

Een klik verwijderd van digitale zorg op maat



Simge Emir – 125602
Floor Eulink – 138696

Maatschappelijk Werk en Dienstverlening
Academie Mens en Maatschappij
Saxion, Enschede

Een klik verwijderd van digitale zorg op maat E-health voor dubbele diagnose

Een onderzoek naar de vormgeving van e-health voor patiënten met een dubbele diagnose binnen de klinische setting van GGNet Apeldoorn.

Leerpakket 9.2: Bachelor onderzoek
Toetscode: T.AMM.31307

Simge Emir - 125602
Floor Eulink - 138696

Lesgroep: EMM1V92H
Opleiding: Maatschappelijk Werk en Dienstverlening
Onderzoeksbegeleider: Marleen Bratti
Vaardigheidsdocent: Marjolein Planteijdt

Betrokken instelling: GGNet
Opdrachtgever: Gerard van Winsum
Contactpersoon: Maurits Jansen

Academie Mens en Maatschappij
Saxion, Enschede

Enschede, maart 2013

INHOUD

VOORWOORD

SAMENVATTING 5

HOOFDSTUK 1 INLEIDING 6

§ 1.1 Aanleiding 6

§ 1.2 Doelstelling 8

§ 1.3 Hoofdvraag en deelvragen 8

§ 1.4 Leeswijzer 9

HOOFDSTUK 2 E-HEALTH VOOR DUBBELE DIAGNOSE 10

§ 2.1 E-health 10

§ 2.2 Dubbele diagnose 12

§ 2.3 Hulpverlening voor dubbele diagnose 13

§ 2.4 E-health in een klinische verblijfssetting 15

§ 2.5 E-health bij dubbele diagnose 19

§ 2.6 Zorginstellingen en e-health 22

§ 2.7 Conclusie vanuit de theorie 24

HOOFDSTUK 3 METHODE VAN ONDERZOEK 28

§ 3.1 Type onderzoek 28

§ 3.2 Onderzoekspopulatie en steekproef 28

§ 3.3 Instrumenten 28

§ 3.4 Procedure 29

§ 3.5 Betrouwbaarheid 30

§ 3.6 Interne en externe validiteit 31

§ 3.7 Ethische overwegingen 32

§ 3.8 Samenvatting 32

HOOFDSTUK 4 RESULTATEN 34

§ 4.1 Overzicht respondenten 34

§ 4.2 Huidig ICT-gebruik 34

§ 4.3 Motivatie voor e-health 36

§ 4.4 Behoeften en wensen 37

HOOFDSTUK 5 CONCLUSIES 39

§ 5.1 Conclusies praktische deelvragen 39

§ 5.2 Conclusie hoofdvraag 41

§ 5.3 Aanbevelingen 43

§ 5.4 Sterktes en zwaktes onderzoek 46

§ 5.5 Discussie 48

BRONNENLIJST 50

BIJLAGE 1: Overeenkomst onderzoeksopdracht 52

BIJLAGE 2: Interviewlijst deskundigen 55

BIJLAGE 3: Enquête patiënten 58

BIJLAGE 4: E-mail instellingen e-health 64

BIJLAGE 5: E-mail verkrijgen patiënten 65

BIJLAGE 6: Evaluatieformulier opdrachtgever 67

BIJLAGE 7: Beoordelingsformulier 69

VOORWOORD

Dit bachelorrapport is een verslaglegging van het onderzoek dat wij hebben uitgevoerd voor GGNet te Apeldoorn. Tijdens het voorbereiden, uitvoeren en vastleggen van het bachelor onderzoek is er dankbaar gebruik gemaakt van intensieve begeleiding en feedback van betrokkenen.

In dit voorwoord willen wij alle mensen bedanken die hebben bijgedragen aan de totstandkoming, ondersteuning en/of verbetering van dit rapport. Om te beginnen, onze opdrachtgever vanuit GGNet, dhr. *Gerard van Winsum*, locatiemanager. Hij heeft toestemming gegeven tot het uitvoeren van het onderzoek binnen zijn afdeling en faciliteerde de benodigde voorzieningen. Daarnaast dank aan inhoudelijk begeleider dhr. *Maurits Jansen*. Als Projectleider Dubbele Diagnose was hij de aangewezen persoon om ons inhoudelijk te sturen en te begeleiden. In overleg met deze beide personen zijn we uiteindelijk brainstormend bij dit onderwerp gekomen.

Ook vanuit Saxion Enschede is er dankbaar gebruik gemaakt van begeleiding en feedback. Bij het opstellen van het onderzoeksplan is mw. *Marjolein Planteijdt* zeer betrokken geweest zodat de belangrijkste eerste stappen tot stand konden komen. Daarna is onze onderzoeksbegeleider mw. *Marleen Bratti* zeer behulpzaam geweest tijdens de intervisielessen. Zij heeft het onderzoek tijdens deze lessen op de voet gevolgd en feedback verstrekt, waardoor het niveau van het onderzoek nog hoger kwam te liggen. Daarnaast is er ook dank voor onze medestudenten, die samen met ons het hele proces van onderzoek hebben doorlopen en tevens onderbouwde feedback hebben verstrekt.

