszorg

Ondertitel: Een vertaling van kennis, houding en vaardigheden van werken met zorgtechnologie bij Novadic-Kentron en het Trimbosinstuut naar een onderwijsaanbod voor het GET-Lab, Avans.

**Auteur**

Voornaam: Iris (I.P.C)

Achternaam: van Vlimmeren

Studentnummer: 2088886

**Opleiding**

Onderwijsinstelling: Avans Hogeschool

Academie: Academie voor Sociale Studies Breda

Opleiding: Maatschappelijk Werk en Dienstverlening

Coach: Fred Bon

Eerste beoordelaar: Frank Philippart

**Opdrachtgever**

Afstudeerorganisatie: Avans Hogeschool, Gezondheids- en Technologie lab

Begeleider: Miriam Reelick

Functie: Projectleider Gezondheids- en Technologie lab

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een automatisch gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

© Copyright 2018, Avans Hogeschool Breda.

Iris van Vlimmeren

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoek:

**‘de toekomst van opleiden in zorgtechnologieën voor de (aankomend) verslavingsprofessional’.**

Het onderzoek is uitgevoerd in het kader van mijn afstudeeropdracht van de opleiding Maatschappelijk werk en dienstverlening met als opdrachtgever Avans Hogeschool Breda, het Gezondheids- en Technologie lab, onderdeel van het lectoraat Active Ageing. Dit onderzoek is uitgevoerd bij Novadic-Kentron en het Trimbosinstituut in de periode februari 2018 t/m juli 2018.

De opdracht is voorgelegd door het Gezondheids- en Technologielab, deze opdracht heb ik direct met twee handen aangepakt. In samenwerking met Miriam Reelick en Fred Bon is er een leidende onderzoeksvraag gevormd. Ik wil hen daarom ook in het bijzonder bedanken voor hun inspirerende woorden, het altijd actief betrokken zijn bij het onderzoek en een vangnet zijn tijdens het onderzoek. Ik wil Kim Akkers van het GET-Lab ook bedanken, voor het meedenken tijdens lastige momenten in het onderzoek. De steun van iedereen heeft ervoor gezorgd dat ik dit onderzoek heb kunnen afleveren!

Het onderzoek heeft veel bijgedragen aan mijn persoonlijke ontwikkeling en heeft opnieuw een passie aangewakkerd voor het vak. Met dit onderzoek heb ik dan ook zeker niet het gevoel dat het klaar is maar op een nieuw startpunt staat!

Ik wens u veel leesplezier

**‘Zie uitdagingen, als kansen!’**

***Samenvatting***

Zorgtechnologie is onmisbaar in het beroep nu en in de toekomst, toch worden er nog geen aankomend verslavingszorgprofessionals opgeleid met zorgtechnologieën, terwijl zorgtechnologie veel voordelen kan hebben voor het zorgproces voor de cliënt. Het Gezondheids- en Technologie Lab binnen Avans Hogeschool Breda richt zich nu voornamelijk nog op de doelgroep ouderen. Hier moet verandering in komen, waar een onderwijsaanbod voor de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening gericht op het werken met zorgtechnologie moet komen.

Het doel van dit onderzoek is om te achterhalen welke kennis, vaardigheden en houding ten opzichte van zorgtechnologie er nodig is om dit in de behandeling ten behoeve van de cliënt in te kunnen zetten. Hiervoor is de leidende onderzoeksvraag geformuleerd: ‘met welke kennis, houding en vaardigheden ten opzichte van de inzet van zorgtechnologie bij Novadic-Kentron en het Trimbosinstituut kunnen een onderwijsaanbod vormen voor (aankomend) verslavingszorgprofessionals binnen het Gezondheids- en Technologie Lab?’.

Om een antwoord te geven op deze vraag is er een kwantitatief onderzoek uitgevoerd in de vorm van half-gestructureerde interviews binnen Novadic-Kentron en een deskresearch binnen het Trimbosinstituut. De respondenten zijn allen werkzaam bij de organisaties en werkzaam op verschillende lagen in de organisatiestructuur.
Er is antwoord gezocht naar kennis door huidige ontwikkelingen in zorgtechnologie in kaart te brengen binnen het Trimbosinstituut en Novadic-Kentron. Welke vaardigheden en houding er nodig zijn is voornamelijk onderzocht binnen Novadic-Kentron.

Uit de antwoorden blijkt dat er nog een handelingsverlegenheid en onwennigheid ten opzichte van het inzetten van zorgtechnologie bestaat bij de professionals, terwijl zij veel voordelen zien ter bevordering van de behandeling voor de cliënt. Het lijkt dat een begeleiding en kennismaking met zorgtechnologie een grote handelingsverlegenheid kan verminderen bij de aankomend professional.

Op basis van de antwoorden van de respondenten en het vooronderzoek wordt het aanbevelen om zo snel mogelijk een lesaanbod te implementeren in het curriculum van de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening. Dit lesaanbod bestaat uit een kennismaking met zorgtechnologie, welke in het eerste jaar al geïmplementeerd zou moeten worden. In samenwerking met Avans Hogeschool zou zorgtechnologie op meerdere integratieniveaus terug moeten komen om aankomend professionals op te leiden naar bewust bekwaam technologische zorginterventies in te kunnen laten zetten. Met dit onderzoek wordt dus vooral de noodzaak belicht om actie te ondernemen om studenten voor te bereiden op het werken met zorgtechnologie. Niet alleen voor de verslavingszorg, maar voor alle werkvelden binnen het maatschappelijk werk lijkt het noodzakelijk. Hiervoor zal er een herziende blik van Avans Hogeschool moeten komen op het curriculum waar zorgtechnologie een plaats in gaat vinden.

***Inhoudsopgave***

*1. Inleiding*……………………………………………………………………………………………………..9

 1.1. Aanleiding……………………………………………………………………………………………….
 1.2. Context..…………………………………………………………………………………………………

*2. Probleemstelling…….*…………………………………………………………………………………11

 2.1. probleembeschrijving…………………………………………………………………………….
 2.2. doelstelling…………………………………………………………………………………………….

*3. Methodologische verantwoording*…………………………………………………………….14
 3.1. Inleiding…………………………………………………………………………………………………
 3.2. Interviews……………………………………………………………………………………………..
 3.2.1. Ontwerpactiviteiten…………………………………………………………………………..16
 3.2.2. Respondenten…………………………………………………………………………………...17
 3.2.3. Wervingsstrategie………………………………………………………………………………18
 3.2.4. Data-analyse……………………………………………………………………………………….

3.3. Deskresearch………………………………………………………………………………………….19
 3.3.1. Respondenten…………………………………………………………………………………….
 3.3.2. Data-analyse………………………………………………………………………………………20

 3.4. Validiteit………………………………………………………………………………………………..21
 3.4.1. Resultaatsvaliditeit…………………………………………………………………………….
 3.4.2. Procesvaliditeit………………………………………………………………………………….
 3.4.3. Democratische validiteit……………………………………………………………………
 3.4.4. Dialogische validiteit………………………………………………………………………….
 3.4.5. Katalyserende validiteit……………………………………………………………………..
 3.4.6. Begripsvaliditeit…………………………………………………………………………………

 3.5. Betrouwbaarheid…………………………………………………………………………………..22

*4. Resultaten*…………………………………………………………………………………………………23
 4.1. Inleiding…………………………………………………………………………………………………
 4.1.1. Zorgtechnologie…………………………………………………………………………………
 4.1.2. Behandeling……………………………………………………………………………………….25
 4.1.3. Scholing……………………………………………………………………………………………..26
 4.1.4. Beleid…………………………………………………………………………………………………27
 4.1.5. Ethisch……………………………………………………………………………………………….
 4.1.6. Juridisch…………………………………………………………………………………………….28
 4.1.7. Methodiek…………………………………………………………………………………………
 4.1.8. Ontwikkelingsmogelijkheden…………………………………………………………….

4.2. Deskresearch………………………………………………………………………………………….30
 4.2.1. Doel/hulpvraag…………………………………………………………………………………..
 4.2.2. Belangen…………………………………………………………………………………………….
 4.2.3. Naamsbekendheid……………………………………………………………………………..
 4.2.4. Doelgroep…………………………………………………………………………………………..

*5. Conclusies*…………………………………………………………………………………………… 33
 5.1. Conclusie deelvragen……………………………………………………………………….
 5.1.2. Conclusie onderzoeksvraag………………………………………………………….. 34

*6. Aanbevelingen*……………………………………………………………………………………..35

*7. Innovatie*……………………………………………………………………………………………..36
 7.1. Inleiding……………………………………………………………………………………………
 7.1.1. Hoofd- en deelvragen……………………………………………………………………
 7.1.2. Ontwerpeisen………………………………………………………………………………..37
 7.1.3. Ontwerpvorm………………………………………………………………………………..
 7.1.4. Het ontwerp………………………………………………………………………………….38
 7.1.5. Testen en verzamelen …………………………………………………………………..39

*8. Rapporten en presenteren*……………………………………………………………………40
 8.1. Inleiding…………………………………………………………………………………………….
 8.2. Doelgroepsbepaling…………………………………………………………………………..
 8.3. Onderzoeksresultaten communiceren en presenteren……………………..
 8.4. Implementatiestrategie…………………………………………………………………….41

*9. Evaluatie*……………………………………………………………………………………………….42
 *Literatuurlijst*…………………………………………………………………………………………….43

**Bijlagen**

I inleiding interviews…………………………………………………………………………………44
II Topic lijst………………………………………………………………………………………………..45
III Logboeken onderzoek…………………………………………………………………………..47
IV Horizontale vergelijking…………………………………………………………………………51
V Aantal besproken topics…………………………………………………………………………62
VI Interview 1……………………….…………………………………………………………………..63
VII Interview 2……………………….………………………………………………………………….70
VIII Interview 3……………………….…………………………………………………………………75
IX Inclusie- en exclusiecriteria……………………….…………………………………………. 81
X Kijkkader deskresearch………………………………………………………………………….83
XI Lesvoorbereidingsformulier………………………………………………………………….85

***Terminologie***Om veelgenoemde termen in dit onderzoek te verduidelijken en eenzelfde definitie aan te houden, zijn hier de termen uitgeschreven.

*Sociale technologie*
Movisie omschrijft sociale technologie als een verzamelnaam voor alle technologische middelen die worden ingezet binnen het sociale domein. Hierin zien zij sociale technologieën als een middel om de hulpverlening te versterken, het verbeteren van het zelf organiserend vermogen van zowel cliënt als professional en het vergroten van de mogelijkheden tot uitwisseling van kennis en ervaring (Movisie, 2018). In het onderzoek worden wel meerdere definities van sociale technologieën door onderzoekers aangehaald, hierin wordt ook internettechnologie of zorg- en welzijnstechnologie als term genoemd. De definitie van Movisie zal in dit onderzoek worden aangehouden.

*Zorgprofessionals*
In dit onderzoek worden termen genoemd die duiden op eenzelfde bedoelde groep, namelijk de zorgprofessionals binnen de verslavingszorg en de geestelijke gezondheidszorg. De verslavingszorg is een specialisatie binnen de geestelijke en gezondheidszorg (GGZ, 2018).

 *Reality technology*
Met Reality Technology wordt een cliënt deels of volledig ondergedompeld in een gesimuleerde omgeving. Reality Technology is de verzamelnaam voor de verschillende vormen; Augmented Reality (AR), Virtual Reality(VR) en Mixed Reality(MR) (Vilans, 2018). In het onderzoek zal voornamelijk gebruik worden gemaakt van de termen Reality Technology en Virtual Reality, deze termen mogen worden gelezen met dezelfde definitie.

*E-Health*
Schalken et al. (2010) definiëren online hulpverlening als hulp die geboden wordt bij sociale, maatschappelijke of psychische problemen, waarbij van internettechnologie gebruik wordt gemaakt. Deze hulp kan bestaan uit; informatie, advies, begeleiding, ondersteuning, behandeling of nazorg (Schalken et. al., 2010). In het onderzoek wordt E-Health ook omschreven als online hulpverlening. Onder E-Health kan ook M-Health (Mobile-Health, bijvoorbeeld apps) worden verstaan (Smeets et al., 2014).

*Leefstijlmonitoring (Quantified Self)*
Wordt omschreven als zelfmeetapparatuur voor beweeg- en leefpatronen. Een voorbeeld is een sensorennetwerk in een woning om de bewegingsactiviteiten te monitoren (Vilans, 2018).

*Robotica*
Ook wel te noemen als zorgrobots. Zij worden gezien als een middel met diverse mogelijkheden binnen de zorg. Een robot kan bijvoorbeeld cliënten gezelschap houden of helpen herinneren aan medicatie inname, hierin worden zowel de zorgprofessional als de cliënt ondersteund (Vilans, 2018).

*Domotica*
Wordt ook wel als Do It Yourself omschreven. Domotica zijn apparaten of toepassingen die worden aangestuurd door bijvoorbeeld een smartphone. Domotica wordt ook wel huisautomatisering genoemd. Bijvoorbeeld sensoren in de vloer wanneer iemand is gevallen. Zowel in zorginstellingen als bij mensen thuis wordt het steeds meer ingezet ter verbetering van de zorg en ter ontlasting van de zorgprofessional (Verwey, 2016).

*Serious Gaming*
Bij Serious Gaming worden game concepten ontwikkeld die tijdens behandelingen kunnen worden ingezet om gedragsverandering, motivatie of bewustwording te bewerkstelligen (GGZ, 2018).

***Hoofdstuk 1 inleiding***

* 1. *Aanleiding*

ICT&Health (2017) zegt: “Digitale en andere innovaties kunnen onze gezondheid verbeteren en onze zorg efficiënter maken. De toepassing van nieuwe technologie in de zorg blijft echter achter vergeleken met andere sectoren”. Technologie heeft een flinke groei doorgemaakt de afgelopen vijftien jaar binnen het sociale domein, het blijkt dat dit zekere veranderingen met zich meebrengt in de manier waarop hulpverlening wordt aangeboden (Schalken et. Al., 2015). Professionals maken een transitie mee in het veranderen van houding, vaardigheden en kennis ten opzichte van sociale technologieën (Van Zeeland 2014, Limper 2014). In een bewegende maatschappij kan sociale technologie een toekomst hebben, al lijkt dit nog steeds vragen op te roepen bij organisaties hoe dit een functie in het werk kan hebben (Vilans, 2018).

Binnen Avans is het Gezondheid- en Technologie lab (hierna GET-Lab) al meerdere jaren bezig om zorg- en welzijnstechnologie meer ingebed te krijgen binnen Avans Hogeschool. Hierin wordt aangegeven door opdrachtgever Louis Neven en het GET-Lab dat deze inbedding vooral gericht is op ouderen en verpleegkundige studenten. In de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) aanvraag beschrijft Avans dat een van de doelstellingen van het in 2014 gestarte lectoraat Active Ageing er is om de zorg van ouderen te verbeteren door nieuwe innovaties binnen het beroepsdomein en de hieraan gekoppelde implementaties. De nadruk van de implementatie van zorgtechnologieën zal liggen op het versterken van professionele vaardigheden (Stichting Avans, 2014).

Het GET-Lab wilt een uitbreiding van het huidige onderwijsaanbod waar zorg- en welzijnstechnologieën ingezet kunnen worden om een breder scala aan professionals te kunnen opleiden, hierin zien zij graag een verkennend onderzoek naar huidige ontwikkelingen van zorg- en welzijnstechnologieën binnen de verslavingszorg. In een verkennend onderzoek naar ontwikkelingen van sociale technologieën binnen de verslavingszorg, zal deze specifiek gericht zijn op Novadic-Kentron en het Trimbosinstituut. In een kort verkennend onderzoek is namelijk bekend geworden dat zij vooruitstrevend zijn in meerdere samenwerkingsverbanden naar wetenschappelijk onderzoek op het gebied van zorgtechnologieën.

* 1. *De context*

Het onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van Neven, van het lectoraat: Active Ageing. In het rapport: ‘*Innoveren voor actieve ouderen’*, is door Neven beschreven dat het lectoraat is opgezet in opdracht van de Academie voor gezondheidszorg.
De opdracht luidde om vraagstukken op het gebied van technologie in de zorg zowel met interne als externe partners op te pakken. Het doel is om sociaalwetenschappelijke onderzoeken interdisciplinair te verrichten, innoveren binnen de gezondheidszorg en bij te dragen aan verbreding van het onderwijsaanbod (Neven, 2015). Interdisciplinair wordt hierin gedefinieerd als het integreren van inzichten uit andere vakgebieden, waardoor nieuwe kennis ontwikkeld wordt (I. Oskam& P. Souren, 2017).
Vanuit het lectoraat is er een leer- en ontmoetingsplaats ontstaan, het GET-Lab. Dit GET-Lab is met hetzelfde doel opgestart als het lectoraat, namelijk interdisciplinair samenwerken, drempelvrees rondom technologische ontwikkelingen wegnemen bij zorgprofessionals maar het voornaamste doel: een adequate uitvoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (hierna Wmo). Dit door het verbeteren van deskundigheid, vaardigheden en kennis van (aankomende) zorgprofessionals (Neven, 2015). De Wmo is op 1 januari 2007 in werking getreden, het Sociaal en Cultureel Planbureau beschrijft het doel van de Wmo als: ‘de zelfredzaamheid en participatiemogelijkheden van burgers te bevorderen en de sociale samenhang en leefbaarheid op lokaal niveau te versterken’ (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010).

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zal er nader onderzoek worden gedaan binnen Novadic-Kentron en het Trimbosinstituut.
Novadic-Kentron is de expert in verslavingskunde en -zorg in Brabant. Verslavingszorg is een gespecialiseerde vorm van geestelijke en lichamelijke gezondheidszorg, hierna GGZ (GGZ Nederland, 2018). Er wordt dichtbij de cliënt hulp geboden bij alle verslavingen aan genotmiddelen (alle soorten drugs en alcohol) en niet-gerelateerde middelen (gokken, gamen, seks, internet). Deze hulp komt in de vorm van; preventie, onlinebehandeling, kortdurende en intensieve zorg (Novadic-Kentron, 2018).
Uit een verkennend onderzoek via Stichting Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (hierna NISPA) is gebleken dat Novadic-Kentron nauw verbonden is met de stichting, waar onder andere wetenschappelijk onderzoek in een team van meerdere instellingen wordt gedaan in zorg- en welzijnstechnologieën. Werkend en nauw betrokken bij Novadic-Kentron zoals professor C. de Jong en senior onderzoekers Laura DeFuentes-Merillas en Boukje Dijkstra zitten dan ook in het bestuur van de NISPA (Nispa, 2018).
Novadic-Kentron werkt sinds 2017 samen met acht verslavingszorginstellingen en onder andere het Trimbos-onderzoeksinstituut als Verslavingskunde Nederland. Zij werken aan onderzoek en opleiding, innovatie en uniforme werkwijzen. Bij innovaties wordt als programmacoördinator A. van der Poel van het Trimbosinstituut benoemd. Innovatie wordt hierin geformuleerd als een programma waarin het doel is: eerder te signaleren door onderdelen van preventie en zorg te digitaliseren en landelijke beschikbare interventies te implementeren (Verslavingskunde Nederland, 2018).

*Hoofdstuk 2 probleemstelling*

* 1. *Probleembeschrijving*

In zowel de ouderenzorg als de GGZ zijn er cliënten die probleemgedrag vertonen, toch zijn er grote verschillen in de mate waarin technologie wordt ingezet (Zorg en Zeggenschap, 2009). In dit artikel wordt benadrukt dat vooral binnen de ouderenzorg technologie een steeds bekender begrip is geworden en dit binnen de GGZ nog uit lijkt te blijven.
In onze bevolking lijdt ongeveer 20% aan misbruik van of verslaving aan een genotsmiddel. Dit is een vergelijkbaar percentage met bijvoorbeeld depressies of angststoornissen. In tegenstelling tot depressies of angststoornissen lijkt er op verslaving nog steeds een groot taboe te rusten, wordt dit vaak nog niet (h)erkend en in de doofpot gestopt (Novadic-Kentron, 2018).

tabel 1: Aantal gebruikers 2012

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Middel** |  | **Gebruikers** | **Verslaafden** | **Behandeling** |
| Tabak (nicotine) |  | 4.400.000 | 3.700.000 (84%) | nihil |
| Alcohol |  | 9.800.000 | 800.000 (8%) | 30.000 (4%) |
| Benzodiazepines |  | 1.000.000 | 350.000 (35%) | nihil |
| Cannabis |  | 400.000 | 80.000 (20%) | 4.000 (5%) |
| Xtc |  | 70.000 | Onbekend | 250 |
| Cocaïne |  | 55.000 | 20.000 (36%) | 6.000 (30%) |
| Heroïne |  | 26.000 | 24.000 (92%) | 17.000 (71%) |
| Amfetamine / speed |  | 25.000 | Onbekend | 800 |
| Gokken |  | 5.000.000 | 60.000 (1%) | 6.000 (10%) |
| Internet / Gamen |  | 12.000.000 | 50.000 (<1%) | nihil |

(bron; Trimbos, 2012).

Het verminderen van behandeling van verslaving wordt steeds belangrijker gezien de schade die verslaving oplevert vooral voor het individu en zijn/haar omgeving, maar ook als maatschappelijk belang. Zo heeft het KPMG Nederland onderzoek gedaan naar de schade van verslaving op zowel maatschappelijk als individueel niveau. Deze berekening kwam uit op 2,6 miljard euro per jaar. Zij benoemen dat de grootste kosten zitten in het gebied van slechtere prestaties, ziekte en verzuim.
Daarnaast brengt het in de gezondheidszorg en in handhaving kosten met zich mee (KPMG, 2001).
Om de maatschappelijke kosten te verlagen, ziekte te verminderen en het welzijn van het individu te bevorderen is vroeg ingrijpen van belang. Novadic-Kentron zet daarom preventie, Community Reinforcement Approach (CRA) als werkende methodiek en nieuwe technologieën zoals online behandeling in (Novadic-Kentron, 2018). Vilans benoemt dat zorgtechnologie de zelfredzaamheid en veiligheid van cliënten kan versterken, de doelgerichtheid van professionals vergroten en het contact tussen cliënt en professional bevordert (Vilans, 2018). Het maakt de hulpverlening doelgerichter, waardoor er tijd overblijft waar het echt over draait volgens FME (2017): ‘aandacht voor de mens’. Daarnaast kan het volgens Nivel (2018) ook bijdragen op het gebied van organisatie, communicatie en inhoud van de zorg. Technologie is volgens Hogeschool Utrecht daarom ook onmisbaar in het beroep voor nu maar vooral voor in de toekomst (HU, 2017).

Binnen het GET-Lab is het huidige onderwijsaanbod nog te veel gericht op ouderen. Er worden nu dan ook geen (aankomend) zorgprofessionals binnen de verslavingszorg met zorgtechnologieën opgeleid, terwijl dit wel als onmisbaar in het beroep wordt gezien.
Projectleider van het GET-Lab, Miriam Reelick, benoemt dan ook duidelijk te willen weten hoe zij wel de (aankomend) verslavingsprofessional kunnen opleiden door een nieuw geïntegreerd onderwijsaanbod.

Het lijkt daarom noodzakelijk om de kennis, houding en vaardigheden vanuit de huidige professional van Novadic-Kentron te onderzoeken en de huidige ontwikkelingen vanuit kenniscentrum het Trimbosinstituut aan het onderwijsaanbod toe te voegen voor het GET-Lab, maar vooral voor de aankomend professional. De aankomend professional kan met een nieuw onderwijsaanbod gericht op zorgtechnologie kennis maken met het werk, zodat de nieuwe professional een scala aan competenties kan vergaren om de behandeling nog effectiever te laten slagen!

* 1. *Doelstelling*

Het doel van het onderzoek is het onderwijsaanbod van het GET-Lab uit te breiden door een vertaalslag te maken naar welke vaardigheden en kennis er nodig zijn en welke houding verslavingszorgprofessionals bij Novadic-Kentron en het Trimbosinstituut hebben in het werken met zorgtechnologie. Nieuwe aankomend professionals kunnen opgeleid worden en adequaat in het werkveld aan de slag met zorgtechnologie. Naast de uitbreiding van het onderwijsaanbod kunnen ook huidige zorgprofessionals opgeleid worden in zorgtechnologie, er worden er mogelijkheden gecreëerd om duurzame samenwerkingsverbanden met werkveld en scholen tot stand te brengen.

* 1. *Vraagstelling*

De hoofdvraagstelling die voortvloeit uit het onderzoeksdoel is:

 **‘‘Welke kennis, houding en vaardigheden ten opzichte van de inzet van zorgtechnologie bij Novadic-Kentron en welke huidige ontwikkelingen binnen het Trimbosinstituut kunnen toegevoegd worden aan het onderwijsaanbod van het GET-Lab voor (aankomend) zorgprofessionals?’.**

Om deze hoofdvraagstelling te kunnen beantwoorden, zijn onderstaande deelvragen van belang:

1. Welke zorgtechnologieën worden al ingezet in de behandeling binnen Novadic-Kentron en welke ontwikkelingen spelen er?
2. Welke ontwikkelingen in zorgtechnologieën zijn er bij het Trimbosinstituut?
3. Welke kennis, vaardigheden en houding heeft de (aankomend) verslavingszorgprofessional nodig om te kunnen werken met zorgtechnologieën?
4. Wat is er nodig om een nieuw onderwijsaanbod te creëren voor (aankomend) verslavingszorgprofessionals binnen het GET-Lab?
5. Welke juridische kaders en ethische dilemma’s spelen een rol bij de inzet van zorgtechnologie?