De deskundigen die hun bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van het theoretisch kader zijn; dhr. *Henk Bakker*, preventiewerker van Mediant te Hengelo; dhr. *Leon Berkenbosch*, projectleider e-mental health van Dimence te Almelo; mw. *Femke Clark*, behandelcoördinator van FPA de Boog te Warnsveld en tot slot mw. *Marloes Kist*, maatschappelijk werker van SMD te Enschede en Haaksbergen. De andere respondenten verdienen daarnaast uiteraard ook een dankwoord; de patiënten met een dubbele diagnose die hebben meegewerkt aan de enquêtes.

Wij kijken met een zeer goed gevoel terug op dit onderzoek, het was zeer uitdagend en spannend. Onze onderlinge samenwerking is uitstekend verlopen; we waren beiden zeer gedreven en betrokken. Het feit dat wij deze houding de gehele periode van onderzoek vast konden houden kwam doordat het onderwerp en de ontwikkeling daarachter ons zeer geïnspireerd heeft. De affiniteit met het onderwerp is echter gaandeweg gegroeid. In eerste instantie moesten we ons er vooral veel in verdiepen en de kaders aftasten. Tegelijk met onze eigen groei in het onderwerp, is onze hoofdvraag steeds mee blijven groeien. Naarmate er meer lijn in het onderzoek kwam, ontwikkelde onze hoofdvraag zich ook steeds meer. Onze hoofdvraag heeft dan ook een forse ontwikkeling doorgemaakt.

Het bleef echter een struikelpunt dat het contact leggen met verschillende betrokkenen en het plannen van afspraken meer tijd in beslag nam dan verwacht en gehoopt. Gelukkig zijn dit leermomenten gebleken en heeft dit geen negatieve invloed gehad op de uitkomsten van ons onderzoek. Het zal vreemd zijn om na een half jaar intensieve investering in dit onderzoek het af te sluiten.

Simge Emir en Floor Eulink
Enschede, maart 2013

SAMENVATTING

Dit bachelor-onderzoek is uitgevoerd in opdracht van GGNet te Apeldoorn, een organisatie in de Geestelijke Gezondheidszorg. Het onderzoek heeft zich gericht op patiënten met een dubbele diagnose die op de afdelingen de Buurse, de Gaarde en de Buitenhuizen verblijven. Deze patiënten kampen met zowel psychiatrische- als verslavingsproblematiek. Hoofdvraag van dit onderzoek luidt; *Welke vorm en inhoud moet een e-health omgeving hebben om ondersteuning te kunnen bieden aan patiënten met een dubbele diagnose op afdelingen de Buurse, de Gaarde en de Buitenhuizen binnen GGNet Apeldoorn?*

Om deze hoofdvraag overzichtelijk en beheersbaar te houden zijn er negen deelvragen opgesteld. Deze deelvragen zijn opgedeeld in twee categorieën; theoretische deelvragen en praktische deelvragen. De theoretische deelvragen zijn beantwoord aan de hand van zowel uitgebreid literatuuronderzoek, als kennis van deskundigen op het gebied van e-health. De praktische deelvragen zijn beantwoord aan de hand van de informatie die is verkregen vanuit de doelgroep zelf. Er is een enquête afgenomen bij 25 patiënten.

De belangrijkste resultaten zijn dat de motivatie van de meeste patiënten tot deelname aan e-health relatief hoog is en dat ze het nut van e-health ook inzien. Een grote groep van de dubbele diagnose patiënten maakt momenteel al veel gebruik van ICT-middelen. Volgens deskundigen en literatuur dient de forse problematiek van patiënten eerst behandeld te worden alvorens gestart kan worden met e-health. Om e-health te laten slagen dient een patiënt basismotivatie te hebben (persoonlijke communicatie, H. Bakker, 07-11-2012). Qua vorm kiezen de patiënten voor online voorlichting en online behandelcontact met de betrokken behandelaar waarbij ze alleen begeleiding willen bij het opstarten met e-health. Bij het verdere verloop geven de patiënten aan het alleen te willen doorlopen. Een belangrijk punt is dat men uitgaat van een *blended* behandeling (persoonlijke communicatie, H. Bakker, 07-11-2012). Veel patiënten zouden graag hun systeem betrokken willen zien bij e-health. Wanneer men gestart is met e-health, lijkt de enige voorwaarde qua omgeving dat men privacy heeft. Bij betrokken professionals kan er weerstand komen wanneer e-health gestart wordt, verandering is lastig, men is bang voor extra werk en minder controle over de behandeling (persoonlijke communicatie, L. Berkenbosch, 14-11-2012). Wat bij kan dragen aan de efficiëntie, is wanneer de acties in de e-health omgeving gekoppeld worden aan het Elektronisch Patiëntendossier (persoonlijke communicatie, H. Bakker, 07-11-2012). Van tevoren dient er veel aandacht te zijn voor het oefenen van digitaal communiceren voor betrokken professionals.

De belangrijkste aanbevelingen zijn: Kies voor een *blended behandeling*, dus een combinatie van e-health met face-to-face contact. Zorg voor beschikbaarheid van computers voor de patiënten en daarbij een goed functionerend netwerk. Het is een aanbeveling binnen de e-health omgeving ruimte te maken voor een module voor familie/systeem. Probeer de uitvoerende professionals vroeg bij het proces van implementatie te betrekken, aangezien betrokkenheid de motivatie vergroot en er zo minder kans is op weerstand. Kijk naar de mogelijkheden om de e-health omgeving automatisch te koppelen aan het Elektronisch Patiëntendossier. Plan supervisiemomenten in voor de betrokken professionals zodat professionals elkaar kunnen ondersteunen en motiveren.

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

§ 1.1 Aanleiding

De wereld heeft de afgelopen jaren een snelle ontwikkeling doorgemaakt betreft het gebruik van internet. Er zijn maar weinig facetten binnen het dagelijks leven die niet ondersteund worden door het internet (Schalken & Stichting E-hulp.nl, 2010). Vanaf ongeveer 1999 werden termen als “e-commerce” en “e-business” in het leven geroepen door de marketing-sector. Zo ontstond ook de term “e-health” in een poging de zorgsector enthousiast te maken voor alle mogelijkheden die internet te bieden heeft. Dit betekende dat men de mogelijkheden voor ‘consumenten’ kon vergroten om online interactie aan te gaan met hun behandelaar, dat instellingen onderling makkelijker data uit konden wisselen en de ‘consumenten’ onderling online konden communiceren (peer-to-peer). In eerste instantie werd het gebruik van internettechnologie als ondersteuning van de hulpverlening niet meteen opgepikt door professionals in de zorgsector (Eysenbach, 2001). Waarschijnlijk had dit maken met het feit dat internet op dat moment nog in de kinderschoenen stond en academici de meerwaarde er nog niet van inzagen. Dit veranderde rond het jaar 2000. Plotseling had iedereen het over e-health (Croonen, 2011). Schijnbaar had deze omslag indirect te maken met de ontwikkelingen die plaatsvonden in de maatschappij, want rond het midden van de jaren '90 richtte de maatschappij zich steeds meer op eigen zelfstandigheid en dat mensen met behulp van eigen kracht zich konden ontwikkelen zonder dat de Nederlandse staat hier inspraak in had. Deze ontwikkeling zette zich ook door in de zorgsector. Destijds vonden namelijk steeds meer professionals dat de zelfstandigheid van patiënten voorop moest komen te staan. Deze ontwikkeling kan terug gevonden worden in de omslag van aanbodgericht werken naar vraaggericht werken. In het aanbodgerichte werken werd er veel voor de patiënten gedaan en was er weinig aandacht voor de individuele wensen, daarnaast was er vooral aandacht voor de beperkingen van een patiënt. Bij vraaggericht werken staan de wensen en behoeften van de patiënt centraal en wordt deze geacht zijn/haar eigen hulpvraag te kunnen formuleren (Witteveen, 2010). De omslag naar het cliëntperspectief (vraaggericht) is ingewikkeld en vraagt van zowel cliënt als hulpverlener een andere insteek. De omslag, die toen is ingezet, is nu nog steeds aan het doorzetten en blijft zich ontwikkelen. De ontwikkelingen gericht op eigen regie in de maatschappij, naast de ontwikkeling van internettechnologie, maken dat er hedendaags steeds meer zorginstellingen e-health gaan inzetten.

Door middel van e-health kan de patiënt meer eigen regie hebben over de behandeling. De machtsverhouding van behandelaar ten opzichte van de patiënt verschuift met deze methode ook; zoals eerder beschreven heeft de patiënt zelf de controle. Toch ging de ontwikkeling van e-health niet zonder slag of stoot. Er ontstond in eerste instantie een discussie binnen de zorgsector betreft de geschiktheid van e-health. De discussie bestond voornamelijk uit de vraag of deze methode wel haalbaar zou zijn voor sommige doelgroepen. Professionals vroegen zich af of de betrokkenheid bij de behandeling, die een vereiste is vanuit patiënten om optimaal met e-health te kunnen werken, wel haalbaar is voor patiënten op emotioneel en verstandelijk niveau (Broeders, Cuijpers & Prins, 2011).

Als gevolg van de financiële en politieke situatie binnen Nederland zullen zorginstellingen moeten bezuinigen. Om deze reden is het aantrekkelijk voor zorginstellingen om e-health in te gaan zetten. Het is een nieuwe methodische opzet waarbij kostenbesparing een rol speelt. Wanneer de kosten van een e-health consult naast een regulier consult met een arts/psychiater gelegd worden, zal een instelling kosten besparen aangezien een behandelaar met behulp van e-health meer patiënten kan ondersteunen in dezelfde tijd dan middels face-to-face gesprekken.

Daarnaast heeft Nederland te maken een generatie die is opgegroeid met internet en dus gewend is aan het gebruik ervan, met als gevolg dat zij voldoende vaardigheden heeft ontwikkeld.