**Hoofdstuk 3 Methodologische verantwoording**
 *3.1 Inleiding*

De leidende onderzoeksvraag luidt: ‘‘Welke kennis, houding en vaardigheden ten opzichte van de inzet van zorgtechnologie bij Novadic-Kentron en welke huidige ontwikkelingen binnen het Trimbosinstituut kunnen toegevoegd worden aan het onderwijsaanbod van het GET-Lab voor (aankomend) zorgprofessionals?”.

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is er voor zowel kwalitatief als deskresearch onderzoek gekozen. Een kwalitatief onderzoek wordt ingezet om inzicht te krijgen in opvattingen, ervaringen en interpretaties van anderen. In dit onderzoek kan er geen kwalitatief onderzoek worden uitgevoerd, omdat er niet wordt gewerkt met een vergelijking van getallen, maar een vergelijking van woorden (Van der Donk& Van Lanen, 2014). Onder deskresearch wordt verstaan het verzamelen en analyseren van secundaire data. Dit is data door andere onderzoekers al verzameld. Voorbeelden zijn rapporten, jaarverslagen of onderzoeken. Deskresearch kan een onderzoek op zichzelf zijn, er hoeft hier geen fieldresearch uit te komen (afstudeerconsultant, z.d.). Dit onderzoek kan worden gelezen als een beschrijvend en evaluerend onderzoek. Van der Donk en Van Lanen benoemen een beschrijvend onderzoek als een veranderingsproces in gang zetten door te beschrijven welke ervaringen bij anderen hierin spelen, dit zou een startpunt kunnen zijn voor vervolgonderzoek. Het evaluerende karakter van het onderzoek komt naar voren in dat er naast de ontwikkelingen van zorgtechnologie en de ervaring van zorgprofessionals, er ook huidige al geïmplementeerde zorgtechnologieën (bijvoorbeeld E-Health) bevraagd worden van zowel Novadic-Kentron als het Trimbosinstituut (van der Donk& van Lanen, 2014).

In het onderzoek is ervoor gekozen om kwalitatief onderzoek en een deskresearch aan elkaar te koppelen om een vollediger antwoord te krijgen op de onderzoeksvragen vanuit een praktische- en een theoretische invalshoek. Om een onderwijsaanbod te integreren haalt Zorgpact (2018) aan dat er nieuwe competenties worden gevraagd van de huidige en toekomstige professionals. Hierin is er een consensus bereikt over het begrip competentie: “een vermogen dat kennis-, houdings- en vaardigheidsaspecten omvat, om in concrete taaksituaties doelen te bereiken.” (Luken, Schokker, 2002, p. 5). Om een volledig beeld te kunnen schetsen van welke competenties er noodzakelijk zijn om een onderwijsaanbod te vormen De kwalitatieve onderzoeksmethoden worden in de onderstaande paragrafen toegelicht.

*3.2 Interviews*

Een van de kwalitatieve onderzoeksmethoden die in het onderzoek is ingezet, is bevraging. Om te bevragen zijn er veel verschillende vormen. In dit onderzoek is er gekozen om een half-gestructureerd interview te houden aan de hand van een topic-lijst met optionele vragen.

Deze individuele interviews geven antwoord op de deelvragen:

* Welke zorgtechnologieën worden al ingezet in de behandeling binnen Novadic-Kentron en welke ontwikkelingen spelen er?
* Welke kennis, vaardigheden en houding heeft de (aankomend) verslavingszorgprofessional nodig om te kunnen werken met zorgtechnologieën?
* Wat is er nodig om een nieuw onderwijsaanbod te creëren voor (aankomend) verslavingszorgprofessionals binnen het GET-Lab?
* Welke juridische kaders en ethische dilemma’s spelen een rol bij de inzet van zorgtechnologie?

Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvragen is er voor de onderzoekster gekozen voor een half-gestructureerd interview. Van der Donk & Van Lanen (2017) omschrijven de voordelen van een half-gestructureerd interview: de respondent heeft veel mogelijkheid om zelf op de onderwerpen in te gaan, je kan als onderzoeker veel verschillende antwoorden verwachten waardoor je veel data ontvangt en je hebt meer zicht op de belangen voor de onderwerpen van de respondent. Nadelen kunnen zijn dat de data minder makkelijk te analyseren is dan een vergelijking in getallen.
In het onderzoek werd er vooral gezocht naar de ervaringen van de huidige professionals in het werkveld over welke ontwikkelingen er zijn en welke competenties hiervoor nodig, het is daarom juist van belang dat de respondenten zelf zoveel mogelijk konden vertellen over de onderwerpen die zij als belangrijk zien.

Voor de interviews is er gekozen voor individuele interviews omdat er meerdere disciplines worden bevraagd: een beleidsmedewerker, een psycholoog en een behandelaar. Van der Donk en van Lanen (2014) noemen dit ook wel een selectie via de aspectenmethode, waar het onderwerp via meerdere invalshoeken wordt belicht. Deze disciplines werken vaak op andere locaties, andere werktijden en hierin worden meerdere lagen van de organisatiestructuur bevraagd waardoor er vanuit een micro-, meso-, en macroniveau gekeken wordt. Zo staat de behandelaar dichterbij de cliënt dan een beleidsmedewerker en wordt ook deze invalshoek bekeken vanuit beleidsperspectief en hulpverlenersperspectief. Verder dragen de individuele interviews bij aan dat de respondenten ieder ander niet kunnen beïnvloeden in de antwoorden en is de onderzoekster nieuwsgierig naar individuele uitspraken. Ook draagt deze manier van interviewen eraan bij dat de respondent zelf input kan geven en geeft het mogelijkheden voor de onderzoekster om door te vragen en een flexibele houding aan te nemen (Saunder et. al, 2011). In de individuele interviews is er rekening gehouden met de plaats van het interview, zo is er een rustige plek uitgekozen, op de plek naar keuze van de respondent waar diegene zich op zijn/haar gemak voelt. Er is ook rekening gehouden met het tijdstip, zo is er geen een interview aan het einde van de werkdag voor de respondent afgenomen. Hierin is gelet op concentratie en eerdere eventuele gebeurtenissen van die dag, die de respondent zou kunnen beïnvloeden.

*3.2.1. Ontwerpactiviteiten*

Om het interview vorm te geven is er gebruik gemaakt van een topic lijst. De topic lijst is tot stand gekomen door onderdelen van de onderzoeksvragen te laten terug komen in de onderwerpen, hierbij zijn door de onderzoekster optionele vragen opgesteld.

Om de topic lijst te valideren voor gedegen onderzoek, heeft er een pretest plaatsgevonden met twee proefrespondenten. Een pretest wordt door Segers (2002) omschreven als vraagstellingen voorleggen aan proefrespondenten om te checken of vraagstellingen wel goed worden begrepen en de juiste antwoorden worden verkregen. Na deze pretest werd de onderzoekster duidelijk dat er nog aanpassingen nodig waren aan de topiclijst. Er werd duidelijk dat niet alle onderwerpen scherp genoeg waren aangesneden om antwoord te krijgen op de leidende onderzoeksvraag, zo bleef het perspectief van benodigde competenties en de invalshoek vanuit de cliënt onvoldoende beantwoord en werd het begrip zorgtechnologie niet eenzijdig geïnterpreteerd. Er werd ook duidelijk bij de onderzoekster dat het onderwerp beleid geen aparte topic hoeft te zijn bij alle respondenten omdat zij niet allemaal beleidsmatig bezig zijn in het beroep. Er is daarom voor gekozen om dit alleen een aparte topic te laten zijn bij de beleidsmedewerker. In de pretest is direct besproken met de proefrespondenten hoe zij het hebben geïnterpreteerd en zijn er aanpassingen gemaakt voor de benodigde interviews met de respondenten.

Volgens Van der Donk en van Lanen (2017) heeft ook ieder goed interview een inleiding, kern en slot. In de inleiding van dit interview is er rekening gehouden met de definitie van begrippen zoals bijvoorbeeld ‘zorgtechnologie’. In de inleiding heeft de onderzoekster ook rekening gehouden met het op het gemak stellen van de respondent, door eerst voor te stellen en de praktische kant van het interview door te nemen met de respondent. Dit wordt ook wel de warming-up genoemd (Van der Donk& Van Lanen, 2017). Het inleidend stuk van het interview is opgenomen in bijlage I.

Het interview met de respondenten is uiteindelijk opgebouwd uit zeven onderwerpen in de topiclijst (zie bijlage II) waarbij optionele vragen zijn opgesteld die volgens de proefrespondenten nu wel goed geïnterpreteerd werden. Al deze zeven onderwerpen zijn tenminste besproken met de drie respondenten.

*3.2.2. Respondenten*

Voor de korte periode van dit onderzoek is het onmogelijk gebleken om alle professionals die werken met zorgtechnologie binnen Novadic-Kentron te bevragen. Het is daarom een noodzaak om te werken met een steekproef, van der Donk en van Lanen (2017) definiëren dit als een kleine groep die een afspiegeling is van de grotere groep. Hierin benoemen zij de representatieve steekproef, waarbij de onderzoekspopulatie zo veel mogelijk overeenkomsten heeft met de grotere populatie.

Voor het onderzoek is er gebruik gemaakt van meerdere methoden van selecte steekproeftrekkingen: het sneeuwbalsysteem en reputatiemethode. Via de eerste respondentenselectie was er bij de onderzoekster bekend geworden dat de eerste respondent bekend is met zorgtechnologieën via HRM. Via het sneeuwbalsysteem en de daaraan gekoppelde reputatiemethode heeft de onderzoekster bevraagd aan de eerste respondent, wie nog meer zou kunnen optreden als respondent. Hierin is er gevraagd om op meerdere niveaus van de organisatiestructuur te bevragen, waaruit ook een behandelaar en een psycholoog kwamen.
De meerdere niveaus in een organisatie ziet de onderzoekster als een afspiegeling van de grotere onderzoekspopulatie, omdat na verdiepend onderzoek duidelijk is geworden dat alle professionals in een zekere mate werken met zorgtechnologie (E-Health). Aanvullend hierop zijn de respondenten voortkomend uit de sneeuwbalmethode vooral aangedragen door de reputatie die zij hebben in zorgtechnologie, zij zijn namelijk in hogere mate op de hoogte van ontwikkelingen volgens de eerste respondent.
Het contact met de respondenten is vastgelegd in de logboeken in bijlage III.

*3.2.3. Wervingsstrategie*
Om het interview aantrekkelijk te maken voor de geïnterviewden is er gekozen voor een wervingsstrategie. Een wervingsstrategie wordt omschreven als het rekening houden met de belangen van de respondenten. Zo kan je vaak als onderzoeker deze deelnemers beter bereiken (Van der Donk en van Lanen, 2017).
In dit onderzoek heeft de wervingsstrategie op een immateriële en materiële wijze plaatsgevonden, al was de materiële beloning nog niet bekend bij de deelnemers vooraf de interviews. De deelnemers zijn op de hoogte gebracht van het belang van dit onderzoek, door het vooral te betrekken om de toekomstige professionals, de toekomstige samenwerkingsverbanden en het belang van innoveren in de verslavingszorg. Na afloop van het interview zijn de deelnemers bedankt voor hun deelname in de vorm van een presentje, als dankbaarheid vanuit de onderzoekster.

*3.2.4. Data-analyse*

Om de verzamelde data te analyseren worden de drie interviews in een horizontale vergelijking gezet. Deze interviews zijn ook woordelijk getranscribeerd, waarna ze door de onderzoekster zijn gecodeerd. De belangrijkste tekstfragmenten zijn verwerkt in de horizontale vergelijking (bijlage IV) deze manier van datareductie was het meest passend om alle data te analyseren.

De twee testinterviews om tot valide vraagstellingen te komen, worden in bepaalde mate gebruikt voor het onderzoek en in de horizontale vergelijking. Hiervoor kan dit worden verwerkt zoals van der Donk en van Lanen (2017) het omschrijven; je gezonde verstand gebruiken.

*3.3 Deskresearch*

Een tweede dataverzamelingsmethode die is ingezet binnen dit onderzoek om antwoord te krijgen op de deelvraag: ‘Welke ontwikkelingen in zorgtechnologieën zijn er bij het Trimbosinstituut?’ is deskresearch. Dit kan ook worden gelezen als bestuderen, een dataverzamelingsmethode benoemd door van der Donk en van Lanen (2017), waarbij vakliteratuur en interne bronnen worden gebruikt.

Een voordeel van deskresearch is dat het minder tijd is beslag neemt en de kosten aanzienlijk laag blijven. Er wordt in dit onderzoek voor gekozen om een deskresearch te doen in combinatie met fieldresearch vanwege de korte periode waarin het onderzoek plaatsvindt (Hoftijzer, M. & Korte, P., 2016).

In dit onderzoek is er gekozen voor een deskresearch omdat er vanuit een theoretische en een praktische invalshoek wordt onderzocht, waarin vooral ook wordt gezocht welke huidige ontwikkelingen er zijn om dit te kunnen toevoegen aan een onderwijsaanbod voor het GET-Lab. Zo komt er in het vooronderzoek naar voren dat een onderwijsaanbod in ieder geval zou moeten bestaan uit kennis. Zorginstituut Nederland (2015) heeft dit aangekaart: ‘waar we nu nog sceptische professionals zien tegenover zorgtechnologie, is het juist van belang dat studenten nu al kennismaken met zorgtechnologie’. Kennis wordt door Van Merriënboer et. al. (2002) als eerder ontwikkelbaar omschreven ten opzichte van houding, omdat we in kennisontwikkeling minder te maken hebben met eigen normen en waarden.

Hierin is in het vooronderzoek naar voren gekomen dat het Trimbosinstituut een vooruitlopend kennisinstituut is op het gebied van onderzoek en ontwikkeling in zorgtechnologie voor verslaving.
Voor de selectie van de bronnen is er gebruik gemaakt van inclusie- en exclusiecriteria om te bepalen welke bronnen wel en niet gebruikt zijn voor dit onderzoek. Deze zoekcriteria met strategie is terug te vinden in bijlage X. In de deskresearch zijn er uiteindelijk drie ontwikkelingen onderzocht. In de deskresearch is voornamelijk gebruik gemaakt van externe rapporten, omdat de deskresearch op afstand gezien kan worden, had de onderzoekster niet direct toegang tot alle rapporten. Daarom is er voor gekozen om via het sneeuwbalsysteem (Van der Donk en Van Lanen, 2017) aanvullende informatie op te vragen via respondenten die het meest over dit onderwerp beschikbaar hadden.
Om alle stappen inzichtelijk te maken hoe de deskresearch is verlopen is er een logboek in de bijlage opgenomen met alle onderzoeksactiviteiten.

*3.3.1 Respondenten*

Aan de hand van de zoekstrategie en de inclusiecriteria is er bekend geworden bij de onderzoekster welke rapporten onderzocht worden om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag. Via het Trimbosinstituut (2018) is er duidelijk geworden welke contactpersonen er gekoppeld waren aan de ontwikkelingen. Met deze drie contactpersonen is er middels mail contact gelegd en aanvullende informatie opgevraagd. Door deze persoonlijke communicatie heeft de onderzoekster beschikking gekregen over aanvullende rapporten en informatie, die online niet terug te vinden waren.

*3.3.2 Data-analyse*

De verzamelde data is geanalyseerd via een kijkkader. Een kijkkader kan worden gebruikt bij zowel het bestuderen en analyseren van tekstbronnen (van der Donk en van Lanen, 2017). Op basis van de opgenomen en genummerde kijkpunten in het kader worden er analyses getrokken die van belang zijn om antwoord te kunnen geven op de deelvraag en bijdraagt aan het beantwoorden van de leidende onderzoeksvraag. Iedere ontwikkeling wordt individueel besproken, niet alleen zijn de bronnen verwerkt in deze kijkkaders, maar ook de aanvullende persoonlijke communicatie. De rapporten zijn niet opgenomen in de bijlage (maar wel beschikbaar als aanvulling op dit onderzoek.

Ieder kijkkader wordt individueel ingevuld per ontwikkeling en verwerkt in een horizontale vergelijking waarbij de data met elkaar wordt vergeleken (bijlage XI).

### *3.4 Validiteit* Validiteit en betrouwbaarheid zijn belangrijke pijlers binnen een onderzoek. Validiteit verwijst naar de accuraatheid van metingen, hiermee wordt bedoeld dat het meetinstrument ook daadwerkelijk meet wat deze zou moeten weten. Binnen het onderzoek is er rekening gehouden met meerdere factoren waardoor de validiteit beter kan worden gegarandeerd. Van der Donk en Van Lanen (2017) benoemen vijf vormen van interne validiteit:

*3.4.1. Resultaatsvaliditeit*

Met deze vorm van validiteit wordt bedoeld dat er ook daadwerkelijk een oplossing komt voor het praktijkprobleem. Hierin heeft de onderzoekster proberen te streven naar een daadwerkelijk onderwijsaanbod door te onderzoeken hoe medewerkers worden opgeleid en welke kennis, vaardigheden en houding zij worden aangeleerd. Er wordt een vertaalslag gemaakt vanuit deze antwoorden om te kijken hoe hier een onderwijsaanbod kan ontstaan.

*3.4.2. Procesvaliditeit*

De procesvaliditeit is de mate waarin de aanpak en de oplossing van problemen gebeurt op een wijze die past bij de organisatie of werkgever. Dit betekent hoe zij doorgaans met nieuwe ontwikkelingen omgaan. In dit onderzoek is er vooral naar gestreefd om in overleg te gaan met de opdrachtgever om te kijken of de ideeën die vanuit het onderzoek voortkomen in overeenstemming zijn met de opdrachtgever. Hierin is vooral gekeken naar hoe er met elkaar gedacht kan worden over een passende innovatie.

### *3.4.3* *Democratische validiteit*

Volgens Anderson en Herr (1999) gaat het bij democratische validiteit gaat het over de mate waarin het onderzoek is uitgevoerd met interne en externe partijen die belang hebben bij dit onderwerp, dat dit onderwerp wordt aangepakt. In dit onderzoek is er gebruik gemaakt van democratische validiteit door vooral gesprekken aan te gaan met Novadic-Kentron en het Trimbosinstituut. Hierin is er niet zozeer alleen geïnterviewd, maar is er vooral ook een gesprek gevoerd over belangen en meerwaarde betreffende het onderwerp zorgtechnologie.
Daarnaast heeft ook Avans Hogeschool vooral belang bij dit onderwerp en om dit praktijkprobleem op te lossen.

*3.4.4. Dialogische validiteit*

Deze validiteit is de mate waarin het onderzoek op systematische wijze door anderen is gevolgd. De validiteit kan je verhogen door meerdere momenten van uitwisseling in je onderzoek te plannen. Om de dialogische validiteit en de bijeenkomsten met zowel het leerteam als bijeenkomsten met de opdrachtgever inzichtelijk te maken is het logboek weergegeven in bijlage IV (Anderson& Herr, 1999).

*3.4.5. Katalyserende validiteit*

In deze vorm wordt er vooral gekeken naar betrokkenen waarin professionals een beter zicht krijgen in het onderzoeksproces naar verbetering in de toekomst. In het onderzoek heeft de onderzoekster er vooral naar gestreefd om de waarde van opleiden in zorgtechnologie via eigen inzichten van de betrokkenen aan te halen.

### *3.4.6 Begripsvaliditeit* Tilburg Universiteit (2018) omschrijft tot slot begripsvaliditeit als het in mate meten van een theoretisch kader, waarin de onderzoeker rekening houdt met de manier van vragen stellen en of dit niet verkeerd geïnterpreteerd wordt door de respondent. Dit wordt ook wel omschreven als constructvaliditeit, waarbij er wordt gemeten wat je wilt weten. Om de validiteit in vraagstelling te verzekeren, zijn er twee proefrespondenten bevraagd. Een proefrespondent bij Novadic-Kentron en een proefrespondent van de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening. Door deze pretesten is er getoetst of de vraagstellingen ook daadwerkelijk juist worden geïnterpreteerd door de respondenten waardoor de juiste onderwerpen zijn aangesneden.

Tot slot benoemen Baarda et. al. dat als onderzoeker het van belang is om eventuele beïnvloedingen in uitkomsten te herkennen. Verstoringen zoals invloed van anderen wordt ingekaderd door de interviews individueel af te nemen en drie disciplines te bevragen die niet direct met elkaar samenwerken. Er wordt benoemd dat het van belang is om respondenten willekeurig te selecteren. Hierin wordt de externe validiteit verzekerd, doordat er een representatieve steekproef ontstaat (Baarda et. al., 2011).

*3.5 Betrouwbaarheid*

Betrouwbaarheid in onderzoek betekent dat een andere onderzoekster tot dezelfde conclusies zou moeten komen. Om dit te kunnen garanderen in het onderzoek wordt er gekozen voor een rustige locatie, waar respondenten niet gestoord kunnen worden. Dit is op locatie van de werkplek van de respondent, hier wordt specifiek van tevoren afspraken gemaakt om een aparte ruimte waar geen andere verstoringen of afleidingen mogelijk zijn. Om de betrouwbaarheid en herhaalbaarheid van dit onderzoek te verzekeren wordt er gebruik gemaakt van een logboek, hierin wordt vastgelegd welke stappen er in het gehele onderzoek zijn gezet. Zo wordt er op een transparante manier duidelijk op welke manier onderzoeksgegevens verkregen zijn.
Om validiteit te vergroten en controle uit te voeren over je data, wat de betrouwbaarheid vergroot is het belangrijk om triangulatie toe te passen (Baarda e.a., 2011).
In het onderzoek wordt er gebruik gemaakt van bron- en methodische triangulatie. Brontriangulatie is het toepassen van verschillende bronnen, zowel in literatuur als in dataverzameling. In het onderzoek is er gebruik gemaakt van meerdere bronnen in vakliteratuur. Wat nog belangrijker is, is dat er in de dataverzameling vooral wordt gevarieerd. Zowel in organisatie, als in verschillende disciplines. De methodische triangulatie wordt toegepast door verschillende onderzoeksmethoden in te zetten, deze worden ingezet in de vorm van bevraging.
In het proces van onderzoek is het belangrijk dat er nieuwe inzichten komen. Om te voorkomen dat dit onderzoek een eenmanswerk wordt, wordt er gecommuniceerd met verschillende betrokkenen. Deze betrokkenen bestaan uit de projectleider (Miriam Reelick) van het GET-Lab, mijn coach (Fred Bon) en het leerteam. Bij deze betrokkenen leg ik ontwerpproducten voor en vraag ik om feedback. Dit draagt bij aan nieuwe perspectieven voor het onderzoek. Hierin wil ik zorgen voor een transparant onderzoek, waarin alle stukken ingezien kunnen worden en het voor anderen inzichtelijk wordt waarom ik bepaalde stappen zet of keuzes maak. Dit doe ik door vraagstukken waarin in het onderzoek tegenaan gelopen wordt, voor te leggen aan de betrokkenen.
Voor de dataverzameling van start gaat is er een persoonlijk verdiepend onderzoek naar het Trimbosinstituut en Novadic-Kentron gehouden. Het is van belang goed op de hoogte te zijn van de context van het onderzoek. Dit is gedaan door middel van het inlezen van vakliteratuur. Dit verdiepende stuk is niet opgenomen in het onderzoek, maar wordt de onderzoekster wel als belangrijk gezien om te benoemen.

Hoofdstuk 4 Resultaten

*4.1 Inleiding*

In dit hoofdstuk worden alle resultaten weergegeven van de interviews. De data is verzameld in de periode van 09 april 2018 tot en met 25 mei 2018. Alle respondenten zijn reeds werkzaam bij Novadic-Kentron, op verschillende locaties en in andere lagen van de organisatiestructuur. De resultaten voor het kwalitatieve onderzoek worden per topic aan de hand van de topiclijst besproken. De resultaten van de deskresearch worden aan de hand van de deelvraag besproken. Om een inzicht te bieden in welke topics het meest zijn besproken zijn in de interviews is deze opgenomen in bijlage V.

*4.1.1. Zorgtechnologie*

Bij de topic zorgtechnologie zijn de professionals bevraagd welke zorgtechnologieën er momenteel al worden ingezet in de behandeling bij Novadic-Kentron. Iedere professional geeft aan gebruik te maken van online behandeling in de omgeving van Minddistrict.

Een respondent zegt hierover: “Het is al een aantal jaren in opkomst, wat we nu vooral inzetten is vooral online hulpverlening. Wij maken gebruik van Minddistrict, een platform. Daar kunnen mensen dus thuis op hun laptop, computer of mobiel dagboeken bijhouden over alcohol- of drugsgebruik of over stemming. Allerlei dingen kun je bijhouden en daarnaast kunnen mensen online modules volgen die gericht zijn op de hulpverlening rondom middelengebruik maar ook modules over ontspanningsoefeningen, mindfullness, hoe ga ik om met ADHD. Noem het maar op”.

Naast de online behandelomgeving benoemen de professionals gebruik te maken van communicatie via whatsapp met de cliënt: “ik heb sinds een aantal jaar steeds meer contact met mensen via whatsapp. Er wordt heel wat heen en weer geappt. Toch zijn er veel mensen die het whatsappen wel fijn vinden”.

In zorgtechnologieën zijn er nog een aantal ontwikkelingen benoemd door een professional: Virtual Reality, het monitoren van parameters bij een thuis detoxificatie en een gok-app.
Hierover wordt het volgende gezegd: “We zijn bezig een omgeving te bouwen voor cure-exposure, dus dat cliënten in een Virtual Reality omgeving kunnen leren om met triggers die hun verslaving oproepen of craving oproepen om te gaan. We zijn er ook naar aan het kijken of we niet meer met monitoring, met fysiologische parameters kunnen werken. Zeker als je een detoxificatie thuis begeleidt, wil je graag bloeddruk en allerlei parameters in de gaten houden. Een andere interessante waar we mee bezig zijn is locatiemonitoren en dan kom je dichterbij die leefstijlmonitoring. Gokkers die in de buurt van een casino komen, die kunnen in een app met zichzelf en een begeleider afspraken maken”.