GGNet is een grote organisatie voor geestelijke gezondheidszorg. Ze is verspreid over meerdere regio's en steden. Binnen GGNet is er een aantal locaties dat reeds gebruik maakt van e-health. Er bestaat veel variatie in de vorm ervan, waardoor men bij het starten van e-health in acht moet nemen dat het van belang is te kijken naar de doelgroep en setting waarin het ingezet zal worden. Het is namelijk afhankelijk van het doel en de aanstaande gebruikers welke vorm optimaal zal aansluiten. Naast het feit dat GGNet zich wil blijven ontwikkelen, heeft de interesse in e-health ook een financieel aspect. Daarbij wil GGNet de aansluiting behouden bij de doelgroep jonge gebruikers. Internet is voor hen immers toegankelijk en zij beschikken over voldoende vaardigheden om hier optimaal gebruik van te kunnen maken. Het is dus een voor de hand liggende methode om aansluiting te blijven vinden bij de huidige generatie. Bovenstaande aspecten maken dat GGNet zeer gemotiveerd is om het werken met e-health uit te breiden.

GGNet Apeldoorn (afdelingen de Buurse, de Gaarde en de Buitenhuizen) zal medio 2012 starten met een aangepaste vorm van hulpverlening binnen de klinische setting aan de snel opkomende doelgroep "dubbele diagnose patiënten". Deze doelgroep bestaat uit patiënten die kampen met een ernstige psychiatrische stoornis, in combinatie met een ernstige verslaving (Geestelijke GezondheidsZorg Westelijk Noord-Brabant, n.d.). Bovengenoemde afdelingen zullen zich verder specialiseren in deze doelgroep, die momenteel nog vaak tussen wal en schip valt. Om deze specialisatie binnen de afdelingen aan te sturen is er een projectgroep gestart met meerdere onderliggende taakgroepen. Doel van deze projectgroep is om voor deze doelgroep een vorm van e-health in te zetten, ter ondersteuning van de behandeling die zal worden aangeboden. Wat deze projectgroep zich afvraagt, is welke vorm van e-health aan kan sluiten bij deze doelgroep en wat ervoor nodig is om dit te laten slagen. Uit onderzoek is gebleken dat dubbele diagnose patiënten minder therapietrouw zijn dan patiënten met enkelvoudige problematiek. Zij verschijnen minder vaak op afspraken en gaan vaker tegen adviezen van de professional in (van Ham & Sabbe, 2006). Het ligt in de verwachting dat e-health deze groep meer betrokken houdt bij hun eigen behandeling, aangezien ze op elk moment en vanuit elke plaats individuele begeleiding kunnen zoeken (Vance Wilson, 2009). Daarnaast wil de projectgroep ervoor zorgen dat de medewerkers e-health meenemen als aanvulling op de behandeling zodat het een vast onderdeel wordt van de behandeling.

Met behulp van dit onderzoek zal antwoord gegeven worden op de vraag welke vorm van e-health optimaal aansluit bij de problematiek en behoeftes van dubbele diagnose patiënten. Door onder andere het inzetten van interviews met deskundigen die reeds e-health inzetten als ondersteuning van de behandeling zal er getracht worden antwoord te geven op deze vraag zodat de eerder genoemde projectgroep dubbele diagnose concrete handvatten krijgt over het opstarten en vormgeven van e-health. Dit onderzoek zal uiteindelijk bijdragen aan de ontwikkeling van de juiste vorm van e-health aan deze "nieuwe" doelgroep. Hopelijk zal daarmee het effect van de behandeling meer diepte en vorm krijgen.

§ 1.2 Doelstelling

Dit onderzoek zal op korte termijn een bijdrage leveren aan de concrete uitwerking van een voor GGNet nieuw in te zetten behandelingsmethode. Doel van dit onderzoek is om conclusies en aanbevelingen te formuleren ten aanzien van benodigde voorzieningen, randvoorwaarden en uiteindelijk ook de vormgeving en inhoud van een passende vorm van e-health.

Indirect en op de lange termijn zal de uitkomst van dit onderzoek uiteraard ook een bijdrage leveren aan de behandeling van de dubbele diagnose patiënten. Wanneer de aanbevelingen uitgevoerd zullen worden, is GGNet op weg om op een efficiënte manier te starten met e-health. Daarnaast zal door de aanbevelingen helder zijn waar de projectgroep op moet letten betreft de samensmelting van de reguliere behandeling met e-health.

De Projectgroep dubbele diagnose richt zich momenteel op de afdelingen de Buurse, de Gaarde, de Voorde en de Buitenhuizen. Dit onderzoek zal zich dan ook richten op de desbetreffende afdelingen, met uitzondering van de Voorde, waar relatief weinig dubbele diagnose patiënten zijn. Dit onderzoek richt zich om die reden op de afdelingen de Buurse, de Gaarde en de Buitenhuizen. De doelgroep van dit onderzoek is de dubbele diagnose patiënten die geplaatst zijn op deze afdelingen.