Als laatst komt de technologische toepassing van beeldbellen/skypen naar voren door twee professionals. De ene professional benoemt dat beeldbellen in online behandelingen wordt ingezet, waarin de menselijke aspecten van waarde blijven. De andere professional benoemt dat skypen een goed medium zou kunnen zijn, maar heeft het nog niet ingezet in de behandeling.

Hieruit kan geconcludeerd worden dat E-Health het meest wordt ingezet als zorgtechnologie binnen Novadic-Kentron, alle professionals maken hier gebruik van in hun werk. Aanvullend hierop maken alle professionals gebruik van whatsapp-verkeer met de cliënt. Andere technologische toepassingen zijn alleen benoemd door de beleidsmedewerker en lijken nog meer op een ontwikkeling die nog niet volledig geïmplementeerd zijn in het werk op andere lagen van de organisatiestructuur.

*4.1.2. Behandeling*

Om antwoord te krijgen op deze topic is er bevraagd: hoe zorgtechnologie een plaats heeft in de behandeling, welke meerwaarde er in zorgtechnologie wordt gezien, welke voordelen het oplevert voor zowel cliënt en professional maar ook welke verbeterpunten er zijn.

Professionals benoemen allen dat online behandeling nooit op zichzelf staat maar in combinatie met face-to-face contact komt. Een professional noemt heel duidelijk: “puur online behandelingen doen wij niet”. Een andere professional zegt: “Ik zet dan eigenlijk standaard de module middelenproblematiek open, omdat dat voor al onze cliënten geldt. Naar mate de gesprekken vorderen kan ik meer specificeren in de modules die passend zijn. Soms kan ik ook peilen dat het niet voor een cliënt werkt, dat is een keuze”.

Op de vraag welke meerwaarde zorgtechnologie heeft in de behandeling wordt het volgende gezegd door een professional: “Ik vind het sowieso een meerwaarde dat mensen thuis bezig kunnen zijn met hun probleem”. “Daarnaast hoeft het allemaal niet binnen kantoortijden. Dat is fijn voor de cliënt maar ook voor mij omdat ik op die manier wel een cliënt kan helpen zonder dat die eigenlijk tegen de beperkingen aanloopt van kantooruren. Cliënten zijn soms ook echt actief bezig met het invullen van hun dagboek en ik vind het als behandelaar echt een meerwaarde om te zien wat een cliënt registreert”. Ook appen werkt drempelverlagend volgens de professionals, een cliënt kan al van tevoren een uitglijder bekend maken vooraf een gesprek. Daarnaast vinden zij appen fijn omdat het snel werkt en iedereen het heeft. Iedere professional erkent de meerwaarde van het thuis bezig kunnen zijn met de behandeling, maar er wordt nog een ander antwoord gegeven door de beleidsmedewerker op deze vraag: “Ik denk dat je met technologie een hoop routine uit het proces kunt halen en systemen zijn slim genoeg om dat efficiënt toe te passen. Dat maakt het mogelijk, waar we het ook al over hadden, dat ik de kern van de therapeutische relatie meer tot kern van onze interactie kan maken”.

Andere voordelen die door alle professionals worden erkend in het inzetten van zorgtechnologie zijn: Mensen kunnen op hun eigen tempo bezig zijn met de behandeling, men hoeft niet alles meer op een papiertje te schrijven maar hebben er zelf nu altijd toegang tot en dat er niet gewacht hoeft te worden tot een volgende afspraak: “het is vooral een snelle en makkelijke toegankelijke manier voor de cliënt”. De voordelen die de behandelaren voor zichzelf zien om te behandelen, zijn vergelijkbaar. Zo benoemen zij het vooral tussendoor te kunnen doen en flexibeler te kunnen zijn.

De professionals noemen ook een aantal kanttekeningen aan het online behandelen: er is een afstand, een verwachting in snelheid dat je 24/7 bereikbaar moet zijn waarin je soms te makkelijk toegankelijk bent, je moet continu alert zijn of dat je cliënt het begrijpt zodat het een succeservaring is. Ook ziet de beleidsmedewerker de onwennigheid, de professional biedt het online behandelen wel aan maar zegt tegelijkertijd ook: “het is wel ingewikkeld hoor mevrouw, doet u het maar niet”.

Voor cliënten zien de professionals nadelen als praktische zaken, dat het niet werkt op de laptop of via de app. Verder beamen zij allen dat het standaard programma’s zijn waardoor het niet altijd compleet aansluit: “zo is het voor cliënten met lichtere en zwaardere problematiek, dat is echt een hele andere doelgroep”. Dat cliënten niet aanhaken of geen opdrachten maken bij online behandeling omschrijft een professional als volgt: “Een onbewuste drempel denk ik van dingen thuis doen. Het hele huiswerk idee”. De beleidsmedewerker benoemt dat het voor patiënten nog onwennig kan zijn.

Hieruit blijkt dat zorgtechnologie altijd een aanvulling is op het face-to-face contact waar mensen meer eigen invulling kunnen geven aan wanneer en hoe ze bezig zijn met hun behandeling en het meer ruimte schept voor de hulpverleningsinteractie- en relatie. Daarnaast is er sneller contact tussen behandelaar en cliënt en kan het drempelverlagend en voorbereidend werken voor de cliënt om line onderwerpen al te kunnen aansnijden. Wel schept online andere verwachtingen voor zowel de cliënt als de professional, er wordt een andere bereikbaarheid verwacht.

*4.1.3. Scholing*

In deze topic worden de professionals bevraagd hoe zij zijn opgeleid of dit noodzakelijk is en welke kennis, vaardigheden en houding zij zijn aangeleerd.

Drie professionals geven aan dat zij nooit een opleiding hebben gehad in het werken met zorgtechnologie. Een professional zegt hierover: “Ik heb mezelf er eigenlijk op in gewerkt, ik heb mezelf er eerst in verdiept en het er met collega’s over gehad”.
Een andere professional benoemt: “Er is wel een aanbod om mensen op te leiden in online behandeling, maar het komt hier maar een keer in de zoveel maanden voorbij. Ik denk dat je er al vrij snel mee in aanmerking komt zonder training”.
De beleidsmedewerker zegt over het aanbod van trainingen: “Wij geven een knoppentraining. Het is vooral een technische uitleg van het systeem, dat wordt gedaan via een algemene cursus meestal. Het wordt ook ondersteund door E-learning en we hebben op elke locatie superusers die ter ondersteuning mee kunnen kijken”. “Je ziet dat er een aantal collega’s zijn die er nog onwennig tegenaan kijken, ik vind het ingewikkeld met al die knopjes. Dan hoor je dat ze er niet voor hebben geleerd in de opleiding. De handelingsverlegenheid waar ik het over heb, die worden op school ook niet voorbereid om studenten daarmee te helpen”.

In de communicatie van online wordt gezegd door de behandelaar: “Je moet constant nadenken over hoe je iets formuleert en hoe iets kan overkomen. Dat vind ik wel een aandachtspunt. Ik heb nooit een soort van gedragscode of richtlijnen gekregen hoe je omgaat met bijvoorbeeld een boos appje. Je kan ook uitgaan van je eigen professionaliteit”. De psychologe beaamt dit ook: “ik moet persoonlijk gewoon letten op mijn taal. Daar moet ik toch wel net even oppassen, nadenken over mijn woordkeuze”. De beleidsmedewerker noemt een vaardigheid om te kunnen werken met zorgtechnologie, namelijk anders communiceren: “Een van de belangrijkste dingen in een therapeutisch gesprek is dat je zo nauw mogelijk aansluit bij de cliënt, dus woorden gebruiken die de cliënt ook gebruikt. Dat moet je in je schriftelijke communicatie ook doen, dat is een hele omslag. Daar moet je jezelf van bewust zijn en een deel van die handelingsverlegenheid komt denk ik onder andere daardoor”. De vaardigheid die de behandelaar nog aanvult om te kunnen werken met zorgtechnologie is overweg kunnen met de computer.

In de vraag welke houding nodig is om te werken met zorgtechnologie wordt heel duidelijk benoemt: nieuwsgierigheid. Een professional zegt hierover het volgende: “Je moet nieuwsgierig zijn, om deze manier van werken eigen te maken. Dat is wel belangrijk”.
De beleidsmedewerker benoemt: “of mensen met innovaties uit de voeten kunnen, hangt heel sterk samen met de persoonlijkheid. Mensen die een beetje angstig zijn voor veranderingen, die zijn voor alle innovaties terughoudend. Je hebt een aantal types nodig in een team, die nieuwsgierig zijn en meer willen weten hoe het, het werk kan verbeteren”.

Over hoe er opgeleid zou moeten worden in zorgtechnologieën benoemt de beleidsmedewerker het volgende: “hoe communiceer je nu digitaal, hoe bouw je een behandelrelatie op die zich deels online afspelen maar ook hoe zet je online interventies in een zorgprogramma in? Ook hoe je het inzet is heel belangrijk en uitlegt aan je cliënten. Dat is ook een deel van het communiceren. Hoe geef je feedback en hoe bouw je de behandelrelatie op”.

Hierdoor kan gezegd worden dat kennis minder noodzakelijk lijkt om over te dragen aan nieuwe professionals. Het alleen weten dat het er is lijkt voldoende, zij konden er vervolgens zelfstandig en in teamverband prima mee uit de voeten, indien nodig is er toch een cursusaanbod. Houding en vaardigheden lijken meer aan de orde te zijn om een zorgtechnologie in de behandeling een succes te laten zijn. Er bestaat nog handelingsverlegenheid bij medewerkers, doordat zij niet goed weten hoe ze moeten communiceren via online met de cliënt. Hoe zij daar de juiste methodieken zoals in een therapeutisch gesprek kunnen toepassen. Daarin ontvangen zij nog geen richtlijnen vanuit Novadic-Kentron. Ook zijn beginnend professionals nooit opgeleid vanuit de opleiding, waardoor de handelingsverlegenheid al bestaat. Om zorgtechnologie toe te laten in je werk wordt er benoemd dat je nieuwsgierig moet zijn, moet kunnen kijken naar mogelijkheden om de behandeling te verbeteren voor de cliënt. Om te kunnen opleiden in zorgtechnologie zijn vooral de aspecten communicatie, behandelrelatie online opbouwen en zorginterventies inzetten van belang.

*4.1.4. Beleid*

In deze topic is er gekeken naar hoe het beleid is ten opzichte van de inzet van zorgtechnologie binnen Novadic-Kentron.
De beleidsmedewerker legt uit dat er meer samengewerkt en gekeken wordt naar hoe de drempel verlaagd kan worden en de cultuur beïnvloed kan worden om wel meer zorgtechnologie in te zetten. Hij benoemt: “Als er een hoger rendement behaalt wil worden in de behandeling, is dit een van de makkelijkste en goedkoopste manieren. We hebben al een licentie voor alle cliënten en medewerkers. Management kijkt er ook op een bepaalde manier tegenaan, daarin zie je ook grote verschillen dat de een er wel iets mee heeft en de ander minder. Daarin zie je dat teamleiders zouden moeten uitdragen naar het team dat ze achterlopen in rendement en dus meer online zouden moeten inzetten”.
De behandelaar benoemt: “Wat we belangrijk vonden dat we steeds meer online gingen werken, je kan het ook in je productie zien. Als team zijnde proberen we iedere maand de percentages te bespreken en daarop niet te beoordelen of je het goed of fout doet maar hoe we van elkaar kunnen leren”.

De conclusies die hieruit getrokken kunnen worden is dat ieder team zorgtechnologie anders inzet in de behandeling, doordat het anders wordt aangestuurd door management. Er wordt niet zozeer gekeken naar percentages, maar wordt het toch van belang geacht om een bepaald rendement te behalen vanuit management gekeken.

*4.1.5. Ethisch*

Vanuit deze topic wordt er gekeken naar ethische dilemma’s die zich kunnen voordoen in het werken met zorgtechnologie.

De beleidsmedewerker benoemt dat er problemen kunnen ontstaan met zelfhulp: “We zijn nu bezig om de hele instroom opnieuw te organiseren en veel meer online modules in te brengen. Onder andere online zelfhulp, psycho-educatie en dat soort zaken. Dan heb je een cliënt nog niet gezien, maar al wel een behandelrelatie. Hoe ga je om met een cliënt die zich in die fase suïcideert?. Je kan dat op die manier niet goed inschatten, als je een behandelrelatie hebt kan je dat veel beter inschatten”.
De psychologe zegt ook suïcide maar dat ze het zelf nog niet heeft gemaakt: “Ik persoonlijk nog niet zo, ik kan mezelf wel voorstellen dat wanneer iemand in crisis zit. Je weet dat er een kans is dat ze je gaan bellen als het niet goed gaat. Dat vind ik lastig”.
De behandelaar heeft geen ethische dilemma’s ondervonden met zorgtechnologie: “ik heb niet 1,2,3 een voorbeeld. Het is wel anders dan dat het in een gesprek gebeurd, omdat je dan iemand ziet maar het is niet dat het dan een dilemma is. Op die momenten zoek ik dan toch het face-to-face contact”.

Uit de antwoorden van de professionals komt naar voren dat het vooral lastig is om een inschatting te maken van de situatie van de cliënt en dat het beter in te schatten is wanneer je een cliënt ziet. Daarnaast lijkt het er ook op dat het lastiger is om te reageren op de cliënt omdat het anders geïnterpreteerd kan worden.

*4.1.6. Juridisch*

Met de komst van de AVG zijn er nogal wat veranderingen in de zorg. Welke veranderingen zijn dit precies en welke vraagstukken brengt dit met zich mee voor professionals?

De professionals geven aan een scholing te krijgen in de nieuwe juridische regeling, middels een algemene cursus aangeboden door Novadic-Kentron. Toch lijken er nog wat onduidelijkheden te zijn volgens de behandelaar: “Ik ben wat terughoudender met whatsapp, ik wil duidelijkheid hebben hoe dat geregeld is. De AVG heeft wel veranderingen aangebracht omdat je geen namen meer schrijft, je mag ook niet meer met je cliënten appen. Dat weet ik niet zeker of je wel afspraken mag maken”.
Ook de psycholoog heeft het over de nog heersende onduidelijkheid over wat wel en niet mag: “Ik heb gehoord dat je niet meer appen met je cliënt, dat mocht voorheen wel. Je mag bijvoorbeeld ook geen namen meer noemen in de mail, omdat onze mail blijkbaar niet goed beveiligd is. Dat zijn dingen die dan weer niet in zo’n cursus aan bod komen. Ik kan me best voorstellen als ik daar vragen over heb, dat ik dan bij iemand terecht kan, maar ik zou niet weten bij wie”.

Aan de komst van de AVG heeft Novadic-Kentron zeilen bijgezet om iedereen een cursus digitalisering en privacy te laten volgen, toch blijven er dus nog veel onduidelijkheden bij de professionals.

*4.1.7. Methodiek*

In deze topic is er bevraagd hoe de methodieken in het werk terugkomen in het inzetten bij zorgtechnologie.
Dit wordt vooral erkend door de professionals in het aansluiten bij je cliënt: “Een van de belangrijke dingen in een therapeutisch gesprek is dat je zo nauw mogelijk aansluit bij je cliënt. Dat moet je in je schriftelijke communicatie ook doen”. Wat lastig is vergeleken met een face-to-face gesprek volgens de psycholoog is: “Al dat positief complimenteren dat doe je in gesprek ook wel maar natuurlijker. Ik vind dat met online benauwd overkomen af en toe”.

Het lijkt erop dat de methodieken waarmee wordt gewerkt door de professionals ook terugkomen in het online maar dat de toepassing ervan nog onwennig kan voelen.

*4.1.8. Ontwikkelingsmogelijkheden*

Hier wilde de onderzoekster te weten komen welke ontwikkelingsmogelijkheden de professionals zagen in zorgtechnologie en in welke meerwaarde dit vooral zou hebben voor de cliënt.

De behandelaar ziet er steeds meer aandacht voor maar ziet verder ook dat er nog meer aanbod kan komen, medewerkers motiveren en meer bekend maken met. Qua aanbod ziet de psycholoog ook mogelijkheden: “Ik denk met name dat je nog heel veel op maat kan maken, voor specifieke doelgroepen valt er nog heel veel te winnen. Ik denk dat als je alles op maat maakt, het dan persoonlijker wordt waardoor het minder afschrikt”.
In ontwikkelingen worden er mogelijkheden gezien voor beeldbellen, waarin een meer flexibele houding ontstaat en er meerdere cliënten bereikt kunnen worden. Ook meer monitoring na het vertrek van de kliniek lijkt een technologische oplossing te kunnen zijn, hierin wordt wel genoemd dat mensen steeds meer moeten gaan samenwerken waar twijfels over lijken te zijn.

Big data lijkt ook in opkomst te zijn maar nog wel verder in de toekomst: “Zover zijn we nog niet, dat is op den duur wel het streven. Voor je echt patronen kan herkennen moet je heel veel data verzamelen. Dat wordt pas interessant als je met alle verslavingszorginstellingen samenwerkt, maar dat zie ik er wel aankomen”.

Hier kan geconcludeerd worden dat professionals een hoop mogelijkheden zien in ontwikkelingen, waarin vooral bijgedragen kan worden aan het preventief voorkomen van verslaving door het herkennen van patronen of door meer maatwerk te leveren waardoor de cliënt de behandeling nog persoonlijker ervaart. Samenwerking lijkt hier aan de orde te zijn om verder te kunnen ontwikkelen in zorgtechnologie maar hier zijn nog twijfels over en gebeurd ook nog niet.

*4.2 Deskresearch*

De resultaten van de deskresearch worden aan de hand van de deelvraag: ‘ …….
In de huidige ontwikkelingen van zorgtechnologieën voor de verslavingszorg vanuit het Trimbosinstituut is er onderzocht naar een aantal belangrijke onderdelen om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden:

* Met welk doel of doelen is de hulpvraag voor de nieuwe ontwikkeling gekomen?
* Welke belangen op individueel, organisatie en maatschappelijk niveau spelen mee bij de ontwikkeling?
* Op welke wijze krijgt de ontwikkeling naamsbekendheid?
* Voor welke doelgroep is de zorgtechnologie ontwikkeld?

*4.2.1. Doel/hulpvraag*

Twee van de ontwikkelingen zijn ontstaan doordat er bekend is geworden uit eerdere studies dat er een specifiek gebrek was. Een respondent zegt hierover: “Uit ervaring met Minderdrinken.nl, een focusgroep en een uitgevoerd literatuuronderzoek zijn er keuzes gemaakt om de app te maken”. De andere respondent zegt: “uit een programmeringsstudie is er geconstateerd dat er in Nederland geen M-health aanbod was voor jongeren ter ondersteuning van stoppen met roken”.

 Een ontwikkeling is ontstaan door een verandering door de verandering van het GGZ-stelsel: “met het zicht op het onoverzichtelijke aanbod ontstaan in de afgelopen jaren en de verandering in het GGZ-stelsel in 2014 is het EMH-toolkit ontwikkeld”.

Aanvullend zijn ook twee ontwikkelingen gaande met een meer preventief doel, namelijk het voorkomen van verergerde problematiek. Een respondent zegt over het preventieve karakter: “het doel van de app is zo veel mogelijk mensen weerhouden van tabaksgebruik en een gezonde leefstijl bevorderen teneinde de hoge ziekte- en sterftecijfers voortvloeien uit het gebruik van tabak terug te dringen”.

Hieruit kan geconcludeerd worden dat alle ontwikkelingen vanuit een behoefte worden ontwikkeld voor het individu en de maatschappij. Er wordt ook vooral ingestoken op het voorkomen van meerdere problematieken.

*4.2.2. Belangen*

Er lijken grote belangen te zijn in het ontwikkelen van nieuwe zorgtechnologieën voor het individu en de maatschappij. Uit het rapport van de Stopstone-app blijkt: “dat er nog zoveel mensen zijn die (beginnen met) roken zorgt voor veel ziektelast, een groot verlies aan kwaliteit van leven en hoge kosten voor de gezondheidszorg”. Uit het rapport van de Maxx-app vloeit voort: “het voorkomen van verslaving heeft veel voordelen, de maatschappelijke kosten worden verlaagd, het vermindert ziekte en bevordert de welzijn voor het individu”. De EMH-toolkit benoemt: “het individu wordt sneller geholpen met lichte problematiek doordat er geen lange wachttijden zijn als bij specialistische verslavingsinstellingen. Patiënten kunnen snel aan de slag met de problemen waar het verergeren van de problematiek uit kan blijven”.

Vooral het maatschappelijke belang en het belang voor het individu wordt belicht in de ontwikkelingen. Het draagt bij aan de gezondheid en het welzijn voor het individu, wat zijn effecten heeft op de maatschappelijke belangen namelijk ziekte verminderen waardoor kosten bespaard blijven.

 *4.2.3. Naamsbekendheid*

Hoe de zorgtechnologieën naamsbekendheid krijgen en hierdoor geïmplementeerd worden wordt door twee ontwikkelingen gedaan door de doelgroep te betrekken. De Stopstone app vult dit in door: “Er wordt een stem gegeven aan de jongeren doordat er focusgroepen en interviews worden gehouden, zo hebben zij ook invloed op het ontwikkelproces”. De Maxx-app zegt het volgende over het betrekken van de doelgroep: “De deelnemers van de IkPas actie zijn aan het einde van de ‘niet-drinken’ actie geïnformeerd over de nieuw app Maxx”. De EMH toolkit doet dit door online beschikbaar te zijn voor huisartsenpraktijk.

Het blijkt dat de ontwikkelingen vooral geïmplementeerd kunnen worden en naamsbekendheid krijgen door direct de doelgroep aan te spreken. De EMH-toolkit lijkt hier een andere rol in te vervullen omdat zij ook niet zozeer implementeren maar informeren.

*4.2.4. Doelgroep*

De Stopstone app is specifiek inzetbaar voor jongeren van de leeftijd 14 t/m 24 jaar. Een respondent zegt hierover: “We weten met deze app ook jongeren te bereiken van VMBO/MBO. We weten dat het aantal rokende jongeren hier hoger ligt ten opzichte van hogere opleidingsniveaus”.
De EMH toolkit richt zich op meerdere doelgroepen: “het aanbod is voor meerdere doelgroepen: jongeren, volwassenen, mantelzorgers, kinderen, ouders, hoogopgeleiden en laagopgeleiden”.
De Maxx-app geeft aan zich niet te richten op een specifieke leeftijd maar wel op een specifieke doelgroep: “Het is opgezet voor men die minder wilt drinken of juist wilt stoppen met drinken”.

Hier kan uit getrokken worden dat de ontwikkelingen niet zozeer ontwikkeld lijken te worden voor een bepaalde leeftijd maar wel voor een specifieke doelgroep.

**Hoofdstuk 5 conclusies**

* 1. *Inleiding*

In dit onderzoek is gezocht naar een antwoord op de vraag: ‘‘Welke kennis, houding en vaardigheden ten opzichte van de inzet van zorgtechnologie bij Novadic-Kentron en welke huidige ontwikkelingen binnen het Trimbosinstituut kunnen toegevoegd worden aan het onderwijsaanbod van het GET-Lab voor (aankomend) zorgprofessionals?’.Hiervoor is een kwantitatief onderzoek en een deskresearch uitgevoerdbinnen Novadic-Kentron en het Trimbosinstituut.Voor de leidende onderzoeksvraag wordt beantwoord, wordt er een conclusie getrokken voor de deelvragen:

1. Welke zorgtechnologieën worden al ingezet in de behandeling binnen Novadic-Kentron en welke ontwikkelingen spelen er?
2. Welke ontwikkelingen in zorgtechnologieën zijn er bij het Trimbosinstituut?
3. Welke kennis, vaardigheden en houding heeft de (aankomend) verslavingszorgprofessional nodig om te kunnen werken met zorgtechnologieën?
4. Wat is er nodig om een nieuw onderwijsaanbod te creëren voor (aankomend) verslavingszorgprofessionals binnen het GET-Lab?
5. Welke juridische kaders en ethische dilemma’s spelen een rol bij de inzet van zorgtechnologie?
	* 1. *Conclusie deelvragen*

De zorgtechnologie die nu wordt ingezet in de behandeling van Novadic-Kentron is online behandeling in de vorm van Minddistrict. Daarnaast maken professionals gebruik van Whatsapp. Ontwikkelingen bij Novadic-Kentron zijn Virtual Reality, M-Health in de vorm van een gok app en het monitoren van parameters bij een thuis detoxificatie. De ontwikkelingen bij het Trimbosinstituut zijn de Maxx-app gericht op mensen die minder willen drinken of willen stoppen, de Stopstone-app gericht op jongeren die willen stoppen met roken en de EMH-toolkit die is gericht om huisartsenpraktijken een overzicht te geven op mogelijkheden tot E-health voor lichte problematiek zoals alcoholgebruik.
Om zorgtechnologie te kunnen inzetten in de behandeling heeft de professional vooral een nieuwsgierige houding nodig en daarnaast de vaardigheid hoe je kan communiceren waardoor de handelingsverlegenheid afneemt. Kennis wordt als minder noodzakelijk gezien, de professional zou vooral de meerwaarde moeten kunnen overdragen naar de cliënt.
Uit vooronderzoek is gebleken dat een onderwijsaanbod gericht zou moeten zijn op competenties: kennis, houding en vaardigheden. Hierin wordt vooral gekeken naar het model van Miller waarbij wordt gewerkt van kennis naar handelen (Miller, 1990). Wat nodig blijkt om een onderwijsaanbod te creëren moet volgens de resultaten vooral bestaan uit: hoe communiceer je online, hoe bouw je een behandelrelatie op die zich deels online afspeelt en hoe kan je online zorginterventies inzetten. Bij het inzetten van zorgtechnologie blijkt er nog een onduidelijkheid te zijn over whatsapp, veel cliënten en professionals zetten het in en vinden het prettig maar weten de richtlijnen niet. Ethische dilemma’s zijn niet expliciet naar voren gekomen, wel komt er naar voren dat professionals zich kunnen voorstellen dat het lastig is om online op een crisissituatie te reageren.

* + 1. *Conclusie leidende onderzoeksvraag*

De kennis die toegevoegd kan worden aan het huidige onderwijsaanbod voor het GET-Lab zijn welke zorgtechnologieën er al worden ingezet in de verslavingszorg. Uit de resultaten blijkt dat online behandeling als huidig regerende technologische toepassing wordt ingezet in de behandeling. Deze komt altijd in een blended vorm. Er wordt daarnaast gewerkt met Whatsappen, Virtual Reality, een gok app, monitoring van parameters bij een detoxificatie. Kennis van een zorgtechnologie wordt als minder noodzakelijk gezien om in opgeleid te worden, het wordt juist van belang geacht om de meerwaarde te kunnen overdragen naar de cliënt blijkt ook uit vooronderzoek. Houding en vaardigheden ten opzichte van de inzet van zorgtechnologie zijn meer aan de orde om de behandeling succesvol te laten zijn. Zo is gebleken dat medewerkers nog handelingsverlegen omdat zij nooit hebben geleerd in de opleiding of in het werk hoe zij online moeten communiceren en daarin de methodieken toe kunnen passen. Dit leidt tot onwennigheid van het toepassen van zorgtechnologie bij de professional, waarin de meerwaarde ook niet wordt uitgedragen naar de cliënt. De houding die juist kan zorgen om zorgtechnologie in te willen zetten is nieuwsgierig zijn. Dit zorgt voor mogelijkheden zien en willen weten hoe de behandeling van de cliënt verbeterd kan worden. Wat nodig blijkt om een onderwijsaanbod te creëren moet volgens de resultaten vooral bestaan uit: hoe communiceer je online, hoe bouw je een behandelrelatie op die zich deels online afspeelt en hoe kan je online zorginterventies inzetten.
De ontwikkelingen die bij het Trimbosinstituut kunnen toegevoegd worden aan het onderwijsaanbod om een bijdrage te leveren aan kennisverbreding ten opzichte van zorgtechnologie zijn de EMH-toolkit, de Stopstone-app en de Maxx-app. Deze hebben allen een preventief karakter, waarbij er wordt gestreefd naar het bevorderen van de gezondheid en het welzijn van het individu en maatschappelijke kosten en ziekten worden teruggedrongen.

**Hoofdstuk 6 Aanbevelingen**

*Onderzoeksvraag****:*** ‘‘Welke kennis, houding en vaardigheden ten opzichte van de inzet van zorgtechnologie bij Novadic-Kentron en welke huidige ontwikkelingen binnen het Trimbosinstituut kunnen toegevoegd worden aan het onderwijsaanbod van het GET-Lab voor (aankomend) zorgprofessionals?’.

*Conclusie:* De kennis die toegevoegd kan worden aan het huidige onderwijsaanbod voor het GET-Lab zijn welke zorgtechnologieën er al worden ingezet in de verslavingszorg. Uit de resultaten blijkt dat online behandeling als huidig regerende technologische toepassing wordt ingezet in de behandeling. Deze komt altijd in een blended vorm. Er wordt daarnaast gewerkt met Whatsappen, Virtual Reality, een gok app, monitoring van parameters bij een detoxificatie. Kennis van een zorgtechnologie wordt als minder noodzakelijk gezien om in opgeleid te worden, het wordt juist van belang geacht om de meerwaarde te kunnen overdragen naar de cliënt. Houding en vaardigheden ten opzichte van de inzet van zorgtechnologie zijn meer aan de orde om de behandeling succesvol te laten zijn. Zo is gebleken dat medewerkers nog handelingsverlegen omdat zij nooit hebben geleerd in de opleiding of in het werk hoe zij online moeten communiceren en daarin de methodieken toe kunnen passen. Dit leidt tot onwennigheid van het toepassen van zorgtechnologie bij de professional. De houding die juist kan zorgen om zorgtechnologie in te willen zetten is nieuwsgierig zijn. Dit zorgt voor mogelijkheden zien en willen weten hoe de behandeling van de cliënt verbeterd kan worden. Wat nodig blijkt om een onderwijsaanbod te creëren moet volgens de resultaten vooral bestaan uit: hoe communiceer je online, hoe bouw je een behandelrelatie op die zich deels online afspeelt en hoe kan je online zorginterventies inzetten.
De ontwikkelingen die bij het Trimbosinstituut kunnen toegevoegd worden aan het onderwijsaanbod zijn de EMH-toolkit, de Stopstone-app en de Maxx-app. Deze hebben allen een preventief karakter, waarbij er wordt gestreefd naar het bevorderen van de gezondheid en het welzijn van het individu en maatschappelijke kosten en ziekten worden teruggedrongen.

*Aanbeveling:* uit onderzoek blijkt dat er een handelingsverlegenheid en onwennigheid heerst onder professionals in het werken met zorgtechnologie, waar zij nooit op zijn voorbereid. Uit het vooronderzoek en het kwantitatief onderzoek is gebleken dat technologie de behandeling doelgerichter maakt waardoor er meer tijd overblijft voor de hulpverleningsrelatie. Ook is gebleken dat het noodzakelijk is voor toekomstig professionals om te weten hoe het zorgproces met zorgtechnologie doelmatig verbeterd of vormgegeven kan worden. Het advies van de onderzoekster is daarom ook om een lesaanbod te ontwikkelen voor studenten van de opleiding Social Work. In dit lesaanbod gericht op het inzetten van zorgtechnologie in de behandeling ter bevordering voor het zorgproces van de cliënt, maakt de aankomend professional kennis met en is in staat een houding en vaardigheden te ontwikkelen ten opzichte van zorgtechnologie.

Om een lesaanbod te ontwikkelen zal er eerst een focusgroep opgestart moeten worden van docenten en studenten van Academie Sociale Studies. De integratie van een lesaanbod moet passend zijn in het curriculum, aansluiten bij de beroepscode met bijbehorende competenties van het maatschappelijk werk en aansluitend zijn op de behoeften van studenten.

**Hoofdstuk 7 Innovatie**

*7.1 Inleiding*

Vanuit het praktijkprobleem vastgesteld te hebben, kan er een doelbewuste innovatie worden gedaan. Innovatie betekent volgens van Leeuwen (2004, p.1):

‘een innovatie is een idee, gebruik of object dat als nieuw wordt ervaren door de doelgroep, bijvoorbeeld door een individuele gebruiker of een organisatie. Het maakt niet uit of het idee ook echt nieuw is, het gaat om de ervaring van de nieuwheid door de gebruikers. Innovatie heeft dus niet zozeer met ‘uitvinden’(inventie) te maken, als wel met het slim toepassen van bestaande uitvindingen’.

Het ontwerp is gericht op het praktijkprobleem dat is geconstateerd door de onderzoekster: er worden nog geen (aankomend) verslavingsprofessionals binnen Avans Hogeschool opgeleid in zorgtechnologieën. Het is daarom noodzakelijk om kennis, houding en vaardigheden vanuit Novadic-Kentron en de ontwikkelingen van het Trimbosinstituut toe te voegen aan het onderwijsaanbod van het GET-Lab.
Uit de conclusies van het onderzoek blijkt dat er een handelingsverlegenheid en onwennigheid is bij professionals in het werken met zorgtechnologie. Door deze onwennigheid wordt er geen meerwaarde uitgedragen aan de cliënt, terwijl de effectiviteit bewezen is en het veel voordelen kan opleveren voor de cliënt. Het voorbereid worden op en opgeleid worden in zorgtechnologie is een belangrijke rol, die deze handelingsverlegenheid kan afnemen.
In de opleiding zouden kennis, vaardigheden en houding ten opzichte van zorgtechnologie belangrijke factoren moeten vormen om een student juist bekwaam te laten worden in het werkveld.

In deze innovatie is er geen voorgaande literatuurstudie gedaan aan welke ontwerpeisen de innovatie zou moeten voldoen. Uit het gehele onderzoek zijn er wel een aantal analyses gedaan waardoor de ontwerpeisen toch bepaald kunnen worden.

*7.1.1. Hoofd- en deelvragen voor het ontwerp*

De hoofdvraag in het onderzoek is: ‘‘Welke kennis, houding en vaardigheden ten opzichte van de inzet van zorgtechnologie bij Novadic-Kentron en welke huidige ontwikkelingen binnen het Trimbosinstituut kunnen toegevoegd worden aan het onderwijsaanbod van het GET-Lab voor (aankomend) zorgprofessionals?’

Deelvragen voor ontwerpeisen:

1. Aan welke voorwaarden moet een onderwijsaanbod voldoen voor Avans Hogeschool?
2. Hoe kunnen kennis, houding en vaardigheden geleerd worden aan (aankomend) zorgprofessionals?
3. Hoe kunnen nieuwe ontwikkelingen worden geleerd aan (aankomend) professionals?

*7.1.2. Ontwerpeisen*

|  |  |
| --- | --- |
| **Ontwerpeis** | **Analyse**  |
| Het onderwijsaanbod moet een sociaal-agogisch karakter bevatten passend zijn binnen de kaders van de beroepscode van het maatschappelijk werk | Het onderzoek is uitgevoerd vanuit de opleiding Maatschappelijk werk en dienstverlening en heeft plaatsgevonden binnen deze kaders.  |
| Het onderwijsaanbod moet passen binnen het curriculum van Avans Hogeschool | Wanneer het onderwijsaanbod niet past binnen het curriculum van Avans hogeschool, kan het ook niet plaatsvinden. Wel wordt de noodzaak van een plaats vinden in het curriculum gezien. |
| Het onderwijsaanbod moet bijdragen aan het vergroten van de competenties van aankomend (verslavings)zorgprofessionals | Zorginstituut Nederland (2015) benadrukken het belang van opleiden in zorgtechnologie, voornamelijk in kennis en kunde. Kennis en kunde wordt door van Merriënboer (2002) gedefinieerd als competenties.  |

*7.1.3. Ontwerpvorm*

Gekeken naar de conclusies van het onderzoek en de ontwerpeisen is er gekozen voor de ontwerpvorm: voorlichtings- en lesmateriaal. Er zijn twee ontwerpideeën uit de conclusies gekomen. Deze worden in onderstaande tabel afgewogen naast elkaar.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ontwerpidee** | **Voldoet het idee aan de ontwerpeisen?** | **Is het idee een oplossing voor het praktijkprobleem?**  | **Is het idee realiseerbaar?**  |
| Een tweewekelijkse focusgroep van studenten en docenten waarin het onderwerp: zorgtechnologie in de opleiding Social Work centraal staat. Het doel van deze focusgroep is om een onderwijsaanbod te gaan vormen en integreren.  | Nee, want het kan nog niet voldoen aan de ontwerpeisen. Het onderzoek vergt vervolgonderzoek om een passend onderwijsaanbod te creëren. | Het idee biedt op korte termijn niet direct een oplossing voor het praktijkprobleem maar kan op lange termijn het praktijkprobleem oplossen.  | Het idee kost meer tijd dan het eerste ontwerpidee omdat er meer betrokkenen bij zijn en het meer tijd gaat kosten. Er is geen indicatie van hoelang de focusgroep zou moeten bestaan omdat inzichten en implementatie niet van tevoren bepaald kunnen worden.  |

*7.1.4. Het ontwerp*

Vanuit de conclusies van het onderzoek komt voort dat er nog huidige professionals in de verslavingszorg zijn die zich handelingsverlegen en onwennig voelen ten opzichte van het inzetten van zorgtechnologie in de behandeling. Uit het onderzoek blijkt dat juist deze handelingsverlegenheid kan afnemen door zorgtechnologie al in het curriculum te behandelen.

Handelingsverlegenheid wordt omschreven als een situatie waarin een professional aarzeling heeft om te handelen terwijl er eigenlijk wel gehandeld zou moeten worden. Deze aarzeling kan ontstaan wanneer:

* Er lastige beslissingen moeten worden genomen in complexe problematiek;
* Zich onveilig voelt in een situatie bijvoorbeeld door gebrek aan ervaring;
* Niet uit de voeten kan met de behandellijn van de organisatie of de voorgeschreven aanpak.

Handelingsverlegenheid belemmert effectief optreden van de professional en kan ten koste gaan de hulpverlening voor de cliënt of cliëntsysteem (Zin in Jeugdzorg, 2018).

Vergeleken met het onderzoek lijkt het erop dat de handelingsverlegenheid bij professionals vooral heerst bij gebrek aan ervaring of een gebrek aan computervaardigheden. De professional kan ook kennis missen van hoe online zorginterventies ingezet kunnen worden. Hierin beschrijft handelingsverlegenheid een tekort aan kennis en vaardigheden waardoor de houding van de professional afstandelijk is naar de interventie. Zorgtechnologie kan hier gelezen worden als interventie. Het opleiden van aankomend professionals kan er voor zorgen dat de handelingsverlegenheid ten opzichte van zorgtechnologie vermindert. Zorginstituut Nederland (2015) bevestigd dit; zij zien de sceptische houding van professionals tegenover zorgtechnologie, het lijkt daarom juist nog belangrijker om studenten nu al op te leiden.

Hoe de handelingsverlegenheid vermindert kan worden? Movisie heeft een aantal ideeën hierover:

* Meer kennis vergaren van het onderwerp;
* Bewustwording van je eigen houding;
* Maak het bespreekbaar met anderen.

Zoals net werd omschreven is handelingsverlegenheid een tekort aan kennis en vaardigheden, waardoor de houding afstandelijk wordt. Het is daarom noodzakelijk om studenten op te leiden in de vorm van een kennismaking met zorgtechnologie. Uit het model van Miller (1990) blijkt namelijk dat competent worden begint met het kennen van, vanuit deze startpositie kan er toegewerkt worden aan een complete competente student waarin er kennis is van, een houding ten opzichte van en vaardigheden in zorgtechnologie is. Naast het model van Miller kan het model van Maslow worden gebruikt, waarin studenten kunnen toewerken van onbewust onbekwaam naar bewust bekwaam technologische interventies in de behandeling voor de cliënt inzetten (natuurlijkleren, z.d.).

Het lesaanbod zou dus moeten starten bij een kennismaking met zorgtechnologie. Waar dit lesaanbod uit zou moeten bestaan is gebaseerd op een aantal criteria volgens Organisatie regie. Wat zij als belangrijk zien bij het effectief kennis overdragen is via een directe methode (face-to-face contact) waarbij een actieve houding en de tijd nemen voor het leerproces wordt benadrukt. Een actieve houding zien zij in een kader waarbij de ontvanger actief meedenkt over het thema (Organisatieregie, 2018).

De onderzoekster neemt deze criteria dan ook mee in het lesaanbod, er wordt gestreefd naar een interactief lesaanbod waarin studenten worden gestimuleerd om zelf na te denken over het thema, waar een discussie uit kan ontstaan. Daarnaast moet het lesaanbod ruimte geven voor evaluatie en reflectie, waarin er met studenten samen wordt gestreefd naar een optimaal lesaanbod waar zij zo veel mogelijk kennis kunnen vergaren. Het lesvoorbereidingsformulier waarin deze criteria is verwerkt is weergegeven in bijlage X. Dit formulier is gebaseerd op de didactische analyse volgens van Gelder en het directe instructie model van Ebbens.

*7.1.5. Testen en verzamelen*

In deze fase wordt het lesaanbod getest waarin de onderzoekster vooral nieuwsgierig is naar verbeterpunten of tekortkomingen in het ontwerp. Om het lesaanbod volledig geëvalueerd te krijgen wordt het van belang gezien om een focusgroep van docenten en studenten op te zetten van sociale studies. Om het lesaanbod te kunnen integreren in het curriculum zal er namelijk genoeg draagvlak gecreëerd moeten worden binnen Avans Hogeschool en Academie Sociale Studies. Hiervoor lijkt een behoefte inventarisatie vanuit de student en docent noodzakelijk door middel van een focusgroep. Het gesprek kan geleid worden door de onderzoekster, waarin de data verzameld kan worden in dezelfde stijl als een interview (Van der Donk en Van Lanen, 2017). Hoe deze behoeften inventarisatie verder verwerkt kan worden tot een volledige implementatie als onderwijsaanbod is opgenomen in hoofdstuk negen.

**Hoofdstuk 8 Rapporteren en presenteren**

*8.1. inleiding*

In dit hoofdstuk wordt er door de onderzoekster ingegaan over hoe de onderzoeksresultaten worden verspreid en geïmplementeerd. Eerst wordt de doelgroep bepaald waarna er volgens het communicatiekruispunt een beslissing wordt genomen hoe de onderzoeksresultaten worden gecommuniceerd.

*8.2. Doelgroep bepaling*

Er is middels een sociale kaart bepaald welke belangen de betrokkenen hebben bij het onderzoek en het ontvangen.

|  |  |
| --- | --- |
| *Doelgroep* | *Belang in het kader van het onderzoek* |
| Opdrachtgever (Miriam Reelick)  | Wilt graag weten welke conclusies en resultaten er zijn voortgekomen uit het onderzoek om dit te kunnen toevoegen in de vorm van een onderwijsaanbod binnen het GET-Lab zodat zij ook studenten van sociale studies kunnen opleiden.  |
| Professionals werkend in de verslavingszorg | Willen professionals die online zorginterventies kunnen inzetten ten behoeve van het zorgproces voor de cliënt, waar geen handelingsverlegenheid of onwennigheid bestaat bij de professional |
| Beoordelaars van de opleiding  | Willen graag weten of het onderzoek voldoet aan de gestelde eisen van het afstuderen.  |
| Studenten van de opleiding maatschappelijk werk en dienstverlening | Zouden kennis moeten maken met zorgtechnologie, zodat zij bewust bekwaam technologische interventies kunnen inzetten voor cliënten in het toekomstig werkveld.  |
| Avans Hogeschool | Willen professionals afleveren die voldoen aan de beroepscode van het maatschappelijk werk. Zorgtechnologie is hierin niet meer weg te denken maar niet meer weg te denken in het werk.  |

*8.3. Onderzoeksresultaten communiceren en presenteren*

Het doel van het onderzoek is dialogiserend. De onderzoekster wil vooral in gesprek gaan met belanghebbenden waarin er feedback gevraagd kan worden over het lesaanbod. Het willen verbeteren en door ontwikkelen staat centraal in de innovatie om de juiste implementatie voor alle betrokkenen te bereiken.
Om de resultaten te presenteren wil de onderzoekster vooral de belanghebbenden informeren door middel van het onderzoeksverslag te mailen. Hier is van belang het GET-Lab en Novadic-Kentron. Andere belanghebbenden voor dit onderzoek zijn tot nog toe onbekend, het verdere implementatieplan hiervoor wordt in 8.4. besproken.

*8.4. Implementatiestrategie*

Van der Donk en Van Lanen (2017) omschrijven implementeren als een procesmatige en planmatige invoering van verbeteringen, zodat het een structurele plaats gaat krijgen. In dit onderzoek wordt er gebruik gemaakt van het rationeel model, wat betekent dat er pas een vertaling plaatsvindt nadat de onderzoeksresultaten bekend zijn.

Om een volledig onderwijsaanbod voor studenten te vormen wordt er gebruik gemaakt van de sociale interactie implementatiestrategie. In deze strategie wordt er gestreefd naar een interne motivatie vanuit de werknemers door pilots te organiseren waarin er wordt geëxperimenteerd met een nieuwe werkwijze. Om een volledig onderwijsaanbod te vormen wordt het eerst van belang geacht om een focusgroep op te zetten waarin het huidige lesplan wordt voorgelegd en de behoeften worden geïnventariseerd. Aan de hand van deze inventarisatie kan dit worden voorgelegd aan de betrokkenen binnen Avans Hogeschool die kunnen bepalen of het passend is binnen het curriculum. Deze betrokkenen zijn nog niet bekend maar kunnen via het sneeuwbalsysteem achterhaald worden. Aan de hand van deze eisen kan er een pilot georganiseerd worden waarin er wordt geëxperimenteerd door middel van het lesaanbod uit te testen. In het lesaanbod zit een evaluatiemoment die opnieuw voorgelegd kan worden aan de focusgroep, opnieuw worden de ontwerpeisen geëvalueerd.
Er wordt vervolgens opnieuw een lesaanbod voorgelegd aan Avans Hogeschool. Na deze cirkel te hebben doorlopen is er een mogelijke kans op een volledige implementatie van een onderwijsaanbod in zorgtechnologie.

Om in het curriculum een onderwijsaanbod te implementeren in zorgtechnologie is er nog veel nodig. Als startpunt vanuit dit onderzoek wordt het vooral van belang geacht om eerst een focusgroep op te zetten en belanghebbenden van Avans Hogeschool te inventariseren.

**Hoofdstuk 9 Evaluatie**

Het onderzoek heeft veel inzicht gegeven in het noodzakelijke karakter om aankomend professionals binnen de welzijnszorg te gaan opleiden met zorgtechnologie. Vooral de gevolgen van het niet opleiden in zorgtechnologie is bekend geworden door het onderzoek. Zorgtechnologie is niet meer weg te denken, maar toch worden nieuwe studenten niet bekend gemaakt met technologische zorginterventies. Dit heeft zijn weerslag op het werkveld waar Avans Hogeschool haar studenten aan aflevert.

Vooraf de data werd verzameld leek het vooral belangrijk om ontwikkelingen in zorgtechnologie te onderzoeken, zodat deze verteld konden worden aan studenten. Na de dataverzameling is juist bekend geworden dat de houding en vaardigheden meer een probleem vormden in het werkveld. Daarvoor is wel kennis nodig om deze competenties te verbeteren maar niet perse welke ontwikkelingen er zijn. Na het afgeronde onderzoek is het dan ook bekend geworden dat de deskresearch minder van belang was en er meer focus op interviews had mogen liggen. Toch is dit gegeven niet iets waar ontevredenheid over heerst, het hoort bij de conclusie en innovatie voor dit onderzoek. Het verder onderzoeken, evalueren, implementeren en blijven ontwikkelen is juist hetgeen wat dit onderzoek kenmerkt. In het vooronderzoek werd al duidelijk dat er veel was te behalen om zorgtechnologie in de welzijnszorg meer prioriteit te maken, aangezien het veel voordelen voor de cliënt en professional heeft. In het onderzoek is vooral duidelijk geworden dat er handelingsverlegenheid bestaat doordat er nog zo veel te behalen valt in het onderwijs voor sociale studies.

Het onderzoek is vooral inventariserend geweest, waarin veel verschillende onderwerpen zijn onderzocht. Achteraf had het een grotere meerwaarde kunnen hebben als er maar een aantal onderwerpen waren belicht, die uiteindelijk ook het meest besproken waren. Het is nu vooral duidelijk geworden dat dit onderzoek een startpunt is, er zou nog vervolgonderzoek moeten komen door middel van een focusgroep en steun vanuit Avans Hogeschool om het daadwerkelijk te realiseren.

Dit onderzoek heeft ook veel bijgedragen aan de persoonlijke ontwikkeling van de onderzoekster, vooral is er veel nieuwe kennis en inzicht verworven in zorgtechnologie. Daarnaast heeft het veel bijgedragen aan een netwerk binnen Avans Hogeschool aan mensen die bezig zijn met dit onderwerp en dezelfde belangen hebben. Dit onderzoek heeft meer aangewakkerd dan eerst voor ogen, namelijk het daadwerkelijk gaan doorzetten van de innovatie. Een onderwijsaanbod is noodzakelijk, voor de aankomend professional maar vooral voor de cliënt.

**Literatuurlijst**

FME (2018). *Waarde van zorgtechnologie*. Opgevraagd op 25-24-04-2018 van https://www.fme.nl/sites/default/files/afbeeldingen/Deel%20I%20De%20waarde%20van% 0zorgtechnologie.pdf

GGZ Nederland (2018). *Thema’s verslavingszorg*. Opgevraagd op 15-03-2018 van http://www.ggznederland.nl/themas/verslavingszorg

ICT&Health (2018). *Autoriteit persoongegevens grote impact privacywet*. Opgevraagd op 23-03-2018 van https://www.icthealth.nl/online-magazine/autoriteit-persoonsgegevens-grote-impact privacywet-avg-op-zorg/

Markt onderzoek (z.d.) *onderzoeksmethoden*. Opgevraagd op 24-05-2018 van https://www.allesovermarktonderzoek.nl/onderzoeksmethoden/deskresearch/

Minddistrict (2018) *Alles over minddistrict*. Opgevraagd op 22-05-2018 van https://www.minddistrict.com/nl-nl/over-minddistrict

Nivel (2018). *Technologie in zorg en ehealth*. Opgevraagd op 22-04-2018 van https://www.nivel.nl/nl/technologie-in-de-zorg-en-ehealth

Novadic-Kentron (2018). *CGT middelen*. Opgevraagd op 2 mei 2018 van https://www.novadic kentron.nl/hulp-en-advies/cgt-middelen/

Novadic-Kentron (2018). *Hoeveel Nederlanders zijn verslaafd?.* Opgevraagd op 15-03-2018 van https://www.novadic-kentron.nl/hoeveel-nederlanders-zijn-verslaafd-en-wat-kost-dit-de maatschappij/

Natuurlijk leren (2018). *Maslow*. Opgevraagd op 25 juni 2018 van http://www.natuurlijkleren.net/?page\_id=82

Neven, L. (06-02-2015) *Innoveren voor actieve ouderen [zachte analyses als handreiking voor harde en hardnekkige problemen].* Breda: stichting Avans.