§ 1.3 Hoofdvraag en deelvragen

De hoofdvraag luidt als volgt: *Welke vorm en inhoud moet een e-health omgeving hebben om ondersteuning te kunnen bieden aan patiënten met een dubbele diagnose op afdelingen de Buurse, de Gaarde en de Buitenhuizen binnen GGNet Apeldoorn?*

De theoretische deelvragen luiden als volgt:

1. Welke vormen van e-health zijn er volgens de literatuur geschikt voor patiënten met verslavingsproblematiek en/of psychiatrische problematiek?
2. Welke factoren zijn volgens de literatuur van belang bij de hulpverlening aan patiënten met een dubbele diagnose in een klinische verblijfssetting?
3. Welke vormen van e-health zijn geschikt voor een klinische setting?
4. Hoe kan e-health volgens de literatuur deel uit maken van een klinische behandeling?
5. Hoe geven andere zorginstellingen e-health vorm en wat zijn hun ervaringen?
6. Welke kennis en vaardigheden dienen patiënten met een dubbele diagnose en hun behandelaars te hebben om gebruik te kunnen maken van e-health in de behandeling?

De praktische deelvragen luiden als volgt:

7. Hoe ziet het huidige ICT-gebruik er uit van patiënten met een dubbele diagnose?
8. In hoeverre zijn patiënten met een dubbele diagnose bij voorbaat gemotiveerd om deel te nemen aan e-health?
9. Wat is de behoefte van patiënten met een dubbele diagnose wat betreft de inhoud en vorm van een e-health omgeving?

§ 1.4 Leeswijzer

In deze paragraaf wordt weergegeven wat er per hoofdstuk wordt beschreven in dit onderzoeksrapport.

In hoofdstuk één staat, zoals u al heeft kunnen lezen, de aanleiding en doelstelling. Daarnaast zijn de hoofdvraag en de daarbij behorende deelvragen beschreven. Hoofdstuk twee laat een uiteenzetting zien van de theorie, met daaruit getrokken conclusies die uiteindelijk antwoord geven op de theoretische deelvragen. In hoofdstuk drie worden onderzoeksmethoden uiteengezet, waarbij ook verantwoording wordt afgelegd over de procedure, de betrouwbaarheid en de validiteit. Hoofdstuk vier zal resultaten weergeven waarmee antwoord wordt gegeven op de praktijkgerichte deelvragen. Ten slotte worden in hoofdstuk vijf de conclusies en aanbevelingen beschreven.

HOOFDSTUK 2 E-HEALTH VOOR DUBBELE DIAGNOSE

In dit hoofdstuk zal middels literatuuronderzoek en deskundigen vanuit andere instellingen, die al e-health toepassen als onderdeel van de behandeling, de theorie betreft de onderwerpen binnen dit onderzoek helder uiteen gezet worden. Daarbij wordt tegelijkertijd ook antwoord gegeven op de theoretische deelvragen. Dit hoofdstuk bestaat uit vijf paragrafen, waarin de theorie wordt beschreven op de volgende thema's; e-health; dubbele diagnose; hulpverlening voor dubbele diagnose; e-health in een klinische verblijfssetting en tot slot e-health voor dubbele diagnose. In de zesde paragraaf zullen conclusies uiteengezet worden die gebaseerd zijn op de desbetreffende theorie.

§ 2.1 E-health

E-health is een middel om begeleiding en behandeling in de zorgsector te ondersteunen middels nieuwe technologie. De meest gangbare definitie van e-health is de volgende: E-health is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren (Broeders, Cuijpers & Prins, 2011).

E-health is dus eigenlijk een verwijzing naar alle ICT-vormen die gebruikt worden om de zorg voor de gezondheid en welzijn te ondersteunen. Aanvankelijk werd e-health in zijn vroegste vorm voornamelijk ingezet in begeleiding op afstand. Op deze manier kon professionele zorg toch worden geleverd, ook aan mensen die in afgelegen gebieden woonden. Momenteel ligt de focus niet meer op het overbruggen van afstand, maar op het leveren van zorg die onafhankelijk is van tijd, plaats en de beschikbaarheid van een professional. E-health draait echter niet alleen meer om zorgverlening, maar is ook gericht op het verstrekken van informatie en gezondheidsbevordering. Hierbij kan ook gedacht worden aan bijvoorbeeld lotgenotencontact. Belangrijk is het om te benoemen dat e-health geen doel op zich is, maar een wijze om de gezondheidszorg te verbeteren (Lechner, Mesters & Bolman, 2010). Het grote voordeel van e-health is dat een patiënt het in zijn eigen tijd kan doen, wanneer het de patiënt uitkomt (persoonlijke communicatie, H. Bakker, 07-11-2012).

Binnen e-health wordt gebruik gemaakt van vele verschillende technologieën en vormen. Het is bijna onmogelijk om alle vormen overzichtelijk weer te geven. Voornamelijk speelt het internet een grote rol binnen e-health.

Internettechnologie	- informatieve websites en portals - interactieve websites (zelftests, e-triage, voorlichting-op-maat) - interactie- en communicatiefaciliteiten (bijvoorbeeld chat, fora, email) - amusement (educatieve computerspelletjes) - elektronisch patiëntendossier (en andere registraties)
Mobiele apparaten	- mobiele telefoons (GSM) - draagbare 'meetapparatuur' zoals bewegings- of hartslagmeters, om de patiënt te monitoren of om direct feedback te geven aan de patiënt zelf, of hulpverlener - Personal Digital Assistant (PDA's)
Overige toepassingen	- robotica, om bijvoorbeeld te kunnen opereren op afstand - woonhuisaanpassingen (domotica), zoals camera's en sensoren voor (in)activiteitsregistratie - virtuele oefenomgevingen, zoals de Wii-Fit of 3D-toepassingen om angststoornissen te behandelen (Virtual Reality Exposure Therapy)

Figuur 1 voorbeelden van typen technologie in e-health en telemedicine (Lechner, Mesters & Bolman, 2010).