Nictiz (2012). *Ordening in de wereld van eHealth*. Opgevraagd op 06-03-2018 van https://www.nictiz.nl/SiteCollectionDocuments/Whitepapers/Whitepaper%20Ordening%20 n%20de%20wereld%20van%20eHealth.pdf

Nispa (2018). Medewerkers. Opgevraagd op 05-03-2018 van https://www.nispa.nl/medewerkers

Nispa (2018). *Over Nispa*. Opgevraagd op 05-03-2018 van http://www.nispa.nl/home

Nussbaum, M. (2012). *Mogelijkheden scheppen: Een nieuwe benadering van de menselijke ontwikkeling*. Amsterdam: Ambo

Oskam, I., Souren, P. (2015). *Ontwerpen van technische innovaties*. Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V

Reddemann, M. (2016). *Online behandeling, flexibel en effectief, maar helaas nog niet zo populair bij cliënten en hulpverleners*. Opgevraagd op 20-03-2018 van https://www.novadic kentron.nl/online-behandeling-flexibel-en-efficient/

Regteren, B.J. (2018). *Technologie binnen de verslavingszorg*. Opgevraagd op 15-03-2018 van http://www.zorgpleinsalland.nl/artikelen/technologie-binnen-de-verslavingszorg/59/

Regteren, B.J. (2018). *Technologie binnen de verslavingszorg*. Opgevraagd op 15-03-2018 van http://www.zorgpleinsalland.nl/artikelen/technologie-binnen-de-verslavingszorg/59/

Schalken, F., Wolters, W., Tilanus, W., van Gemert, M., van Hoogenhuyze, C., & Wolters, W. H. G. (2015). *Handboek online hulpverlening*. (2e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Segers, J. (2002). *Methoden voor de maatschappijwetenschappen*. Assen: Koninklijke van Gorcum

Transscriptie online (2018) *Transcriberen*. Opgevraagd op 23-05-2018 van

https://www.transcriptieonline.nl/transcriberen.html

Trimbos (2018). *Nieuwe app Maxx*. Opgevraagd op 20-05-2018 van https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/nieuwe-app-maxx-motiveert-mensen minder-alcohol-te-drinken

Trimbos (2018) Trimbos medewerkers. Opgevraagd op 23-05-2018 van

https://www.trimbos.nl/over-trimbos/medewerkers

Technisch werken (2018) *kennisbank techniek*. Opgevraagd op 18-06-2018 van http://www.technischwerken.nl/kennisbank/techniek-kennis/wat-is-een-parameter-of-wat zijn-parameters/

Verwey, R. (2016). *Domotica in de zorg*. Heerlen: Zuyd Hogeschool

Verslavingskunde Nederland (2018). *Innovatie en onderzoek*. Opgevraagd op 13-03-2018 van https://www.verslavingskundenederland.nl/wat/

Vilans (2018). *Ehealth in de langdurende zorg vooraf*. Opgevraagd op 17-03-2018 van http://kennisbundel.vilans.nl/editie/ehealth-in-de-langdurende-zorg-vooraf.html

Vilans (2018). *Technologische ontwikkelingen in de zorg*. Opgevraagd op 19-02-2018 van https://www.vilans.nl/artikelen/12-technologische-ontwikkelingen-in-de-zorg

Vilans (2018). *Technologische toekomst zorg*. Opgevraagd op 19-02-2018 van https://www.vilans.nl/artikelen/technologische-toekomst-zorg

Zin in Jeugdzorg (2018). *Professionals in de jeugdzorg*. Opgevraagd op 27-06-2018 van <http://www.zininjeugdzorg.nl/wp-content/uploads/2012/11/professionals-in-de> jeugdzorg.pdf

Zorg en Zeggenschap (2009). *De veranderende rol van techniek in de zorg*. Utrecht: Stichting Landelijk Overleg Cliëntenraden

**Bijlage I Inleiding interview**

Allereerst wil ik u bedanken voor uw deelname aan dit interview. Dit interview wordt gehouden voor Avans Hogeschool Breda met als onderzoeksvraag: *‘Met welke kennis, houding en vaardigheden ten opzichte van de inzet van zorgtechnologie bij Novadic-Kentron en het Trimbosinstituut kunnen een onderwijsaanbod vormen voor (aankomend) verslavingszorgprofessionals binnen het Gezondheids- en Technologie-Lab?’***.**De vorm die wordt aangehouden in dit interview is half-gestructureerd, wat betekent dat ik acht onderwerpen heb opgesteld met optionele vragen. Het onderzoek heeft als onderwerp zorgtechnologie binnen de verslavingszorg, in dit onderzoek wordt zorgtechnologie aangehouden als definitie: een verzamelnaam voor alle technologische middelen die worden ingezet binnen het sociale domein. Voorbeelden zijn E-Health, Mobile-Health, Virtual Reality en leefstijlmonitoring.

Vooral wil ik met u in gesprek gaan over uw ervaring en kennis binnen Novadic-Kentron. Het interview duurt ongeveer vijfenveertig minuten, waarvan ik graag een geluidsopname wil maken zoals eerder met u besproken. Als u nog steeds wilt toestemmen met deze geluidsopname, mag ik u dan vragen om het toestemmingsformulier te ondertekenen? Alle resultaten zal u ook ontvangen achteraf. Heeft u op dit moment nog vragen voor mij? Dan start ik nu de opname.

**Bijlage II Topic lijst**

|  |  |
| --- | --- |
| **Topic**  | **Optionele vragen**  |
| Zorgtechnologie  | * Welke zorgtechnologieën worden momenteel al ingezet bij Novadic-Kentron?
* Wat betekent zorgtechnologie voor u als medewerker van Novadic-Kentron?
 |
| Behandeling | * Hoe worden de huidige zorgtechnologieën ingezet in de behandeling bij Novadic-Kentron?
* Wat ziet u als effectief in het inzetten van zorgtechnologie?
* Wat zijn verbeterpunten?
* Hoe ziet u de toekomst van het inzetten van zorgtechnologie in de behandeling?
* Welke voordelen en nadelen zijn er voor de professional in het inzetten van zorgtechnologie?
* Welke voordelen en nadelen zijn er voor de cliënt in het inzetten van zorgtechnologie?
* Welke meerwaarde heeft zorgtechnologie in de behandeling?
 |
| Scholing  | * Hoe worden professionals opgeleid in het werken met zorgtechnologie?
* Welke belangen zijn er om opgeleid te worden in zorgtechnologie?
* Wordt de professional bepaalde kennis, houding en vaardigheden aangeleerd om te werken met zorgtechnologie? Is dit noodzakelijk? Welke kennis, houding en vaardigheden dan?
 |
| Beleid | * Welk beleid hanteert Novadic-Kentron in het inzetten van zorgtechnologie?
* Hoe ziet u dit beleidsmatig terug in uw eigen werk?
 |
| Ethisch | * Welke ethische dilemma’s heeft u op het gebied van het inzetten van zorgtechnologie?
 |
| Juridisch | * Welke juridische vraagstukken doen zich voor in het inzetten van zorgtechnologie?
* Welke veranderingen gaan er komen met de intreding van de AVG?
 |
| Methodiek  | * Hoe ziet u de werkende methodieken terug in het inzetten van zorgtechnologie?
* Zijn deze expliciet aanwezig in de inzet?
 |
| Ontwikkelingsmogelijkheden | * Welke ontwikkelingen/mogelijkheden ziet u in de inzet van zorgtechnologie binnen de behandeling? Welke voordelen kan dit de cliënt opleveren?
* Welke ontwikkelingen zijn er nodig voor het opleiden van (aankomend) professionals?
 |

**Bijlage III Logboeken onderzoek**

**Logboek interviews (respondenten Novadic-Kentron)
Respondent 1= beleidsmedewerker
Respondent 2= psycholoog
Respondent 3= behandelaar specialistische GGZ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Onderzoeksactiviteit**  | **Betrokkenen**  | **Datum**  |
| Toestemmingsverklaring en inleidend stuk opsturen naar de respondenten (bijlage … )  | Respondent 1 t/m 3  | 28-03-2018 |
| Telefonische afspraak respondent 1 (datum, locatie, tijd afspreken, eventueel aanvullende vragen beantwoorden)  | Respondent 1  | 30-03-2018 |
| Interview 1 afnemen | Respondent 1  | 15-04-2018 |
| Telefonische afspraak respondent 2 (datum, locatie, tijd afspreken, eventueel aanvullende vragen beantwoorden) | Respondent 2  | 16-04-2018 |
| Interview 2 afnemen | Respondent 2  |  |
| Telefonische afspraak respondent 3 (datum, locatie, tijd afspreken, eventueel aanvullende vragen beantwoorden) | Respondent 3  | 17-04-2018 |
| Interview 3 afnemen | Respondent 3  | 31-05-2018 |
| Interviews uitwerken  | n.v.t.  | 02-06-2018 |

**Logboek deskresearch (Trimbosinstituut)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Onderzoeksactiviteit**  | **Betrokkenen**  | **Datum**  |
| Zoekcriteria en strategie bepalen  | n.v.t.  | 18-05-2018 |
| Tekstbronnen selecteren via de inclusie- en exclusiecriteria  | n.v.t.  | 18-05-2018 |
| Contactpersoon (B. Conijn) Maxx-app mailen  | Mevrouw Conijn (wetenschappelijk medewerker Trimbos-instituut)  | 15-05-2018 |
| Maxx-app: tekstbronnen en persoonlijke communicatie verwerken in de kijkkader  | n.v.t.  | 25-05-2018 |
| Contactpersoon (M. Heuving) EMH toolkit mailen  | Mevrouw Heuving ( | 20-05-2018 |
| EMH toolkit: tekstbronnen en persoonlijke communicatie verwerken in kijkkader  | N.v.t.  | 26-05-2018 |
| Contactpersoon Stopstone app mailen (A. De Gee)  | Mevrouw Anouk de Gee (functie invullen)  | 28-05-2018 |

**Logboek interviews (proefrespondenten Novadic-Kentron)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Onderzoeksactiviteit**  | **Datum**  |
| Interview afnemen respondent 1 | 23-03-2018 |
| Interview aanpassen na feedback | 23-03-2018 |
| Interview afnemen respondent 2  | 26-03-2018 |
| Interview aanpassen na feedback | 26-03-2018 |

**Logboek overleggen (dialogische validiteit)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum bijeenkomst**  | **Aanwezig?**  |
| 06-02-2018  |  |
| 16-02-2018 |  |
| 23-02-2018 |  |
| 2-03-2018 |  |
| 09-03-2018 |  |
| 16-03-2018 |  |
| 23-03-2018 |  |
| 06-04-2018 |  X  |
| 08-05-2018 |  |
| 18-05-2018 |  |
| 24-05-2018 |  |
| 01-06-2018 |  |

**Bijlage IV Horizontale vergelijking interviews**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Respondent 1  | Respondent 2 | Respondent 3  | (proef)Respondent 4  | (proef) respondent 5  | Bevindingen  |
| **Topic 1: Zorgtechnologie** Optionele vragen: * Welke zorgtechnologieën worden momenteel al ingezet bij Novadic-Kentron?
* Wat betekent zorgtechnologie voor u als medewerker van Novadic-Kentron?

 | Vooral de online behandeling, in de omgeving van minddistrict (in de vorm van apps en online behandeling). Daarnaast Virtual Reality (cure exposure) en naar monitoring en dan vooral monitoring van leefstijl in parameters. Ook zijn we bezig met een gok-app, dat is ook een soort monitoring.  | Voornamelijk online behandeling. Daarnaast ook het gewone-whatsapp-verkeer. Ik zet het wel minder in, bij diagnostiek dus voornamelijk zet ik het in, in de CGT groep.  | Ik maak vooral gebruik van minddistrict, een online platform waar cliënten modules kunnen volgen. Daarnaast app ik met cliënten en soms ook wel beeldbellen.  | Vooral de online behandeling, hierin kunnen cliënten een eigen online module kiezen, dus daarin kan je het meer personaliseren. Met personaliseren bedoel ik vooral dat er voor iedere client een passende module lijkt te zijn. Ik app ook met cliënten, maar het is onduidelijk of dat nog mag.  | n.v.t.  | Alle respondenten maken gebruik van online behandeling in de omgeving van minddistrict en whatsapp. De online behandelingen gebeuren altijd in een combinatie met face-to-face contact. Er is ontwikkeling gaande op het gebied van monitoring van thuis detoxificatie, een gok app en virtual reality volgens de beleidsmedewerker. Beeldbellen wordt benoemd door twee respondenten, een respondent geeft aan dat het beschikbaar is via het online platform, de andere respondent geeft aan het wel een slimme toepassing te vinden, maar het nog niet in te zetten.  |
| * **Topic 2: Behandeling** Optionele vragen: Hoe worden de huidige zorgtechnologieën ingezet in de behandeling bij Novadic-Kentron?
* Wat ziet u als effectief in het inzetten van zorgtechnologie?
* Wat zijn verbeterpunten?
* Hoe ziet u de toekomst van het inzetten van zorgtechnologie in de behandeling?
* Welke voordelen en nadelen zijn er voor de professional in het inzetten van zorgtechnologie?
* Welke voordelen en nadelen zijn er voor de cliënt in het inzetten van zorgtechnologie?
* Welke meerwaarde heeft zorgtechnologie in de behandeling?

 | Er worden vooral behandelingen in een hybride vorm ingezet, puur online behandelingen doen wij niet. Er wordt gestreefd om behandelingen zoveel mogelijk thuis plaats te laten vinden, dus ook een detox. Voor de cliënt en professional kan het onwennig zijn. Het levert veel op, de cliënt kan altijd bezig zijn met de behandeling en je hebt ook direct contact via chatberichten. Je hebt ook echt het menselijke aspect nodig, die interactie blijft van waarde. Met technologie kan je een hoop routine uit het proces halen, waardoor de kern van de therapeutische relatie over blijft. Geen psycho-educatie meer.  | Online behandelen is soms gemaakt, ik moet daar wel op letten, vooral op de communicatie. De cliënt kan het altijd inzetten, er is sneller contact, het is toegankelijk. Nadelen vind ik de afstand en de verwachtingen van 24/7 bereikbaar zijn. Als professional vind ik de voordelen dat je minder gebonden bent aan tijd en plek. Nadelen vind ik de toegankelijkheid, dus het bereikbaar zijn. Oudere cliënten lopen vaak tegen praktische zaken aan, jongeren lossen dit sneller op. Niet veel lijken aan te haken door een onbewuste drempel van extra dingen thuis te moeten doen.  | Het appen werkt heel fijn omdat je makkelijk afspraken kan doorappen en er is een verlagende drempel om bijvoorbeeld een terugval te vermelden. Daarnaast merk ik dat mensen op hun eigen tempo bezig kunnen zijn met hun behandeling, het kan ook altijd buiten kantoortijden. Mensen vinden ook echt erkenning in ervaringsverhalen die online staan. Wel hebben cliënten vaak problemen met praktische zaken, dat het bijvoorbeeld even niet lukt. Dan merk je wel dat het iemand frustreert. Als behandelaar vind ik het echt een meerwaarde om te zien wat iemand registreert, je hebt veel beter zicht op iemands risicomomenten.  | Ik merk vooral dat het heel fijn is dat je het altijd kan doen, zowel voor de cliënt als voor de behandelaar. Het is niet plaats- of tijdsgebonden. Wel merk ik dat het afstandelijker is dan het face-to-face contact waardoor je soms belangrijke non-verbale communicatie mist. Dan kan iemand bijvoorbeeld heel vrolijk een berichtje sturen maar gaat het daarna toch fout. Dat vind ik dan wel lastig om dat in te schatten, want je het verkeerd interpreteren. Het is wel heel makkelijk om even snel een afspraak door te appen of even kort een berichtje sturen.  | n.v.t.  | Alle respondenten vinden het voordeel aan online behandelen dat het altijd kan, dat het niet plaats- of tijdsgebonden is. Nadelen zien twee respondenten dat de praktische kant van het online behandelen nog niet optimaal werkt.  |
| **Topic 3: Scholing** * Hoe worden professionals opgeleid in het werken met zorgtechnologie?
* Welke belangen zijn er om opgeleid te worden in zorgtechnologie?
* Wordt de professional bepaalde kennis, houding en vaardigheden aangeleerd om te werken met zorgtechnologie? Is dit noodzakelijk? Welke kennis, houding en vaardigheden dan?
 | Het is van belang dat professionals worden voorbereid op een digitale werkpraktijk, juist om die handelingsverlegenheid voor te bereiden. Er wordt een algemene cursus gegeven, het wordt ondersteund door superusers (collega’s die iets meer gevoel ervoor hebben) en er is ondersteunend E-learning. Het is daarnaast heel belangrijk dat je anders gaat leren communiceren, ook online moet je aansluiten bij je cliënt. Verder hangt het heel erg sterk samen met persoonlijkheid, je hebt een nieuwsgierigheid nodig om je houding t.o.v. zorgtechnologie te veranderen.  | Ik ben er gewoon mee begonnen, ik kwam net van school dus was al thuis in het feedback geven en reflecteren. Ik heb een opleiding gevolgd in online modules maken en ontwerpen. Ik heb daarna ook een training gevolgd voor het praktische stuk maar dat wist ik allemaal al. Er is aanbod, maar komt maar zoveel in een aantal maanden voorbij, hierin is een beginnerscursus en een gevorderde cursus. Veel collega’s hebben ook een drempel om het in te zetten, vooral omdat we hier klinisch werken.  |  | Naar mijn weten wordt er wel een cursus aangeboden, maar heb ik die nooit gevolgd. Ik ben er eigenlijk maar gewoon mee begonnen. Het zit ook best makkelijk in elkaar en samen met je collega´s kom je er wel aan uit.  | In mijn opleiding ben ik niet opgeleid in zorgtechnologieën. Als ik eerlijk ben had ik ook geen idee wat ik mijzelf daarbij moest voorstellen voor dit interview. Ik heb wel in mijn stages te maken gehad met zorgtechnologie, maar dat heb ik dus vooral geleerd in de praktijk. Ik denk wel dat het belangrijk is om opgeleid te worden hierin, zeker met het idee dat er steeds meer online hulpverlening komt. Ik vind het wel een eng idee dat straks alles online gebeurt. Dat maakt je een soort van handelingsverlegen waardoor je er niet mee aan de slag gaat. Het zou naar mijn mening van belang zijn om zorgtechnologie te implementeren in de opleiding, zodat je er al beter op voorbereid bent wanneer je het werkveld in gaat.  | Kennis lijkt minder lijkt om over te dragen aan nieuwe professionals. Het alleen weten dat het er is lijkt voldoende, zij konden er vervolgens zelfstandig en in teamverband prima mee uit de voeten, indien nodig is er toch een cursusaanbod. Houding en vaardigheden lijken meer aan de orde te zijn om een zorgtechnologie in de behandeling een succes te laten zijn. Er bestaat nog handelingsverlegenheid bij medewerkers, doordat zij niet goed weten hoe ze moeten communiceren via online met de cliënt. Hoe zij daar de juiste methodieken zoals in een therapeutisch gesprek kunnen toepassen. Daarin ontvangen zij nog geen richtlijnen vanuit Novadic-Kentron. Om zorgtechnologie toe te laten in je werk wordt er benoemd dat je nieuwsgierig moet zijn, moet kunnen kijken naar mogelijkheden om de behandeling te verbeteren voor de cliënt. Om te kunnen opleiden in zorgtechnologie zijn vooral de aspecten communicatie, behandelrelatie online opbouwen en zorginterventies inzetten van belang.  |
| **Topic 4: Beleid** * Welk beleid hanteert Novadic-Kentron in het inzetten van zorgtechnologie?
* Hoe ziet u dit beleidsmatig terug in uw eigen werk?
 | In management zie je veel verschillende dingen gebeuren, wanneer een teamleider zijn team er niet op aan stuurt om aan de slag te gaan met een hoger rendement te behalen, zal je ook zien dat het daarbij blijft. Het ligt hierin ook aan in hoeverre diegene zich handelingsbekwaam voelt om ermee te experimenteren. Daarnaast organiseren we ook samen met minddistrict sessies met behandelaren en cliënten, om te kijken wat er beter kan.  | In teamvergaderingen gaat het altijd wel kort over het aantal percentage wat we als team behalen met online behandelen. Dit geeft eigenlijk wel veel motivatie om het meer of anders te doen. Zo ben je veel meer aan het kijken hoe je het toch passend kan maken voor je client. Je kan ook veel van elkaar leren door het er met elkaar over te hebben.  | In het team wordt er vooral gekeken naar hoeveel percentage we behalen in het online behandelen. Dan gaat het er niet zozeer om of iemand het goed of fout doet maar vooral naar wat je van elkaar kan leren in het proces.  | n.v.t. | n.v.t.  | Alle respondenten geven aan dat het wordt besproken met een teamleider of in de teamvergaderingen. Er wordt gezegd dat je veel van elkaar kan leren en er niet zoveel gekeken wordt naar rendement. Toch lijkt het vanuit beleidsniveau zeker wel belangrijk  |
| **Topic 5: Ethisch*** Welke ethische dilemma’s heeft u op het gebied van het inzetten van zorgtechnologie?
 | Wat we vooral zien gebeuren is dat de instroom aan het veranderen is, je hebt al een behandelrelatie maar je cliënt nog niet gezien. Stel nu dat je cliënt suïcidaal is, dan heb je nog geen monitoring. Je kan het gewoon niet goed inschatten online, terwijl als je een behandelrelatie hebt wel.  | Ik persoonlijk nog niet, maar ik kan het mezelf wel voorstellen als een cliënt in crisis zit. Daarnaast kunnen mensen je altijd bellen, dat alles zwart-op-wit heeft voordelen maar ik vind het wel lastig als ze mij elke keer gaan bellen als het niet goed gaat.  | Ik heb niet 1,2,3 een voorbeeld. Ik heb wel eens iemand gehad die mij mee uit heeft gevraagd, maar dat vind ik niet perse een ethisch dilemma. Ik denk het eigenlijk niet. De dingen die ik wel heb benoemd, iemand die kortaf reageert of boos reageert. Het is wel anders dan dat het in gesprek gebeurd, omdat je dan iemand ziet maar het is niet dat het dan een dilemma is. Op die momenten zoek ik dan toch het face-to-face contact. Ik kan mezelf wel inbeelden dat iemand het in een opwelling stuurt. Dan zou ik iemand bellen en daarop insteken zoals in gesprek.  | Wat ik wel lastig vind is bijvoorbeeld whatsapp. Soms bellen mensen je tien keer achter elkaar, terwijl je dan in gesprek zit. Dan achteraf blijkt het geen crisis. Mensen lijken eerder geneigd te zijn om snel de telefoon te pakken. Dit vraagt best wel wat van je als professional, want je zal de verwachtingen duidelijk moeten maken. Maar dat is ook niet helemaal meer de tijd van tegenwoordig, alles gaat zo snel.  | n.v.t.  | Uit de antwoorden van de professionals komt naar voren dat het vooral lastig is om een inschatting te maken van de situatie van de cliënt en dat het beter in te schatten is wanneer je een cliënt ziet. Daarnaast lijkt het er ook op dat het lastiger is om te reageren op de cliënt omdat het anders geïnterpreteerd kan worden.  |
| **Topic 6: Juridisch** * Welke juridische vraagstukken doen zich voor in het inzetten van zorgtechnologie?
* Welke veranderingen gaan er komen met de intreding van de AVG?

 | We zijn bezig om een beveiligde mailomgeving te maken, daarnaast mogen medewerkers niet meer whatsappen en je mag geen prints meer laten slingeren.  | We hebben een cursus over de nieuwe wet, dat is ook het enige. Verder hoor je het vooral direct van collega’s. Zo is bijvoorbeeld onze mail niet goed beveiligd, je wordt daar niet echt in opgeleid. Ik kan mezelf voorstellen dat als ik vragen heb ik bij iemand terecht kan maar ik zou niet weten bij wie.  | We hebben een online module gevolgd over de nieuwe privacywet. Ik merk wel dat ik terughoudender ben dan voorheen. Zo is de omgeving van minddistrict wel goed beveiligd maar mag je geen namen meer schrijven in je mail en volgens mij mag je ook niet meer appen. Je mag geloof ik wel op initiatief van je cliënt terug appen maar verder niet meer.  | We hebben een korte stoomcursus gevolgd over de nieuwe wetgeving met het team. Daarin werd bijvoorbeeld wel duidelijk dat je geen namen meer mag noemen van je cliënt in mails die buiten NK worden verstuurd en dat je moet oppassen voor documenten. Zo kan je echt een probleem hebben als je een document ergens laat slingeren. Het vraagt wel om een secure blik van de professional. Het hele app gebeuren is bij iedereen nog onduidelijk, de ene collega zegt dat je helemaal geen app contact meer mag hebben en de ander zegt dat je alleen geen inhoudelijke informatie mag bespreken.  | Ik ben vooral van de nieuwe wet op de hoogte door social media, privé. Ik loop nu geen stage meer dus merk ik ook dat ik niet goed weet welke veranderingen dat met zich mee brengt in de zorg.  | Alle professionals van Novadic-Kentron hebben een module voor de veranderingen van de AVG kunnen volgen. Het lijkt alsof er veel onduidelijkheid is bij alle medewerkers over het app contact met de cliënt. Er wordt hier geen opleiding of eenduidige informatie in geboden.  |
| **Topic 7: Methodiek** * Hoe ziet u de werkende methodieken terug in het inzetten van zorgtechnologie?
* Zijn deze expliciet aanwezig in de inzet?
 | Vooral de therapeutische relatie die je kan opbouwen, het aansluiten bij je cliënt moet je ook online doen.  | Ik merk dat ik moet oppassen met mijn woordkeuzes, dus aansluiten bij de cliënt. Je bent meer gemaakt, dus de methodiek komt wel anders naar voren.  | Ik merk dat ik altijd goed nadenk over wat ik precies zeg via online, niet veel anders dan in het face-face contact maar toch heb ik het idee dat ik er alerter op ben.  | N.v.t.  | N.v.t. | De professionals zien vooral de methodiek terug komen in het online dat je moet aansluiten bij je cliënt net zoals je dat in gesprekken doet en de woorden gebruikt die de cliënt ook gebruikt.  |
| **Topic 8: Ontwikkelingsmogelijkheden** * Welke ontwikkelingen/mogelijkheden ziet u in de inzet van zorgtechnologie binnen de behandeling? Welke voordelen kan dit de cliënt opleveren?
* Welke ontwikkelingen zijn er nodig voor het opleiden van (aankomend) professionals?

 | Ik voorzie dat als we meer gaan werken met big data, het systeem al keuzes voor ons zou kunnen maken. Dan zouden we wel veel meer met elkaar moeten samenwerken, om bijvoorbeeld patronen meer te gaan herkennen. Daarnaast ook de monitoring als iemand thuis gaat afkicken. Ik denk dat er vooral opgeleid zou moeten worden om de handelingsverlegenheid weg te nemen en vooral ook het stuk communiceren via online.  | Ik denk dat je heel veel op maat kan maken. Je hebt bijvoorbeeld veel modules met verslaving, maar nog niet voor specifieke doelgroepen. Daarnaast meer monitoren als iemand uit de kliniek weggaat. Ik zie daarin wel een samenwerking met anderen, maar dan denk ik dat er nog wel heel veel moet gebeuren. Ik merk dit ook bij behandelaren, het schrikt best af dat er online zoveel mogelijk is.  | Ik zie dat er steeds meer aandacht voor is, daarin steeds meer medewerkers bekend maken met en motiveren. Daarnaast zie ik mogelijkheden in skypen en beeldbellen.  | Ik zie in ons werk wel veel meer monitoring, waardoor mensen veel minder snel opgenomen hoeven te worden maar direct al in de eigen omgeving kunnen oefenen met afkicken en omgaan met zucht. Daarnaast zie ik wel dat de systemen steeds slimmer worden, waardoor er denk ik veel papierwerk al direct online kan, bijvoorbeeld dat iemand een intake zelf al gedeeltelijk invult en je daarna pas in gesprek gaat. Dit neemt al wat tijd weg voor de behandelaar en ook voor de client die al enigszins weet wat hij kan verwachten qua vragen.  | n.v.t.  | professionals zien een hoop mogelijkheden zien in ontwikkelingen, waarin vooral bijgedragen kan worden aan het preventief voorkomen van verslaving door het herkennen van patronen of door meer maatwerk te leveren waardoor de cliënt de behandeling nog persoonlijker ervaart. Samenwerking lijkt hier aan de orde te zijn om verder te kunnen ontwikkelen in zorgtechnologie maar hier zijn nog twijfels over en gebeurd ook nog niet. Een professional ziet ook vooral ook groei op het gebied van beeldbellen en skypen om nog meer cliënten te bereiken die nu niet worden bereikt.  |

**Bijlage V Aantal besproken topics**

Tabel 2. Aantal besproken topics

In onderstaande tabel is te zien welke topics het meest worden aangehaald door de respondenten, hierin blijkt scholing, behandeling en zorgtechnologie de voornaamste onderwerpen. Deze zijn dan ook vooral belangrijk in de innovatie van het onderzoek.

|  |  |
| --- | --- |
| Conclusie 1: Behandeling wordt het meest besproken door alle respondenten | Verwijzing: zie tabel 2 (p. 56) |
| Conclusie 2: Scholing wordt als een na meest besproken in de interviews | Verwijzing: zie tabel 2 (p.56) |
| Conclusie 4: Methodiek is het minst besproken in de interviews | Verwijzing: zie tabel 2 (p. 56)  |

**Bijlage VII Interview 1.
Novadic-Kentron, M. Reddemann. Datum: 16 april 2018.
Duur interview: 53.28**

**Topic A. Zorgtechnologie**
*Welke zorgtechnologieën worden al ingezet binnen Novadic-Kentron?*

We gebruiken voornamelijk de behandelomgeving van minddistrict. Die kan je grof onderverdelen in behandelinterventies, dagboeken en feedback. Dat gebeurd zowel op de PC maar sinds een jaar ongeveer ook in de vorm van apps. Wij steken er altijd op in dat er een hybride behandeling is, dus een deel vindt online plaats en een deel face-to-face. Puur online behandelingen doen wij niet.
Alles kan in het behandelproces van intake tot terugvalpreventie in een hybridebehandeling plaatsvinden. **(1, 2)**

*Zijn er ook andere ontwikkelingen in zorgtechnologieën binnen Novadic-Kentron?*

Zeker! Virtual Reality. We zijn bezig een omgeving te bouwen voor cure-exposure, dus dat cliënten in een virtual-reality omgeving kunnen leren om met triggers die hun verslaving oproepen of craving oproepen om te gaan. We zijn er ook naar aan het kijken of we niet meer met monitoring, met fysiologische parameters kunnen werken. Zeker als je een detoxificatie thuis begeleidt, wil je graag bloeddruk en allerlei parameters in de gaten houden. Er zijn al allerlei devices van armbanden en horloges als je die kan gebruiken om te monitoren hoe met een patiënt gaat die aan het afkicken is. **(1)**

*Gaat het dan om leefstijlmonitoring? Of is het dan ook domotica?*

Niet direct domotica. Het zijn meer de personal devices. Volgens mij valt het niet direct onder domotica, want dat zijn dan echt veranderingen in het huis zelf. Daar zijn we zeker niet mee bezig, want dat speelt voor onze cliënten niet. Het is haast nooit dat je een aanpassing in de fysieke omgeving moet doen. Het gaat ook niet perse over leefstijlmonitoring, omdat het echt gaat over de fysieke toestand van de cliënt monitoren. Vooral kijken naar hoe is je bloeddruk, hoe is je hartslag zodat je weet dat je cliënt gezond is terwijl hij aan het afkicken is. Soms kan het allerlei nare fysieke consequenties met zich meebrengen. **(1)**

*Dat geldt dan ook vooral voor de ambulante cliënten?*

Ja. We streven ernaar om alle behandelingen zoveel mogelijk thuis te laten plaatsvinden dus ook detoxen. Wat vroeger bijna altijd in een klinische omgeving gebeurde, dat gebeurd voor nu voor een véél groter deel thuis. **(2)**

*Zo te horen zijn er al veel ontwikkelingen gaande, staan ze dan nog wel in de kinderschoenen?*
Nou, een andere interessante waar we mee bezig zijn is locatiemonitoren en dan kom je dichterbij die leefstijlmonitoring. Gokkers die in de buurt van een casino komen, waar ze normaal zouden spelen, die kunnen in een app met zichzelf en een begeleider afspreken; op die en die avond wil ik zoveel uur in het casino kunnen gokken, als ik dat op andere dagen of op andere tijden kom of langer blijf dan dat ene uur of twee uur dan dat ik mezelf had toegestaan. Dan gaat er eerst een seintje naar de gokker zelf, een pushbericht. Daarna naar een maat die je hebt ingegeven, bel je vriendjes even op want je gaat over de schreef en die heeft steun nodig. Dat is echt locatiemonitoring en kijken waar hang je uit, hang je daar te lang uit en dus echt de slimheid die in zo’n smartphone zit gebruiken. Om cliënten tegen zichzelf in bescherming te nemen. **(1)**

*Werken jullie bijvoorbeeld ook met big data?*

Nee, Zover zijn we nog niet. Dat is wel op den duur het streven maar dan nog in een bedrijf waar je zo’n vijfduizend cliënten per jaar behandelt, voordat je daar echt patronen of de hoeveelheid data hebt voor je daar patronen aan kunt afleveren. Daarvoor moet je heel veel data verzamelen. Dat wordt pas interessant als je met alle verslavingszorginstellingen samenwerkt, maar dat zie ik er wel aankomen. **(8)**

*Kan je dan zeggen dat E-health nu de grootste rol heeft als zorgtechnologie?*

Ja, absoluut.

*Kunt u ook wat meer vertellen over uw zicht op het gebruikerspercentage en de effectiviteit?*

Zeker, zeker. We gebruiken al sinds inmiddels zes jaar ongeveer. Je ziet het ook langzaam toenemen, niet in de mate waarin ik zou willen dat het toeneemt maar het gaat langzaam vooruit.
Cliënten vragen er meer om en behandelaren hebben iets minder schroom om het ook werkelijk in te zetten. Het staat ook in alle zorgpaden als voorkeursbehandeling of op zijn minst als aanvullende module, dus eigenlijk is voor bijna alle patiënten en groepen een blend behandeling. **(1, 8, 2).**

*Wat betekenen zorgtechnologieën voor Novadic-Kentron?*

Dat is een beetje een heikel punt, in de zin dat je ziet dat een aantal collega’s. Ik bedoel als je het hebt over Novadic-Kentron kan je een aantal lagen onderscheiden: managers, teamleiders, medewerkers.
Om vanuit patiënten te beginnen, is het onwennig. Die hebben nog het beeld: ‘ik kom bij de psycholoog of bij de maatschappelijk werker en die zal mij wel even door mijn leven gidsen’.
Zo werkt het al heel lang niet meer, maar dat is nog wel het beeld wat veel patiënten hebben dus die vragen er niet naar. Je moet het ze aanbieden en op een manier aanbieden die het aantrekkelijk maakt voor cliënten: op eigen tijden met mijn behandeling bezig zijn of willen wachten twee weken tot de volgende afspraak. Als de cliënt het zwaar krijgt, kan de cliënt ook direct een chatbericht sturen naar mijn behandelaar. Een cliënt kan niet alleen naar de behandelaar iets sturen, maar kan ook mensen uit zijn eigen sociale kring uitnodigen om deel te nemen aan de behandeling en hem of haar dus te steunen die weg die wordt afgelegd. Dan zie je dat een aantal collega’s de smaak er goed van te pakken hebben maar dat er ook een aantal collega’s zijn die er nog steeds onwennig tegenaan kijken. We zijn er al 6 jaar in bezig en dan hoor je dat ze er niet voor hebben geleerd in de opleiding, ik vind het ingewikkeld met al die knopjes. Moeilijk, moeilijk, moeilijk. Dan zie je dat ze het de cliënt wel aanbieden maar dan wordt er wel bij verteld door de behandelaar: ‘het is wel ingewikkeld hoor mevrouw, doet u het maar niet. Komt u maar gewoon over twee weken weer langs’. **(1, 3, 4)**

*Ik hoor dat u het woord: ‘onwennigheid’ bij zowel cliënt als bij de professional gebruikt. Is dit dan echt een valkuil?*

Ja, dat is absoluut een valkuil. Daarom raakte ik ook getriggerd door jouw onderzoek. Als je het er dan over hebt wat er in het curriculum moeten gebeuren op een hogeschool of op een universiteit dan denk ik; jullie gebruiken ook steeds meer digitale elementen in het onderwijs maar bereiden jullie studenten voor op een digitale werkpraktijk? **(3)**

*Hoe kijkt u daar tegenaan dat studenten niet op een digitale werkpraktijk worden opgeleid?*

Dat is vanaf het begin een doorn in het oog geweest. Jonge afgestudeerde professionals die hier binnenkomen, psychologen of maatschappelijk werkers, van een generatie waarvan je denkt; ‘nou dat zijn digital natives’. Die gaan er zo mee aan de slag, drie van de tien zie je dat ook doen. De rest staat er net zo verbaasd naar te kijken als doorgewinterde behandelaren. Dat verbaasde mij in eerste instantie. Na een aantal gesprekken met jonge collega’s, begreep ik het, ze hadden het niet geleerd. De handelingsverlegenheid waar ik het dus net over had, die worden op school ook niet voorbereid om studenten daarmee te helpen.  **(3)**

*Hoe worden jonge professionals bij jullie opgeleid in kennis, vaardigheden en houding?*

Dat doen wij op een andere manier, wij geven een training. Een knoppentraining, zodat je weet wat erin zit en wat je ermee kunt doen. Het is vooral een technische uitleg van het hele systeem, dat wordt gedaan via een algemene cursus meestal. Het wordt ook ondersteund door E-learning en we hebben ook op alle locaties superusers die dan meer gevoel ervoor hebben en met collega’s gaan kijken naar de caseload en welke cliënt met online behandeling in aanraking kan komen. We hebben regiebehandelaren die de vraag ook altijd stellen in de cliëntbesprekingen. We werken nu samen met minddistrict om een nieuwe training te ontwikkelen om juist die drempel te verlagen en de cultuur te beïnvloeden en te zeggen: ‘beste team, als jullie een hoger rendement in je behandeling wilt behalen is dit een van de makkelijkste en goedkoopste manieren. We hebben al een licentie voor alle cliënten en medewerkers’. Je kan de intensiteit van je behandeling enorm verhogen zonder dat je er veel extra tijd aan kwijt bent. Heel veel kennis en interactie zit al in het systeem, dat hoef je als behandelaar niet meer te doen. Jouw toegevoegde waarde als behandelaar is enorm groot want die zit juist in de niet-routine elementen. De routine-elementen die staan allemaal online. Feedback geven, ingaan op specifieke situaties, situaties doorpluizen en alternatieven ontwikkelen dat is juist de toegevoegde waarde. **(3)**

Je hebt het menselijke aspecten echt nodig, daarin zie je dan ook dat in online behandelingen ook beeldbellen wordt ingezet. Dat je wel het onlinebehandelsysteem hebt maar dat je het contact met de behandelaar via beeldbellen voor elkaar krijgt. Die persoonlijke interactie blijft van toegevoegde waarde. Je weet uit onderzoek dat het de adherentie, het blijven volgen van een behandeling heel belangrijk is. Ze haken veel later af.

Je houdt ook na dat de cliënt klaar is, dat ze nog wel terugvalpreventie kunnen volgen. Daarin bemoeien wij ons niet meer actief met ze, maar je kan je account houden en als een werkboek gebruiken.
Onze ervaring leert ook dat het digitaal veel beter werkt, de papieren versies van eerst raakten men voortdurend kwijt.

Op zo’n smartphone kan je voortdurend pushberichten sturen; heb je al je dagboek ingevuld, heb je al je cravinggrafiek voor deze week bekeken?
Dan blijft het veel meer in de voorhoofd van de cliënt zitten. **(2)**

*Zijn er verder nog ontwikkelingen in Mobile-Health Apps*
Wij hebben verder geen ontwikkelingen meer op dit moment, behalve de gok-app zoals hiervoor genoemd. We hadden ooit wel een app ontwikkeld; ‘alcohol in de hand’. Deze is zeer verouderd en mag wat mij betreft uit de roulatie worden gehaald. Meer wordt er op dit moment niet ontwikkeld, maar in de verslavingszorg worden er nog wel een aantal apps ontwikkeld. Wij werken nu sinds een half jaar ongeveer steeds meer samen om die ook met elkaar uit te wisselen. Wat de ene ontwikkeld in het behandelsysteem, dat mag de ander in zijn behandelsysteem inzetten. In die zin is dus ook het verschil tussen Karify en Minddistrict. Wij ontwikkelen veel samen met Minddistrict maar nu zijn we onze CRA behandeling bezig om online interventies te schrijven. Die mag Jellinek ook gebruiken in hun behandelsysteem.
Het script blijft hetzelfde, het maakt dan niet meer uit in welke omgeving je het ziet. **(1)**

*O: We hadden het net al even kort over kennis en houding van de professional, maar welke vaardigheden heeft de professional nodig om te kunnen werken met zorgtechnologie?*

Wat heel belangrijk is, is dat je heel anders gaat communiceren. **(3).**

*O: Kunt u dat uitleggen?*

Ja, als je online communiceert dan staat het gewoon zwart-op-wit. In een gesprek, kan ik mijn zinnen half afmaken en jij begrijpt toch wel wat ik bedoel. Als je dat op papier doet, moet je veel beter nadenken over hoe je dingen opschrijft. Een van de belangrijke dingen in een therapeutisch gesprek is dat je zo nauw mogelijk aansluit bij de cliënt, dus woorden gebruiken die de cliënt ook gebruikt. Dat moet je in je schriftelijke communicatie ook doen, dat is een hele omslag, ook in de zin dat als een cliënt ooit een klacht heeft, dan kan diegene zwart-op-wit laten zien dit heb ik geschreven en dit is zijn reactie geweest. De cliënt kan het onder de maat vinden en zich miskend voelen. Daarmee heeft hem bijvoorbeeld tot een terugval of tot suïcide gedreven. Het staat daar wel zwart-op-wit en de klachtencommissie kan zien dat de behandelaar niet in het terugvalpreventieplan heeft gekeken. Daar moet je jezelf van bewust zijn en een deel van die handelingsverlegenheid van medewerkers komt denk ik onder andere daardoor. Hoe communiceer je nou met je cliënt op een manier dat die bij de les blijft. Dat hij het ook aantrekkelijk vindt om de volgende modules ook te doen. Hoe bouw je nou spanning op in je feedback, een soort cliffhanger. Net als een serie op de tv, dat een cliënt denkt daar wil ik meer over weten. Dat is wat je moet hebben. **(3, 7)**

*O: De nieuwsgierigheid opwekken van je cliënt?*

Ja zeker en het ook spannend houden. In een gesprek met een behandelaar en cliënt gebeuren er ook spannende dingen, wat het aantrekkelijk moet maken om volgende week ook weer te komen. Als ik hier zit als een soort zoutzak, dan denkt de cliënt ook: ‘moet ik daar nou wat van leren, zou niet weten hoe!’. Dat is online precies hetzelfde. Daar moet je ook communiceren als een goede schrijver. Met woorden die je oppikt van de ander en in een ander licht zet. Waar je jezelf in nieuwe inzichten aantrekkelijk maakt, waardoor de communicatie blijft voortduren. **(2,3)**

*O: Hoe leiden jullie mensen daar dan voor op? Het klinkt nog best lastig.*

Het is niet lastig, het is net als een goed therapeutisch gesprek voeren, al is dat ook onwijs lastig natuurlijk, maar het schriftelijk te doen is niet lastiger dan mondeling. Nu zeg ik dat wel zo. **(3)**

*O: Welk gevoel ik heel erg krijg, is dat het klinkt alsof mensen toch de hakken in het zand kunnen zetten, omdat ze de E-health op zich al een omslag vinden.*

Ja dat klopt. In die E-learning zitten heel veel oefeningen hoe je dat nu moet doen. De superusers dat zijn mensen die echt succesvol zijn met hun cliënten en naar de communicatie van collega’s kunnen kijken. Zij kunnen ze ook wijzen op welk effect, de communicatie via internet heeft voor de cliënt. Dan kunnen zij bepalen of dat ook het effect is wat ze ermee wilden bereiken. Dat zijn dingen die je niet in een klas leert, maar vooral door het heel veel te doen leert. Ik denk dat wat studenten veel doen is appen met elkaar, communicatie vooral via internet. De taal wordt heel erg uitgekleed, tot een kern van gemuteerde woorden, waar klinkers uit zijn gehaald. Dat is allemaal prima, dat mag, maar dat is informele communicatie. Hoe gebruik je dus whatsapp op een manier die iets minder informeel is, maar waar geen misverstanden kunnen ontstaan. Cliënten kennen de taal. Dat hoeft dus geen beletsel te zijn om elementen uit die taal te gebruiken, maar om die wel heel secuur te gebruiken. Niet slordig. In therapeutische gesprekken ben je ook niet slordig, dan ben je ook bewust van je houding en welke woorden je gebruikt. Wanneer je wel inspringt op de ander en wanneer niet. Dat is online niet anders. Dat kost in het begin behandelaren best wel wat tijd om goede feedback te schrijven, maar het gaat daarna wel beter. **(2, 3)**

*O: Dus het is vooral in het begin een moeizame start, maar wordt het wel vrij snel opgepakt?*

Ja en het is helaas niet even wat moeilijk, maar sommige mensen blijven er moeilijkheden mee houden. Mensen die daar weinig mee bezig zijn, die bouwen nooit routine op. Bijvoorbeeld als een cliënt na anderhalve maand afhaakt en dan het na vijf maanden weer probeert, wordt er nooit routine opgebouwd. Die blijven dus heel lang in dat stadium van opstarten. Mensen die het snel oppikken, zijn eerder door die opstartfase heen. Dan heb je veel meer reacties op schrift staan die je dan weer kan inzetten**. (3)**

*O: Is het dan meer ervaring wat je moet hebben, maar ook misschien de houding?*

Ja en ik weet niet hoe jullie oefenen op cliëntcontact op therapeutische gesprekken, tijdens de gesprekken?

*O: Als we het hebben over zorgtechnologie, hebben wij dat nooit gehad. Vooral op stage heb ik dat opgepakt, maar werd het minimaal ingezet, ik merkte dat het heel onwennig nog was voor iedereen.*

Daar zaten een aantal behandelaren die er heel goed mee waren, maar die zijn helaas vertrokken. Die zorgen er dan echt voor dat het echt gaat leven en dat het meer als team wordt gedragen. **(3)**

*O: Dat klopt, dat is toch wel een interessant gebeuren.*

Weet je wat het is Iris, dit gebeurd met alle innovaties, niet alleen met deze. Of mensen met innovaties uit de voeten kunnen, hangt heel sterk samen met de persoonlijkheid. Mensen die een beetje angstig zijn voor veranderingen, die zijn voor alle innovaties terughoudend. Je hebt een aantal types nodig in een team, die nieuwsgierig zijn en er meer van willen weten hoe het, het werk kan verbeteren. Die gaan experimenteren. In Roosendaal had je Daan, die als een van de eerste behandelaren ermee aan de slag ging. Die vertelde heel mooi toen hij er net mee begon, ongeveer zes jaar geleden, die vertelde tegen zijn cliënten: ‘ik heb iets nieuws geleerd en ik heb zin om daarmee te experimenteren, heb je zin om mee te doen?’. Hij had direct een aantal cliënten over de streep getrokken en de cliënten waren mooi met de behandeling bezig. Als je transparant ben als behandelaar, ook over je eigen onzekerheid, zijn er weinig cliënten die je dat kwalijk nemen. Wat zij dan ervaren is dat het ook maar een mens is. Een kankerpatiënt wil niets liever dan aan een trial meedoen, dus waarom zou het voor onze cliënten niet werken?
Als we maar duidelijk kunnen maken dat het effectief is en dat kunnen we. **(2, 3)**

*O: Hoe dragen jullie de meerwaarde van het online behandelen naar je cliënt uit?*

Dat is heel verschillend. De ene behandelaar draagt het uit dat het je echt gaat helpen omdat je dan door de hele week met je ontwikkelproces bezig kan zijn. De andere behandelaar zegt kom volgende week maar lekker weer op afspraak. Dat is veilig voor ons allebei. Daar is een verschil tussen. Dan is het goed om vanuit de volgende laag te kijken, we hebben het gehad over hoe cliënten er tegen aan kijken en medewerkers op de werkvloer. Management kijkt er ook op een bepaalde manier tegenaan, daarin zie je ook grote verschillen dat de een er wel iets mee heeft en de ander minder. Dan zie je dat teamleiders zouden moeten uitdragen naar het team dat ze achterlopen in rendement en dus meer online zouden moeten inzetten. Hoe gaan we dat aanpakken? Een andere teamleider zegt dat hij al met honderdduizend andere innovaties en onderwerpen bezig is, ik kan dit er niet ook nog bijhebben. Dan is het voorbij. Het is heel sterk afhankelijk hoe een persoon omgaat met veranderingen en ook of de persoon zich handelingsbekwaam voelt om daar mee te experimenteren.
Cliënten gaan je echt wel vertellen dat het niet heeft geholpen. Met Minddistrict organiseren we ook sessies met behandelaren en cliënten om elementen van zo’n behandeling door te nemen en te bekijken wat er beter kan. Ook welke communicatie. We hadden bijvoorbeeld vier filmpjes om mindfullness te introduceren, welk filmpje werkt nou wel en waarom. Dan neem je cliënten ook serieus en je bent lekker met elkaar aan het experimenteren. Wat werkt wel, wat werkt niet. Hoe kan het beter?
Cliënten vinden dat echt niet erg, ze voelen zich alleen maar serieus genomen en dat ze op hun deskundigheid worden gevraagd. Hun ervaring wat ze opdoen in een behandeling kunnen ze kwijt, zij willen ook graag op een metaniveau daarover nadenken. **(3, 4)**

*O: Dan heb je natuurlijk ook weer die transparantie waar u het net over had?*

Ja precies, dat is heel belangrijk!