E-health is een nog relatief nieuw begrip in de zorgsector, waardoor nog niet alle instellingen op de hoogte zijn van de mogelijkheden. Er zijn daarentegen zorginstellingen die reeds op de hoogte zijn en daadwerkelijk gebruik maken van e-health als ondersteuning in de behandeling. Die keuze kan gebaseerd zijn op slimme tijdsindeling (bezuinigingen) of om bijvoorbeeld mee te gaan met de huidige digitalisering (persoonlijke communicatie, L. Berkenbosch, 14-11-2012). Toch is er op dit gebied nu al een nieuwe term in gebruik: Health 2.0. Deze term is afgeleid van de eerder bestaande term Web 2.0, dat verwijst naar de nieuwe generatie en mogelijkheden van Internet. (Broeders, Cuijpers & Prins, 2011). Hierbij wordt bedoeld dat Health 2.0 meegaat in het huidige tijdperk van social media. De uitgangspunten van toenemende betrokkenheid bij de behandeling vanuit patiënten en eigen verantwoordelijkheid staan nog steeds centraal.

Zorginstellingen die momenteel gebruik maken van e-health richten dit voornamelijk op volwassenen. De organisaties die e-health-omgevingen ontwikkelen hebben dan ook voornamelijk hun aanbod gericht op deze groep. Er bestaat wel degelijk een aantal interventies voor een jongere groep, hierbij kan gedacht worden aan een leeftijd rond de zestien jaar. Het taalgebruik in deze toepassingen is echter nog wel vaak wat formeel. In de aanleiding staat reeds beschreven dat e-health goed aansluit bij de huidige jonge generatie, echter lijkt het er op dat dit verschil in generaties niet waarneembaar is in de praktijk. Er wordt wel een leeftijdsdrempel op het gebied van apps, interactieve toepassingen en community's verwacht. Het ligt in de verwachting dat deze toepassingen een leeftijdsgroep tot dertig jaar bereiken. Het gebruik van onlinebehandelingen is vergelijkbaar met het gebruik van internetbankieren, iets dat momenteel ook gebruikt wordt door de 'oudere' generatie (persoonlijke communicatie, H. Bakker, 07-11-2012). Er kan wel worden vastgesteld dat de jongere patiëntpopulatie sneller instemt met een e-health behandeling, oudere patiënten hebben meer overtuiging nodig (persoonlijke communicatie, L. Berkenbosch, 14-11-2012).

Voor het inzetten van e-health is het van belang een goed functionerend netwerk te hebben, waarbij de ICT organisatie betrokken is en achter het systeem staat. Het is tevens belangrijk om een beveiligd netwerk te hebben waar eventuele informatieoverdracht goed binnen kan komen. Op de beveiliging dienen certificaten te zitten die moeten voldoen aan vastgestelde normen. De privacy van patiënten moet gewaarborgd blijven, aangezien zorginstellingen zich dienen te houden aan het beroepsgeheim en de bescherming van persoonsgegevens. In zekere zin is een dossier in een e-health omgeving beter beveiligd omdat alleen de betreffende behandelaar er bij kan komen. In een regulier patiëntendossier kunnen alle behandelaren inzage krijgen (persoonlijke communicatie, L. Berkenbosch, 14-11-2012). Wanneer er echter e-mail contact plaatsvindt met een patiënt, komen de e-mails gewoon op de computer van de patiënt, die wellicht minder goed beveiligd is. Daar kan op ingespeeld worden middels een disclaimer op een eventuele website, die dat risico uitdrukkelijk vermeldt (persoonlijke communicatie, H. Bakker, 07-11-2012). Voor zorginstellingen heeft e-health ook financiële consequenties, de huidige financieringsstructuren zijn nog niet geheel ingespeeld op deze vorm van hulpverlening. Voor informatie en adviezen over de financieringsstructuur kan men terecht bij het Zorgkantoor. In de ambulante sector heeft men vooral te maken met het regio-overschrijdende karakter en met de mogelijke anonimiteit (Schalken e.a. & Stichting e-hulp, 2010).