*O: Want hoe ziet u de meerwaarde van technologie inzetten?*

Ik denk dat je met technologie een hoop routine uit het proces kan halen en systemen zijn slim genoeg om dat efficiënt toe te passen. Als we verder zijn in big data, kunnen we waarschijnlijk systemen ook allerlei keuzes laten voorbereiden. Dat neemt een hoop stress weg in de beslissingen die ik als behandelaar moet nemen. Dat maakt het mogelijk, waar we het net ook al over hadden, dat ik de kern van de therapeutische relatie meer tot kern van onze interactie kan maken. Dat ik niet al die kennis hoef over te dragen. Alle voorlichtingen over alcohol en afkicken, die psycho-educatie, dat is toch voor iedere patiënt weer hetzelfde. Zoek het lekker op, op internet. Dan kunnen wij het hebben over de dingen waar het echt over gaat. Dat is hoe ik tegen innovaties aankijk, dit soort zorginnovaties, ik heb er geen ethische problemen mee. Het contact wordt er niet slechter door. Ik denk zelf dat ik er als behandelaar beter van ben geworden, dat het makkelijker is om protocollen integer uit te voeren **(2)**

*O: Hoe bedoelt u dat meer integer uit te voeren?*

In een behandelkamer weet je nooit wat er gebeurd. Niemand hoort wat er gebeurd en of ik wel het goede gesprek met jou voer. Als die behandelprotocollen zijn effectief en in het online systeem gezet, dan hoef je daar als behandelaar niet meer over na te denken. **(8)**

*O: U noemde net ethiek, spelen er dilemma’s?*

Ja, wat er speelt is met zelfhulp. Als je daarmee bezig gaat, we zijn nu bijvoorbeeld bezig om de hele instroom opnieuw te organiseren en veel meer online modules in te brengen. Onder andere online zelfhulp, psycho-educatie en dat soort zaken. Dan heb je een cliënt nog niet gezien, maar al wel een behandelrelatie, want je hebt hem al ingeschreven. Hoe ga je om met een cliënt die zich in die fase suïcideert? Dat is wel iets waar je een standpunt over moet hebben en tegen cliënten moet zeggen: ‘wij bieden u nu al wel iets aan, maar daar zit nog geen monitoring op’. We kunnen niet zien hoe het met u is, dus als u op basis van wat u leest of meemaakt in uw leven toch het gevoel van de brug te willen springen (zo zeg je dat natuurlijk niet) dan heb ik hier het nummer van de crisisdienst. Die kan je altijd bereiken. Je kan dat op die manier niet goed inschatten, als je een behandelrelatie hebt kan je dat veel beter inschatten. **(5)**

*O: Hoe zit het dan met de juridische kant, bijvoorbeeld met de komst van de AVG?*

We zijn als de speer bezig om een beveiligde mailomgeving te maken, er gaat veel te veel cliëntinformatie via de mail. Intern kan nog, dat is afgeschermd. Als ik cliëntgegevens via de mail naar een huisarts stuur, dan ga ik al nat. Wij moeten medewerkers heel hard afleren om dat te doen, ook via whatsapp te communiceren. Niet doen, mag niet meer. Al dat soort dingen die zijn wel degelijk van invloed hoe we daarmee om gaan, want dat is ook beleid. Ook printopdrachten mag je niet meer laten slingeren of een dossier die je vergeet in je werkmap. Het hoeft ook niet perse te gaan over digitale dingen.
Iedereen moet een cursus digitale vaardigheid en privacy volgen. Het gaat er vooral over dat je moet oppassen wat je laat slingeren. **(6)**
*O: Als je we nog kijken naar opleiden, wat zijn dan de belangrijkste aspecten?*

Ik denk hoe communiceer je nu digitaal, hoe bouw je een behandelrelatie op die zich deels online afspelen maar ook hoe zet je online interventies in een zorgprogramma in? Hoe haal je bij een cliënt online gegevens op?
Ook hoe je het inzet is heel belangrijk en uitlegt aan je cliënten. Dat is ook een deel van het communiceren. Hoe geef je feedback en hoe bouw je de behandelrelatie op**? (3, 8)**

*O: Dan heb ik nog een laatste vraag, ik wil nog heel graag andere professionals vragen, heeft u goede aanbevelingen?*

Zeker, ik heb nog twee collega’s die veel over dit onderwerp weten.

**Bijlage VII Interview 2.
 Novadic-Kentron, S. Walshout (psycholoog) . Datum: 15 mei 2018. Locatie: Vught. Duur: 35.04**

*Welke zorgtechnologieën worden al ingezet binnen Novadic-Kentron?*

R: Online behandeling met name dus. Verder… aan wat kan ik dan nog denken? Qua zorgtechnologie. **(1)**

*O: Ja of gebruik je apps bijvoorbeeld voor je cliënten?*

R: Nee, nee. Alleen dan de app behorende bij online behandeling, maar dat is dan voornamelijk het hele pakketje wat ik dan voornamelijk online gebruik en eventueel ook app-verkeer. **(1)**

*O: dus eigenlijk de online behandeling vooral?*

R: Ja!

*O: En zet je dan dat bij iedere cliënt in?*

R: Nee..

*O: In hoeverre zet je het dan in?*

R: Ik zet het nu vooral in, in een groep. Ik geef een groep, een CGT (Cognitieve gedragstherapie) groep training voor specifiek voor mensen met verslaving en autisme. Dat is een pilot studie vanuit Novadic-Kentron en daarbij hebben we wel echt bij iedere cliënt een zorgaanbod online wat zij volgen. Dat zijn nu de voornaamste cliënten waarbij ik online behandeling toepas. Dan heb ik er nog een paar losse lopen, maar het lastigste is dat ik voornamelijk diagnostiek cliënten zie en minder behandeling. Ik merk dat het bij diagnostiek toch minder in te zetten is. In ieder geval in mindere mate, dus voornamelijk de autisme groep. **(1)**

*O: en dan heb je dus ook met allemaal contact via het online programma?*

R: Ja, ik zie ze zowel face-to-face als online dus **(2)**

*O: Wat merk je dan in dat app contact, moet je op andere dingen letten?*

R: Ik moet persoonlijk gewoon letten op mijn taal. Wij zijn allebei van de app generatie dus je bent zo gewend om heel erg laagdrempelig te appen of bij feedback geven merk ik het ook. Nu is het ook wel mijn persoonlijke stijl als psycholoog zijnde dat ik wat laagdrempeliger ben, ook in het persoonlijk contact trouwens. Daar moet ik dan toch wel net even oppassen, nadenken over mijn woordkeuze. Dan merk ik wel dat ik daarop moet letten en dat je gewoon veel vaker moet zeggen ‘goed gedaan’ of ‘goed bezig’. Weet je wel, al dat positief complimenteren dat doe je in gesprek ook wel maar natuurlijker. Ik vind dat met online benauwd over af en toe. Dat is niet mijn stijl, dus daar moet ik wel mee aan de slag gaan. **(2)**

*O: Dus daar zie je dan ook wel de methodiek in terugkomen, maar lastiger toepasbaar in de communicatie?*

R: Ja, klopt helemaal. Je bent meer gemaakt. **(2)**

*O: Welke voordelen van zorgtechnologie zie jij voor de cliënt?*

R: Het feit dat ze het eigenlijk altijd overal kunnen doen. De dagboeken dat ze dat niet meer ergens op een papiertje moeten gaan schrijven, maar dat het in een app kan waar ze ook zijn. Dat er ook altijd heel snel contact kan zijn dus ook als mensen met vragen zitten, dat ze niet hoeven te wachten tot de volgende keer. Ik denk vooral het snelle en het makkelijke toegankelijk zijn voor de cliënt. **(2)**

*O: Zie je daar dan ook nadelen in of beter gezegd verbeterpunten?*

R: Ja, nadeel is denk ik vooral dat de afstand er is. Waar je tegenaan loopt is dat je als behandelaar niet 24/7 wilt zijn. Het kan wel, maar dat wil je niet. Dat is vooral ook lastig met appen merk ik, ik kan een cliënt hebben die mij appt in het weekend maar je bent maandag weer de eerste. Dat vind ik lastig, want ik merk dat online wel bepaalde verwachtingen schept van cliënten. Onbewust, ook al maak je afspraken. Die persoon heeft wel zoiets van goh, als er iets is, kan ik mijn behandelaar wel bereiken. Ik kan opdrachten maken en snel feedback krijgen. Onbewust die snelheid, vind ik wel een keerzijde. **(2)**

*O: Hoe begrens je dat dan voor jezelf als behandelaar?*

R: Ik maak voor mezelf nu wel afspraken, je mag mij altijd bellen of appen maar ik kan niet beloven dat ik terugbel of terug app. Ook met feedback geven, maak ik afspraken om zo snel mogelijk feedback te geven en dat het maximaal een week kan duren. Zeker voor de volgende keer dat we elkaar zien. Ik probeer er zo concreet mogelijk over te zijn. **(2)**

*O: We hebben het nu over de voor- en nadelen voor de cliënt, maar wat vind jij voordelen als professional zijnde?*

R: Dat het altijd tussendoor kan. Als je even een vrij uurtje hebt, kan het. Ik start om 08.00 met werk en dan hebben cliënten echt nog geen zin, dan kan je wel feedback geven. Je zit veel minder gebonden aan tijd, plek en je kan veel makkelijker thuis werken. Dat vind ik zelf de grootste voordelen. **(2)**

*O: Zie jij dan ook nadelen?*

R: De toegankelijkheid denk ik ook. Als behandelaar kan het een nadeel zijn dat er dus wel van je verwacht dat je er bent als het nodig is. Dan kan je als professional niet verzekeren. Het is een beetje hetzelfde nadeel zowel voor cliënt als behandelaar dat het idee van 24/7 naar is. Daar heb ik helemaal geen zin in. Ik merk vooral als beginnend psychologe dat je jezelf nog heel graag wilt bewijzen, dan heb je het idee dat dit erbij hoort. Dat is bullshit, want je hebt zoveel uur in je dag. Als je thuis bent, ben je thuis. Maar als je net beginnend bent denk je, wat ben ik aan het doen dan. Voor mij persoonlijk een keerzijde. **(2)**

*O: Zou dat voor iedereen kunnen zijn dat je heel erg in de snelheid van technologie meegezogen kan worden?*

R: Dat is vooral denk ik in de jongere generatie dat je denkt dat je altijd bereikbaar moet zijn, want dat ben je voor vrienden en familie ook. Die snelheid zorgt er denk ik bij de oudere generatie voor dat het stress oplevert dat ze alles veel sneller moeten doen. Dat lijkt mij dan ook weer niet fijn. **(2)**

*O: Merk jij dan bijvoorbeeld ook verschil bij je cliënten qua leeftijden?*

R: Oudere cliënten lopen vaak aan tegen praktische zaken, bijvoorbeeld dat de site niet werkt. Dat lossen jongeren sneller op qua of ze opdrachten maken en aanhaken, loopt naar mijn idee wel gelijk. **(2)**

*O: Dat is dus weinig verschil?*

R: Klopt.

*O: En hoe komt het denk je dat ze niet aanhaken?*

R: Ja, een onbewuste drempel denk ik van dingen thuis doen. Het hele huiswerk idee. De autisme groep die hebben al wekelijks huiswerk wat ze voor de groep moeten maken en dan ook nog thuis extra voor zichzelf iets doen, dat is dan mooi geweest. Het is gewoon die extra drempel en dat extra werk. **(2)**

*O: Zou het dan op een andere manier kunnen denk je?*

R: Ja, vind ik lastig. Ik denk nu vooral vanuit die pilot studie natuurlijk, vanuit daar zouden we veel meer huiswerk online kunnen aanbieden zodat het niet echt twee aparte delen zijn. Dat is het nu wel. We kunnen het veel meer integreren. Ik denk dat het ook belangrijk is in je behandeling, dat je huiswerk al online meegeeft in plaats van ook nog eens op papier dingen laten doen. Dat zou wel haalbaar kunnen zijn. **(8)**

*O: Je benoemde al met de kennismaking dat je nooit bent opgeleid met zorgtechnologie, Hoe ben jij hier opgeleid met zorgtechnologie?*

R: Ik ben hier begonnen zonder enige opleiding erin, gewoon maar doen en zien. Dat is ook de voordeel aan onze leeftijd, je bent er ook zo mee weg. Het is heel makkelijk ingericht dat online behandelen. Het is alleen ontdekken waar alles staat, maar daar ben je dus vrij snel mee weg. Ik heb dus zo een paar groepen gedraaid met dat online behandelen, ook qua feedback geven. Dat ging eigenlijk prima. Je komt net van school af, je moet niet anders dan feedback geven en reflecteren. Ik heb toen in oktober een opleiding gevolgd om online modules te maken en ontwerpen. Niet het praktische stuk, maar dus echt inhoudelijk om te ontwerpen. Ik heb toen wel bijgeleerd en ermee aan de slag gegaan. Nu heb ik ook nog de training online behandeling, zoals die voor andere collega’s wordt gegeven gevolgd. Om kennis te maken met het online behandelen, maar ik merkte dat ik het allemaal al wist.
Maar ik heb die nu gevolgd omdat ik docentschap ga doen voor online behandelen, om mensen te begeleiden in het online behandelen. Bij mij is het dus een beetje mosterd na de maaltijd geweest. Er is wel een aanbod om mensen op te leiden in de online behandeling, maar het komt hier maar een keer in de zoveel maanden voorbij. Ik denk dat je er al vrij snel mee in aanmerking komt zonder training. **(3)**

*O: Heeft de training qua kennis nog wel iets voor jou als professional toegevoegd?*

R: Voor mij dus niet, omdat ik ook al die online modules zelf kan ontwerpen. Dan ben je al op een heel ander level met online behandeling bezig geweest. Ik kan mezelf wel indenken dat als je het alleen ergens een keer voorbij hebt zien komen dat wanneer je die training hebt gevolgd, het een grote meerwaarde kan zijn. Maar mijn kennis zit al anders in elkaar, dus voor mij in dat opzicht minder. **(3)**

*O: Word je als medewerker ook bijgeschoold?*

R: Er is een boostersessie ja! Er is een beginnerscursus en een gevorderde cursus zeg maar. **(3)**

*O: Merk je bij collega’s dat ze bijvoorbeeld moeite hebben met online behandeling inzetten?*

R: Ja als drempel zijnde gewoon. Dat ze denken: ‘is dat wel iets voor mij?’. Vooral als je klinisch werkt, dat merk ik hier heel erg. Waarom zou je online inzetten als je ook gewoon even langs kan lopen? Dat merk ik hier. Of er andere drempels voor hun zijn, dat weet ik niet zo goed. Het is vooral het hele klinische stuk gewoon een rol. Je ziet hier niet heel veel ambulante cliënten, dus je zet het minder snel in. **(3, 4)**

*O: Als je dan kijkt naar online behandeling, heb je dan wel eens ethische vraagstukken?*

Ik persoonlijk nog niet zo, ik kan mezelf wel voorstellen dat wanneer iemand in crisis zit. Ik heb ooit een appje trouwens gehad van een cliënt, die het echt niet meer zag zitten, nu wist ik dat hij dat altijd zei. Ik schatte de kans ook niet heel groot in, dat het echt fout zou gaan. Dat zijn wel momenten dat ik denk ja en nu dan. Het was ook weekend en een heel verhaal, dat zijn wel momenten dat ik denk wat kan ik nu doen om toch zo iemand te helpen. Je kan hem aanraden om zijn behandelaar te bellen, dat vind ik wel lastige vraagstukken. Echt qua online behandeling ben ik ze nog niet echt tegen gekomen, maar ik kan me wel voorstellen dat mensen daar ook in een berichtje laten weten: ’het gaat niet goed’. Dat je dan ook wel tegen zo’n zelfde dilemma kan aanlopen. Daar ben je ergens ook wel bang voor, dat mensen je nummer hebt. Ik app mijn afspraken ook door, dan heb ik alles zwart-op-wit staan, maar je weet ook dat er een kans is dat ze je gaan bellen als het niet goed gaat. Dat vind ik lastig. **(5)**

*O: We hebben natuurlijk ook juridisch, zijn er dan voor jou ook veranderingen met de AVG en wordt je er ook in opgeleid?*

Wij hebben hier een cursus, die je moet doen over de nieuwe privacywet. Die is ook verplicht voor iedereen en ik moet je eerlijk bekennen dat is ook de enige. De rest leer je van mond-tot-mond reclame. Ik heb bijvoorbeeld gehoord dat je niet meer inhoudelijk mag appen met je cliënten, dat mocht voorheen wel. Je mag bijvoorbeeld ook geen namen meer noemen in de mail, omdat onze mail blijkbaar niet goed beveiligd is. Dat zijn dingen die dan weer niet in zo’n cursus aan bod komen. Dat gaat vooral heel erg onderling, verder wordt je daar niet in opgeleid juridisch, echt geen idee.
Ik kan me best voorstellen als ik daar vragen over heb, dat ik dan bij iemand terecht kan, maar ik zou niet weten bij wie. **(6)**

*O: Zou je daar dan bijvoorbeeld wel meer scholing in willen?*
Ja ik ben zelf iemand van laat het mij maar gewoon doen en dan zie ik het wel. Mij kan je ook het beste gewoon aanspreken dat ik het niet goed doe, dan doe ik het anders. Van tevoren regels geven gaat bij mij ook nog fout. Misschien een algemene mail eruit, wat wel of niet mag. Verder hoeft het van mij niet**. (3)**

 *O: welke ontwikkelingsmogelijkheden zie jij in zorgtechnologie?*

Ik denk met name dat je nog heel veel op maat kan maken, je hebt bijvoorbeeld heel veel modules met verslaving. Wat wij heel erg merken is dat wij die niet aan mensen met autisme moeten aanbieden. Voor specifieke doelgroepen valt nog heel veel in te winnen. Ik denk dat we in de kliniek al heel veel kunnen winnen, omdat het al haast niet wordt toegepast. Qua vooruitgang bijvoorbeeld veel meer monitoren, als iemand weggaat uit de kliniek, verlies je soms wel iemand meer uit het oog. Dat is wel heel jammer. Ik denk dat online daar wel in kan helpen. Dan zit je wel echt een niveau verder, dan moeten mensen echt gaan samenwerken. Nu ik het ook zeg, denk ik wel ja dat kan je wel willen maar dat zie ik niet gebeuren.
Stel je start iets op vanuit niks, kan dat wel, maar je zit hier ook met mensen die er al zo lang werken, dan zit alles er echt ingesleten. Ik vraag me af of je dan echt iets nieuws kan implementeren. Om alles echt goed samen te krijgen en samen te werken moet er nog heel veel gebeuren. Wat je ook merkt is bij behandelaren, is dat er zo veel online mogelijk is en dat schrikt ook af. Mensen hebben te veel opties merk je.
Ik ben heel benieuwd hoe het allemaal gaat lopen. Ik denk dat als je alles op maat gaat maken, dat het dan veel persoonlijker wordt en het minder afschrikt. Dat ze zich ook meer aangesproken voelen. Ik ben al heel blij dat het online behandelen niet met U praat, dat vind ik zo onpersoonlijk. Dan maak je ook weer zo’n afstand met je cliënt. **(8)**

**Bijlage VIII Interview 3
H. Snels (behandelaar) Datum: 25-05-2018 duur: 45.03**

*O: Waar ik als eerste benieuwd naar ben is welke zorgtechnologieën zet jij al in, in de behandeling?*

Het is natuurlijk al sinds een aantal jaren in opkomst, wat we nu vooral inzetten is vooral online hulpverlening. Wij maken gebruik van minddistrict, een platform. Daar kunnen mensen dus thuis op hun laptop, computer of mobiel: dagboeken bijhouden over alcohol- of drugsgebruik of over stemming. Allerlei dingen kun je bijhouden en daarnaast kunnen mensen online modules volgen die gericht zijn op de hulpverlening rondom middelengebruik maar ook modules over ontspanningsoefeningen, mindfullness, hoe ga ik om met ADHD. Noem het maar op. Er zitten meer dan honderd modules in die mensen kunnen volgen die gericht zijn op gezondheid, het psychisch welbevinden. Dat zet ik vooral in. Daarnaast heb ik sinds een aantal jaar steeds meer contact met mensen via whatsapp. Er wordt heel wat heen en weer geappt. Nu moet ik wel zeggen, sinds de 25e hebben we een nieuwe privacywetgeving. Dat is nog even onduidelijk of dat nog wel of niet mag. Bijvoorbeeld bij minddistrict kan je mails sturen naar je cliënt, maar die zijn zo goed beveiligd dat het prima is om dat in te zetten. Gisteren zei een collega mij dat whatsapp niet helemaal beveiligd is dus dat het niet meer zou mogen, maar daar moet ik zelf nog achteraan gaan. Toch zijn er veel cliënten die het whatsappen wel fijn vinden en toevallig heb ik net een cliënt van mij aan de telefoon gehad. Een cliënt met een alcoholprobleem en een angststoornis die vroeg: ‘Kunnen we niet skypen? Ik vind het zo spannend om naar de locatie te komen’. Gezien zijn angststoornis ook lastig om over straat te gaan, wil je iemand bereiken zo zo’n soort hulpverlening heel goed zijn. Ik kan me wel voorstellen dat skypen het goede medium is **(1)**

*O: Hoe bedoel je het goede medium?*

Ja, omdat ik niet goed weet hoe het zit met beveiliging **(6)**

*O: Je doelt op de nieuwe wetgeving?*

Ja, precies.

*O: Je zei dat cliënten het bijvoorbeeld het heel prettig vinden om te appen, kan je dat toelichten?*

Ik praat echt over mijn ervaring voor de 25e, omdat ik afgelopen dagen toch iets terughoudender ben dan voorheen. Ik wil duidelijkheid hebben hoe dat geregeld is. Mensen appen vooral over de afspraken die wel of niet doorgaan of verzet moeten worden. Een groot deel appt ook over onderwerpen waar je het in gesprek over hebt gehad, bijvoorbeeld een lastig weekend wat eraan komt. Dat mensen daar toch even een berichtje over sturen, dat het goed is gegaan of sommige mensen sturen foto’s dat ze ergens naartoe zijn gegaan en dat ze toch niet hebben gedronken of gebruikt. Dat zijn de meest voorkomende onderwerpen. (**6, 2).**

*O: en hoe ziet dat contact er dan uit via het online platform?*

Je kunt sowieso berichten naar elkaar sturen, die gaan ook vaak over afspraken die er wel of niet zijn of vragen die tussendoor komen. Sommige mensen gebruiken het ook om een terugval te bespreken omdat het voor cliënten blijkbaar prettiger is om thuis aan te geven dat het niet goed is gegaan en dan al een soort reactie te peilen bij mij **(2).**

*O: Een soort van drempel al over zijn?*

Ja, Ja of dat mensen dan zeggen: ‘ik zet het op de app, want ik wil het sowieso bespreekbaar maken in het gesprek en nu weet ik ook dat ik het echt moet bespreken’. Daar gebruiken ze het voor en in de online modules in minddistrict kan je ook feedback geven. Iemand krijgt daarin een opdracht met informatie, ervaringsverhalen, theorie. Dan krijgen ze een aantal vragen hoe ze de theorie kunnen toepassen op hun eigen situatie. Daar antwoord ik dan weer op. **(2)**

*O: Want als je dan kijkt naar de online behandeling, in hoeverre zet jij het in? Is dat bij iedere cliënt?*

Ja, het is standaard in de basis GGZ dat iedere cliënt online hulpverlening krijgt dus dat we al direct bij de intake een online account aanmaken. Ik zet dan eigenlijk standaard de module middelenproblematiek open, omdat dat voor al onze cliënten geldt. Ze komen hier met een middelenprobleem. Naar mate de gesprekken vorderen kan ik meer specificeren in de modules die passend zijn. Soms kan ik ook peilen dat het niet voor een cliënt werkt, dat is een keuze **(2).**

*O: Maar dat betekent dus ook dat het al standaard in het zorgpad staat, ook al werkt het misschien niet voor de cliënt?*

Ja dat is dus echt het verschil tussen de basis GGZ en de specialistische GGZ, in het zorgpad van de specialistische GGZ staat het nog niet automatisch. Dat betekent dat diegene dus wel de mogelijkheid heeft, maar dat het niet noodzakelijk is. Het kan eigenlijk in alle zorgpaden en dat is het inderdaad een losse module. Dat is eigenlijk hetzelfde als dat iemand bijvoorbeeld een medisch consult krijgt. **(2)**

*O: Wat zie jij als effectief in online behandelen voor de cliënt?*

Ik vind het sowieso een meerwaarde dat mensen thuis bezig kunnen zijn met hun probleem. Als ik een gesprek heb met een cliënt dan heb ik het vaak over risicomomenten, omgaan met zucht en het betrekken van het sociale netwerk. Soms heb je maar een keer in de week en soms maar een keer in de twee weken een gesprek met je cliënt en dat is het moment dat ze er mee bezig zijn. Daarin merk ik dat cliënten naar huis gaan en het daarna eigenlijk een soort van afzwakt en de week erna terugkomen en niet goed meer weten waar het vorige week over is gegaan. Bij een online module krijgen mensen continu berichten in de mailbox dat er een nieuwe module openstaat, vul je dagboek in of je hebt feedback ontvangen. Mensen worden thuis opnieuw gestimuleerd om opnieuw in de onderwerpen te duiken waar we het over hebben gehad. **(2)**

*O: Het blijft dan dus langer hangen?*

Ze blijven actiever met hun behandeling inderdaad. Daarnaast geven cliënten aan in de online modules zitten heel veel ervaringsverhalen dus dan schetsen ze een casus van iemand met een bepaald probleem. Mensen vinden daar veel herkenning in. Dat hoor ik vaak terug. **(2)**

*O: En zijn er daar tegenover ook dingen die verbeterd kunnen worden voor de cliënt?*

Ja, het is een standaard programma wat geopend is waardoor het niet altijd compleet aansluit. Daarbij zijn de programma’s voor zowel cliënten met lichtere problematiek als zwaardere problematiek. Dat is echt een hele andere doelgroep. Zo worden de ervaringsverhalen ook echt wel als onprettig ervaren, die cliënt die in een online module wordt genoemd is zo ver verslaafd, ik herken mezelf helemaal niet. En wat nog meer. Kan je je vraag nog een keer herhalen? **(2)**

*O: Ja natuurlijk wat verbeterpunten zijn en minder effectief is aan het online behandelen voor je cliënten?*

Niet effectief is dat cliënten steeds problemen ervaren met het online platform omdat sommige modules wel op de laptop zijn te openen en weer niet op je telefoon. Volgens kan je dagboeken wel weer via je telefoon invullen en de module weer niet. Cliënten raken dan ook een beetje in de war, van hoe werkt het nou. Wat ook verbeterd kan worden is dat de jongere generatie er prima mee uit de voeten kan maar de oudere generatie vind het moeilijk. **(2)**

*O: Over cliënten heb je het dan?*

Ja maar misschien ook wel over medewerkers. Dat weet ik eigenlijk niet. **(2, 3)**