Omdat e-health een relatief nieuw begrip is, zijn er professionals nodig die uit hun comfort-zone durven te stappen en enthousiast aan de slag willen met e-health. Het is dus tevens van belang aandacht te schenken aan de professionals die er mee zullen gaan werken, zodat zij er vertrouwen in hebben. Wat hieraan kan bijdragen is dat zij de toegevoegde waarde er van inzien, bijvoorbeeld doordat alle acties in de e-health omgeving automatisch worden gekoppeld aan het elektronisch patiëntendossier. Wanneer dit niet het geval is, bestaat de kans dat professionals de registratie als dubbel werk zullen ervaren. Helpend is ook wanneer professionals beseffen en merken dat ze in dezelfde tijd meer contacten kunnen hebben middels e-health (persoonlijke communicatie, H. Bakker, 07-11-2012). Daarnaast is het van belang dat de behandelaars betrokken worden bij de inhoud en opzet van de programma's, dit omdat zij degenen zijn die daadwerkelijk er mee dienen te gaan werken. Betrokkenheid vergroot hun motivatie, zo kan men ook denken aan het inzetten van supervisiemomenten om ervaringen uit te wisselen en elkaar te kunnen ondersteunen in punten waar tegenaan wordt gelopen (persoonlijke communicatie, L. Berkenbosch, 14-11-2012). De kans van slagen van het inzetten van e-health hangt ook af van de overtuiging en het enthousiasme van de organisatie en het management (persoonlijke communicatie, M. Kist, 04-12-2012). Professionals hebben tevens bepaalde vaardigheden nodig om hun patiënten te kunnen bedienen middels e-health, ze dienen computervaardig te zijn en bereid te zijn zich aan protocollen te houden. Voor professionals is het belangrijk dat zij de programma's en toepassingen snappen. Hiervoor kunnen ook scholingsmomenten ingezet worden. Ze kunnen inhoudelijk worden getraind hoe om te gaan met het programma, echter is de digitale communicatie heel belangrijk aangezien het non-verbale gedeelte niet aanwezig is en er snel misverstanden kunnen ontstaan. Het kunnen geven van feedback via internettechnologie is een vereiste. De organisatie moet er echter niet vanuit gaan dat alle behandelaren na de training alles beheersen, men heeft tijd nodig (persoonlijke communicatie, L. Berkenbosch, 14-11-2012). Het is een optie om als organisatie vast te leggen dat bepaalde onderdelen van de behandeling altijd middels e-health verlopen, dus niet meer vrijblijvend. Waar de organisatie ook rekening mee dient te houden is dat de toewijding van professionals kan verminderen wanneer patiënten voortijdig de e-health behandeling afbreken (persoonlijke communicatie, H. Bakker, 07-11-2012). Om drop-outs min of meer te voorkomen is het van belang ook de face-to-face contacten in te blijven zetten. Dit maakt dat behandelaars het gevoel hebben grip te houden op hun patiënten. Het is aan de behandelaar en betreffende patiënt hoe ze die balans indelen (persoonlijke communicatie, L. Berkenbosch, 14-07-2012). Wanneer een zorginstelling ervoor kiest e-health in te gaan zetten zal dit altijd een proces van ontwikkeling blijven, er blijven constant nieuwe stromingen binnen e-health bijkomen (persoonlijke communicatie, M. Kist, 04-12-2012).

§ 2.2 Dubbele diagnose

Voordat uitleg wordt gegeven over de doelgroep patiënten met een dubbele diagnose wordt eerst een concrete omschrijving weergegeven: Dubbele diagnose patiënten zijn mensen die kampen met een psychiatrische stoornis in combinatie met een verslaving (Geestelijke GezondheidsZorg Westelijk Noord-Brabant, n.d.).

Hieronder worden beide aspecten kort uitgelegd;

Het onderdeel dat te maken heeft met een *verslaving* wijst in de kern naar de relatie tussen de gebruiker en het product. De term verslaving betekent hierbij dat een persoon een onweerstaanbare drang heeft tot het gebruik van een genotsmiddel. Tevens is de betrokkene de controle kwijt over het gebruik van het desbetreffende middel. Chemische eigenschappen die dergelijke stoffen bevatten werken de afhankelijkheid en dus het gebruik ervan in de hand (Vandereycken & van Deth, 2004). Als er wordt gekeken naar de verslaving is een essentieel

kenmerk dat het invloed heeft op verschillende levensgebieden van de betreffende persoon. De persoon begint met experimenteel gebruik - van een bepaald middel of gedrag - in de vrije tijd, vervolgens volgt incidenteel misbruik en daarna chronisch misbruik. Wanneer er eenmaal sprake is van een verslaving, dan wordt het hele leven bepaald door het verkrijgen van een middel, het al dan niet stiekem innemen ervan en heeft de betreffende persoon het gevoel niet meer zonder het middel te kunnen. Op het hoogtepunt van de verslaving staat het gebruik van het middel voorop in tegenstelling tot andere zaken in het leven (Boelman, 1999).

De term *psychiatrische problematiek* wordt gebruikt om elk patroon aan te duiden van emoties, gedragingen of gedachten die niet aansluiten bij de situatie en die leiden tot persoonlijk lijden of de desbetreffende persoon ervan weerhouden om doelen te verwezenlijken (Zimbardo, Weber & Johnson, 2005). Het begrip psychiatrische beperking wordt vaak gebruikt als het functioneren van mensen, als gevolg van hun aandoening, wordt belemmerd in belangrijke levensgebieden als leren, wonen, werken en sociale contacten (Hanzehogeschool Groningen, 2011). Belangrijk is om erbij te noemen dat niet elke stoornis een psychiatrische stoornis betekent. Het gedrag of de uitingen moeten voldoen aan de volgende kenmerken; het gedrag moet ook bij anderen zijn vastgesteld en de gedragingen moeten kunnen worden geordend en beschreven worden binnen de kaders van de psychiatrie. Bij deze laatste voorwaarde geldt ook dat een andere deskundige in staat moet zijn om dezelfde conclusie vast te stellen (Vandereycken & van Deth, 2011).