*O: Maar het verschil is dan wel groot in generatie?*

Ja, oudere mensen hebben daar echt wel meer begeleiding in nodig en dat je moet ook vaker terug laten komen in behandelgesprekken. Soms moet je het ook gewoon samen doen, een account aanmaken is soms al een ding. Het past dus niet bij iedereen. **(2,3)**

*O: Wat vind jij eigenlijk zelf prettig en effectief aan online behandelen gezien als professional?*

Ik vind het heel prettig dat mensen op hun eigen tempo en thuis bezig kunnen zijn. Je kan meer bezig zijn met de afspraken die je van tevoren met ze hebt opgesteld. Daarnaast hoeft het allemaal niet perse binnen kantoortijden, ik merk dat het fijn is dat mensen het echt op hun eigen moment kunnen doen. Dat is fijn voor de cliënt, maar ook voor mij omdat ik op die manier wel een cliënt kan helpen zonder dat die eigenlijk tegen de beperkingen aanloopt van kantooruren. Cliënten zijn soms ook echt actief bezig met het invullen van hun dagboek en ik vind het als behandelaar echt een meerwaarde om te zien wat een cliënt registreert. Cliënten geven dan aan dat ze bijvoorbeeld heel veel hebben gedronken de afgelopen tijd, dan kan ik aan de hand van het dagboek zien of het echt zo veel is. Dan kan ik bijvoorbeeld overwegen om medische zorg in te schakelen of is het iets wat ik door moet gaan zetten. Je krijgt heel veel nuttige informatie. Je kan heel goed zien bij mensen wanneer ze wel en niet drinken, bijvoorbeeld in het weekend heel veel en doordeweeks eigenlijk niks. **(2)**

*O: Als je dan bekijkt vanuit jouw oogpunt, als je al je verbeterpunten zou doorvoeren in de online behandeling, wat zou er dan anders zijn?*

Nou de drempel wordt verlaagd om ermee te beginnen, als een cliënt dus als drie modules heeft geprobeerd te maken en het lukt niet komt diegene al gefrustreerd binnen. Daarnaast had ik als verbeterpunten het altijd toegankelijk zijn en het moet aansluiten bij verschillende doelgroepen. Daarnaast moet ik ook als behandelaar continu alert zijn of dat mijn cliënt het begrijpt en dat het lukt, zodat het een succeservaring is. Ik zie toch ook wel dat modules gecombineerd kunnen worden, nu staan er gewoon algemene modules klaar waardoor het toch niet altijd even goed past. Dat het dan dus meer specifiek is en je het als behandelaar meer kunt sturen, zo kan je het veel beter inrichten samen met je cliënt. **(2)**

*O: Jij bent zelf natuurlijk ook op een bepaald punt begonnen, want tien jaar geleden was het er nog niet, maar ongeveer zes jaar geleden. Hoe is dat voor jou gegaan als professional om te gaan werken en te leren met online behandelen?*

Ik werkte eerst klinisch, toen deden we eigenlijk nog niks met online behandeling. Ik ben toen in de basis GGZ als ambulant behandelaar gaan werken, dus het werd onderdeel van mijn werk. Ik heb mezelf eigenlijk erop in gewerkt, ik heb mezelf er eerst in verdiept en het er met collega’s over gehad. Ik heb ook zelf een aantal modules bekeken zodat ik ook wist wat de inhoud was en tegen cliënten kon vertellen wat er in stond. Dat heb ik zelf gedaan, er is ook een cursusaanbod in voor medewerkers. Die heb ik zelf nooit gedaan omdat ik het idee had dat ik mezelf wel in kon werken en tegen de tijd dat de cursus er was zou ik het wel onder de knie hebben. Wij zijn ook als team zijnde gaan sturen daarop, door een samenvatting van alle modules te maken en het in teamvergaderingen te bespreken. Wat we belangrijk vonden dat we steeds meer online gingen werken, je kan het ook in je productie zien. Als team zijnde proberen we iedere maand de percentages te bespreken en daarop niet te beoordelen of je het goed of fout doet maar hoe kunnen we van elkaar leren. **(3,4)**
*O: zie je het ook als meerwaarde om het als team te dragen?*

Ja want ik zie het ook als meerwaarde om online te behandelen, aan de andere kant vind ik het niet bij iedere cliënt passen. Het is een mogelijkheid die een cliënt kan nemen, het is een onderdeel van de behandeling. Als iemand 70 is en niet weet hoe een computer werkt, ja. Dan introduceer ik het, maar als iemand het niet wilt, dan vind ik het ook niet passend. Als iemand zegt dat diegene wel geinteresseerd is, dan ga je met diegene wel aan de gang**. (2)**

*O: Je hebt jezelf echt opgeleid en er wordt wel wat aangeboden. Wordt je bijvoorbeeld ook in de AVG opgeleid?*

Ik heb trouwens nog een aanvulling. Ik ben sinds januari ook in het specialistisch team aan het werk en in dat team is heel veel aandacht besteed aan online hulpverlening. We krijgen een cursus van Minddistrict nu ook. Ik ben er zelf destijds ingedoken, maar nu is er mogelijkheid om het te volgen met je team. We zijn gestart met een vergadermoment, waarin het werd geïntroduceerd a.d.h.v spelopdrachten. Daarna kregen we iedere week een online opdracht in het platform om daar bekend mee te raken. Daarna hebben we nog een bijeenkomst gehad en nu maken we nog een opdracht. Je leert vooral de route van het online platform**. (3,4)**

 Met de privacywet hebben we een privacy module doorgewerkt, daar moet nu iedereen van op de hoogte zijn. Nu wordt het dus vooral kijken hoe het in de praktijk gaat, wat ik net al tegen je zei met whatsapp. Dat is ook normaal, het is pas sinds een paar dagen. Minddistrict heeft een waterdichte beveiliging. De AVG heeft wel veranderingen aangebracht omdat je geen namen meer schrijft, je mag ook niet meer met je cliënt appen. Maar dat weet ik ook niet zeker of je wel afspraken mag maken. **(6)**

*O: gebruik je ook apps voor je cliënten*

Ik wijs ze wel op apps die ze kunnen downloaden, maar daar kan ik zelf niet aan gekoppeld worden. Dus dat doet een cliënt op eigen initiatief. (**1)**

*O: Hoe zie je eigenlijk de communicatie vergelijkend met face-to-face contact en online hulpverlenen?*

Ik zie daar wel aandachtspunten in, je kan je cliënt niet zien. Je moet constant nadenken over hoe je iets formuleert en hoe iets kan overkomen. Je hebt zelf ook de ervaring dat een appje heel anders kan overkomen dan bedoeld. Soms merk ik dat andersom ook dat cliënten berichten naar mij sturen, hoe ik dat moet interpreteren. Dat vind ik wel een aandachtspunt. Mensen hebben ook meer afstand van je. Dat kan in positieve en negatieve zin. Mensen zijn veel opener, minder drempels. In negatieve zin heb ik weleens een bericht gehad van iemand die ontevreden was over zijn behandeling. Dat had ik liever face-to-face besproken. Ik zoek zelf wel het persoonlijke contact dan. Je kan wel ergens op terugkomen en het is niet verkeerd om feedback te krijgen. Het is fijn dat iemand meldt. Je eigen normen en waarden spelen ook mee. **(2, 3, 7)**

*O: Krijg je daar bijvoorbeeld dan ook scholing in vanuit Novadic-Kentron over het stuk communicatie hoe je daarmee omgaat?*

Als je het hebt over minddistrict dan heb je altijd voor het geven van feedback aandachtspunten staan en tips, hoe je het persoonlijk kan maken en hoe je inhoudelijk professioneel kan reageren. Daarin wordt je wel geïnformeerd. We zijn ook geïnformeerd in de training privacy hoe we daarmee om moeten gaan, maar verder heb ik nooit een soort van gedragscode of richtlijnen gekregen hoe je omgaat met een cliënt die een boos appje stuurt. Je kan ook uitgaan van je eigen professionaliteit. **(3)**

*O: Zie je het als noodzakelijk of juist niet om het te krijgen?*

Het is wel handig, aan de andere kant heb je ook een kanttekening want ik heb de training niet gevolgd die Novadic-Kentron aanbiedt. Misschien komt het daarin wel naar voren en heb ik niet van de mogelijkheid gebruik gemaakt. Het lijkt mij wel nuttig. Het kan bijvoorbeeld al een mailtje zijn of een aandachtspunt in een teamvergadering. **(3)**

*O: heb je bijvoorbeeld wel eens ethische dilemma’s meegemaakt in het online gebeuren?*

Ik heb niet 1,2,3 een voorbeeld. Ik heb wel eens iemand gehad die mij mee uit heeft gevraagd, maar dat vind ik niet perse een ethisch dilemma. Ik denk het eigenlijk niet. De dingen die ik wel heb benoemd, iemand die kortaf reageert of boos reageert. Het is wel anders dan dat het in gesprek gebeurd, omdat je dan iemand ziet maar het is niet dat het dan een dilemma is. Op die momenten zoek ik dan toch het face-to-face contact. Ik kan mezelf wel inbeelden dat iemand het in een opwelling stuurt. Dan zou ik iemand bellen en daarop insteken zoals in gesprek. **(5)**

*O: Welke mogelijkheden zie jij eigenlijk allemaal nog in zorgtechnologie?*

Ik denk dat er steeds meer aandacht voor is, dat vind ik heel belangrijk en heel positief. Het aanbod vergroten, het aantal medewerkers wat er omheen te motiveren of meer bekend te maken met. Dat vind ik een beter woord. Ik heb zelf wel eens zitten denken aan beeldbellen of skypen, dat kan heel handig zijn. Bijvoorbeeld cliënten die verder weg wonen of moeite hebben met daadwerkelijk hier aan te komen. Dat kunnen soms financiële redenen zijn waarom iemand niet kan komen, dan heb je een mogelijkheid. Daarnaast zie ik het als mogelijkheid, we hebben bijvoorbeeld allerlei face-to-face momenten en soms komen cliënten niet op de afspraak of zijn ze verhinderd. Dan zit je als behandelaar met een gat in je agenda, die je meestal wel kan opvullen. Ik denk dat online hulpverlening daar ook heel veel mogelijkheid in biedt, omdat je als behandelaar op elk gewenst moment je cliënt kan benaderen. Ik heb wel eens gehoord van medewerkers die heel vroeg willen beginnen, dan kan je vroeg beginnen met online hulpverlening. Het biedt flexibiliteit aan alle kanten. Je bent dan ook behandelinhoudelijk bezig. Ik vind het heel prettig. **(8)**

*O: Ik vergeet bijna een hele belangrijke vraag aan je te stellen, welke kennis, vaardigheden en houding heeft een professional nu eigenlijk nodig t.o.v. van zorgtechnologieën?*

Je moet nieuwsgierig zijn, om deze manier van werken eigen te maken. Welke vaardigheden heb je nodig, je moet met de computer overweg kunnen. Dat kan iedereen die hier werkt, want we moeten allemaal onze administratie via de computer bijhouden. Je moet online kunnen communiceren, maar ook daarvan denk ik dat iedereen dat al doet. Ik weet niet of je er specifiek iets voor nodig hebt. **(3)**

*O: Je noemde wel direct nieuwsgierigheid, hoe zie je dat bij bijvoorbeeld collega’s?*

Dat is wel belangrijk, want als je geen affiniteit hebt met computers of het vervelend vindt. Het wordt wel steeds meer gevraagd in het beroep en die irritatie ook speelt, is het anders om iemand online behandeling te laten geven. Dan is het wel anders. Ik kan me voorstellen dat daar verschil in is, tussen jongeren en oudere medewerkers. Het is een aanname, het zou kunnen. **(3)**

*O: Je merkt dus geen verschil in het handig omgaan met online?*

Nee, vooral ook omdat nu hier in het team iedereen samen het proces in is gestapt. Daarin maakt het geen verschil of iemand net van de opleiding komt of hier al jaren werkt. Iedereen die ook kiest voor de basis GGZ weet dat je online moet behandelen, dus dan heb je er ook geen problemen mee**. (3)**

*O: Ik merk ook bij je dat het allemaal niet meer zo nieuw en onwennig is*

Dat komt door ervaring, ik ben er jaren geleden mee gestart. Ik zie er ook de meerwaarde van in en ik vind het voor mezelf prettig en flexibel werken. Ik vind het eigenlijk prima om zo te werken en ik denk dat heel veel collega’s dat ook vinden of gaan vinden. Wat ik wel merk, dat is misschien nog belangrijk om mee te nemen, is dat cliënten wisselend reageren. Je ziet verschillen. Ik heb een tijd in Tilburg en in Vught gewerkt en ik merk verschil in cliënten. Cliënten in Vught waren meer geneigd om online te werken dan cliënten in Tilburg. Zo had iedereen tot 3 tot 4 jaar geleden echt nog geen laptop of computer. Je ziet verschil in doelgroep en daarin zie ik ook dat jongeren cliënten het veel eerder aanpakken dan ouderen cliënten. Zo pakken hoger opgeleiden het vaak ook sneller op dan lager opgeleiden, maar dan is het praktischer ingericht. Zo heeft bijvoorbeeld een cliënt met ADHD het lastig om online te concentreren, het sluit gewoon niet bij iedereen aan. **(2, 3)**

**Bijlage X Inclusie- en exclusiecriteria**

Bijbehorende deelvraag: ‘Welke ontwikkelingen in zorgtechnologieën zijn er bij het Trimbosinstituut?’

Zoekcriteria:

* Het moet een huidige (door) ontwikkeling zijn;
* Het moet een zorgtechnologie zijn (zie begripsafbakening);
* Het moet gericht zijn op verslaving (alcohol, drugs, tabak of niet-gerelateerde middelenverslavingen)
* De zorgtechnologie moet in samenwerking met het Trimbosinstituut zijn/worden ontwikkeld;

Deze bovenstaande zoekcriteria leveren de volgende trefwoorden op om de juiste tekstbronnen te vinden: zorgtechnologie (eventueel mHealth en eHealth), ontwikkeling, verslaving en Trimbosinstituut. Dit levert de volgende zoekresultaten op:

|  |  |
| --- | --- |
| **Zoekterm(en)**  | **Aantal resultaten**  |
| Zorgtechnologie | 88.800  |
| Zorgtechnologie ontwikkeling  | 24.600 |
| Zorgtechnologie ontwikkeling Trimbos-instituut | 557 |
| Zorgtechnologie Trimbos-instituut | 310  |
| Trimbos-instituut ontwikkeling  | 210.000 |
| Trimbos-instituut ontwikkeling zorgtechnologie | 910 |
| Trimbos-instituut mHealth | 4.060  |
| Trimbos-instituut eHealth  | 25.500  |

Alle aantallen lopen ver uiteen en hierin is het laagste zoekresultaat driehonderdtien zoekresultaten.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bron** | **Inclusie**  | **Exclusie**  |
| https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/nieuwe-app-maxx-motiveert-mensen-minder-alcohol-te-drinken  | * Vanuit het Trimbosinstituut ontwikkeld
* Een huidige ontwikkeling
* Een zorgtechnologie (mobile-health)
 |  |
| https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/stopstone-app-ondersteunt-jonge-stoppers | * Een zorgtechnologie (mobile-health);
* Het is een doorontwikkeling
* Het Trimbosinstituut is leidend
 | * Bron dateert uit 2015.
 |
| https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/lancering-toolkit-e-mental-health-in-de-huisartsenpraktijk | * Een zorgtechnologie (E-Health)
* Het is een doorontwikkeling
* Het Trimbosinstituut heeft in samenwerking de toolkit ontwikkeld
 | * Bron dateert uit 2016
 |
| https://www.drugsinfo.nl/publiek  | * Een zorgtechnologie (eHealth)
* Het is een doorontwikkeling
* Het Trimbosinstituut beheert de website
 | * De website is in 2012 opgezet (persoonlijke communicatie, 2-05-2018)
 |

**Bijlage XI Kijkkader deelvraag 2 (deskresearch)**

*Ontwikkeling: Maxx-app*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Deelvraag: ‘Welke ontwikkelingen in zorgtechnologieën zijn er bij het Trimbosinstituut?’  | Beschrijvingen: Maxx-app  | Beschrijving: EMH toolkit  | Beschrijving: Stopstone-app  | Bevindingen  |
| 1. Met welk doel of doelen is de hulpvraag voor de nieuwe ontwikkeling gekomen?
 | Uit ervaring met Minderdrinken.nl, een focusgroep met mensen uit de doelgroep en een uitgevoerd literatuuronderzoek zijn er keuzes gemaakt om de Max-app te maken. De app is opgezet voor mensen die willen minderen of stoppen met drinken. Hierin wordt vooral de preventieve kant belicht van de app, waarbij het wordt ondersteund met de methodiek cognitieve gedragstherapie en vanuit theoretische modellen en gedragsveranderingstechnieken vanuit Leone e.a., 2016.  | Met het zicht op het onoverzichtelijke aanbod ontstaan in de afgelopen jaren en de verandering in het GGZ-stelstel in 2014 is er het EMH-toolkit ontwikkeld. Er wordt verwacht van huisartsen en POH-GGZ dat ze eerder signaleren en preventief te werk gaan. Er zijn modules te volgen voor de meest voorkomende klachten, zo ook verslaving. EMH-toolkit heeft als doel om huisartsenpraktijken een inzicht te geven in de mogelijkheden en het juiste aanbod in E-Health te kiezen.  | Uit een programmeringsstudie is er geconstateerd dat er in Nederland geen M-health aanbod was voor jongeren ter ondersteuning van stoppen met roken. Om dit gebrek op te vullen en de variatie in stopondersteuning voor jongeren te vergroten is de Stopstone-app ontwikkeld. Het doel van de app is zo veel mogelijk mensen weerhouden van tabaksgebruik en een gezonde leefstijl bevorderen teneinde de hoge ziekte- en sterftecijfers die voortvloeien uit het gebruik van tabak terug te dringen.  | Twee van de ontwikkelingen zijn ontstaan doordat er bekend is geworden uit eerdere studies dat er een specifiek gebrek was. Een ontwikkeling is ontstaan door een verandering in stelsel/wetgeving). Twee ontwikkelingen zijn ontwikkeld met een preventief doel, namelijk het voorkomen van grotere problematiek voor het individu en maatschappij.  |
| 1. Welke belangen op individueel, organisatie en maatschappelijk niveau spelen mee bij de ontwikkeling?
 | De Maxx-app is gestart in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zoals eerder is gebleken uit het vooronderzoek heeft het preventief voorkomen van verslaving voordelen op maatschappelijk niveau (maatschappelijke kosten), vermindert het ziekte en bevordert het, het welzijn van het individu. Het belang van het voorkomen van verslaving speelt een grote rol met deze app, het zorgt ervoor dat het individu langer gezond blijft.  | Er wordt eerder gesignaleerd door huisartsen en de POH-GGZ, hiermee wordt er meer preventief gewerkt doordat verergering van problematiek vaak kan worden voorkomen voor het individu. Zo wordt het individu sneller geholpen, doordat er geen lange wachttijden zijn zoals in de specialistische zorg. Ookverslavingszorginstellingen kunnen zich meer richten op complexere casussen en specialistische hulp bieden.  | Dat er nog altijd zoveel mensen zijn die (beginnen met) roken zorgt voor veel ziektelast, een groot verlies aan kwaliteit van leven en hoge kosten voor de gezondheidszorg. De ziekte-incidentie van COPD en longkanker kan voor meer dan tachtig procent worden toegewezen aan roken. Daarnaast wordt ongeveer 30% van alle soorten kanker en 20% van alle hartvaatziekten veroorzaakt door roken. Dit brengt de nodige kosten met zich mee. In 2010 werd in totaal 2,8 miljard euro besteed aan zorg die te maken heeft met ziekten als gevolg van roken.  | Er lijken grote belangen mee te spelen op het gebied van maatschappij en het individu. Waardoor het individu langer gezond blijft, beperkt dit in kosten voor de gezondheidszorg. Er wordt ook de kwaliteit van leven benoemd voor het individu wat een belangrijk thema lijkt te vormen voor deze thema´s. Er komt naar voren dat het individu niet verder achteruitgaat in de huidige problematiek zodat het leven eerder opgepakt kan worden.  |
| 1. Op welke wijze krijgt de ontwikkeling naamsbekendheid?
 | Sinds maart is de implementatie van de Maxx-app gestart. Allereerst heeft het Trimbosinstituut een nieuwsbericht verspreid en een infosheet gemaakt voor professionals (zie bijlage X). Het Trimbosinstituut informeert relevante instellingen en professionals over de app, zij proberen daarbij te verwijzen naar de app (online en face-to-face). Ook de deelnemers van de IkPas actie zijn aan het einde van de ‘niet- drinken’ actie geïnformeerd over de nieuwe app Maxx. Verder werken zij samen met o.a. de Alcohol Infolijn en hebben zij een stagiaire die via literatuur en interviews onderzoek doet naar hoe zij Maxx op de lange termijn succesvol kunnen blijven implementeren, het onderzoek richt zich daarbij vooral op professionals. | De EMH-toolkit heeft vooral naamsbekendheid gemaakt bij alleen huisartsenpraktijken en de POH-GGZ door voornamelijk online het aanbod te laten zien, zodat huisartsenpraktijken een overwogen keuze kunnen maken.  | De app krijgt vooral naamsbekendheid bij de jongeren doordat er preventieactiviteiten worden gehouden op scholen. Daarnaast wordt er een stem gegeven aan de jongeren doordat er focusgroepen en interviews worden gehouden, zo hebben zij ook invloed op het ontwikkelproces.  | Bij twee ontwikkelingen wordt de doelgroep zelf betrokken. Bij de een door informatie, bij de ander door een focusgroep of interviews. Alle drie de ontwikkelingen laten een directe benadering naar de doelgroep zien, door de informatie meteen naar de juiste personen te versturen.  |
| 1. Voor welke doelgroep is de ontwikkeling opgezet?
 | De Maxx app is volgens het Trimbosinstituut niet opgezet voor problematische drinkers, maar voor men die minder wilt drinken of juist wilt stoppen met drinken. Er is geen specifieke leeftijd bekend.  | Het aanbod is voor meerdere doelgroepen geschikt: jongeren, volwassenen, mantelzorgers, kinderen, ouders, hoogopgeleiden, laagopgeleiden.  | Jongeren van 14 t/m 24 jaar | Twee ontwikkelingen zijn inzetbaar voor jongeren. Een ontwikkeling heeft geen specifieke leeftijd, het lijkt erop dat deze voor iedere leeftijd ingezet kan worden.  |

|  |
| --- |
| **Lesvoorbereidingsmodel:** Maatschappelijk werk en dienstverlening  |
| **Doelgroep:** aankomend professionals van de opleiding Maatschappelijk werk en dienstverlening  |
| **Lestijd:** 60 minuten  |
| **Beginsituatie:** studenten hebben nooit eerder een les in zorgtechnologie gehad. Er is geen voorkennis vanuit de onderzoekster of de studenten al voorkennis in zorgtechnologie hebben |
| **Leerdoelen/doelstellingen:** De studenten weten wat zorgtechnologie is en kunnen dit in eigen woorden beschrijven, de studenten kunnen minstens vier verschillende vormen van zorgtechnologie benoemen, de studenten kunnen drie voordelen en drie nadelen benoemen aan verschillende toepassingen van zorgtechnologie  |
| **Leerdoelen van de docent:** Interactief in gesprek gaan met de studenten over welke ideeën zij hebben over zorgtechnologie, past het bij ze. Inhoudelijke kennis overdragen maar meningsvorming wordt bij de studenten gelaten.  |

**Bijlage XII lesvoorbereidingsformulier**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tijdsplan | Omschrijving van het lesonderdeel | Leeractiviteit  | Leermateriaal/bron |
| Kennismaking (5 minuten) | De studenten en docent maken kennis met elkaar door middel van een spel (? |  |  |
| Zorgtechnologie in beeld (filmpje) (2.28 minuten) | De les wordt gestart met een filmpje over zorgtechnologie |  | <https://www.youtube.com/watch?v=JHENSZKITMc> |
| Discussie filmpje (10 minuten) | Er wordt gediscussieerd. Wat zie je gebeuren, wat zijn jullie bevindingen?  |  | n.v.t.  |
| Kennismaking met Zorgtechnologie (20 minuten) | Wat is zorgtechnologie, een aantal definities volgens wetenschappelijke bronnen.  | Studenten krijgen tien minuten de tijd om in viertallen definities van zorgtechnologie te vinden. Na deze tien minuten, worden de definities in de groep besproken en verschillen en overeenkomsten gezocht  | Movisie, Vilans, NJI  |
| Zorgtechnologie in je werk (10 minuten) | In gesprek met de studenten. Hoe zou je het kunnen inzetten, hebben de studenten zelf voorbeelden van hoe het ingezet kan worden? Hoe kan het, het zorgproces verbeteren voor de cliënt tijdens het werk?  |  |  |
| Evaluatie/reflectie en opdracht (20 min)  | Schets een casus van hoe je in het maatschappelijk werk zorgtechnologie zou kunnen inzetten. Schets hierbij een doelgroep, een doelstelling en leg uit waarom juist deze technologie kan werken in de behandeling. Weeg voor- en nadelen af en trek een conclusie waarom wel of niet.  | Studenten schetsen thuis een casus, waarna er in de volgende les besproken kan worden in de groep. Het huiswerk moet bijdragen aan de bewustwording van hoe je zorgtechnologie kan inzetten. De opdracht is minimaal 1 a4 lang.  |  |

|  |
| --- |
| **Evaluatie en reflectie:** Reflecteer en evalueer samen met de studenten. Wat heeft het opgeleverd, welke kennis zijn zij rijker geworden, wat zouden ze nog meer willen weten, wat was nuttig, wat zouden zij anders doen als zij de les zelf mochten geven?  |