In dit onderzoek, waarbij aansluiting bestaat bij de Projectgroep dubbele diagnose, wordt er gericht gekeken naar patiënten die lijden onder een *ernstige* verslaving, in combinatie met een *ernstige* psychiatrische stoornis. Bij een ernstige verslaving kan er vanuit worden gegaan dat definitief herstel voor velen niet haalbaar is (Kerssemakers & van Meerten, 2008). Daarnaast zijn er drie klassieke symptomen te benoemen waardoor men kan spreken over een ernstige psychiatrische stoornis, te weten; hallucinaties, wanen en zware affectieve verstoringen (Zimbardo, Weber & Johnson, 2005).

Patiënten met een dubbele diagnose komen vaak in aanmerking voor crisisopnames en reguliere ziekenhuisopnames en vallen daarna vaak terug in hun oude patroon. Omdat dit grote kosten vormt voor de maatschappij is het dan ook een van de redenen om effectieve behandelingsmethoden te onderzoeken voor deze specifieke doelgroep (van Ham & Sabbe, 2006).

§ 2.3 Hulpverlening voor dubbele diagnose

Motivationele gespreksvoering

Patiënten met een dubbele diagnose vormen een zeer complexe doelgroep, aangezien zorginstellingen vaak gespecialiseerd zijn in maar één onderdeel van de diagnose. Daarnaast is het zo dat bij veel patiënten motivatie ontbreekt voor behandeling en gedragsverandering. Het kost immers veel energie en inzet om vaste patronen te doorbreken en dit vol te houden. Een persoon met de betreffende problematieken zal daarbij niet snel het vertrouwen in zichzelf hebben om hier bij voorbaat al een positief gevoel over te hebben. Het is daarom belangrijk dat er tijdens de behandeling rekening wordt gehouden met de wil om te veranderen, dus de motivatie. Een veel voorkomende interventie die wordt gebruikt is de motivationele gespreksvoering. De complexe situatie van de dubbele diagnose patiënt vraagt om een accepterende houding van de hulpverlener, deze hoort dan ook volledig empathisch te zijn. De hulpverlener filtert belangrijke aspecten voor de patiënt tijdens deze gesprekken, zoals normen en waarden. Deze benoemt de patiënt via omwegen en de hulpverlener helpt en stimuleert om hierbij een soort pad uit te stippelen die de patiënt af zal gaan. Het is van belang

om beide kanten van het gedrag te belichten waarbij de hulpverlener de patiënt helpt de situatie, problemen en oplossingen te exploreren en te onderkennen en weerstanden te verkennen die er ten aanzien van de gedragsverandering zijn (van Dam, 2008). De essentie van de motivationele gespreksvoering is dat patiënten de motivatie voor verandering niet ontwikkelen op basis van wat anderen negatieve consequenties vinden van hun gedrag, maar dat ze zelf inzien dat hun gedrag niet correct is en de mogelijkheid om persoonlijke doelen te verwezenlijken belemmert.

Counseling

Wanneer patiënten gemotiveerd zijn tot gedragsverandering, moeten zij vaardigheden ontwikkelen die hen daarbij zullen helpen. De counseling methode helpt bij de ontwikkeling van het positief kijken en dat cognitieve en gedragsmatige vaardigheden worden aangeleerd. Een vorm is de individuele counseling, waarbij door middel van cognitieve gedragstherapie vaardigheden voor hervulpreventie, coping vaardigheden, sociale en vrijetijdsvaardigheden worden aangeleerd. Bij groepscounseling behoren sociale vaardigheidstrainingen, zelfhulpgroepen of groepstherapie waar de motivatie van de patiënt centraal staat. Bij familie counseling is het belangrijk dat de stress in families verminderd wordt door de therapie, omdat stress ervoor kan zorgen dat de coping vaardigheden beperkt zijn en dat ook de mogelijkheid om sociale steun te verlenen aan de patiënten ontbreekt. Een ander belangrijk doel is om de familieleden informatie te verstrekken over de psychische stoornis, de verslavingsproblematiek en de interactie tussen deze twee problematieken (van Ham & Sabbe, 2006).

GGZ WNB

GGZ WNB heeft sinds 2003 het zorgprogramma 'Dubbele diagnose' dat bestaat uit een klinische behandelafdeling, ambulante behandeling, deeltijdbehandeling en resocialisatiewoningen. Zij stellen dat bij dubbele diagnose patiënten problemen op verschillende levensgebieden bestaan, waardoor iedere behandeling maatwerk is. Dit betekent dat er soms eerst aandacht besteed moet worden aan bijvoorbeeld somatiek, financiële problemen en huisvesting voordat men begint met de behandeling. Binnen het zorgprogramma staat een aantal basisprincipes centraal. Uitnodigend: het zorgprogramma dient toegankelijk te zijn voor de patiënt, dit betekent dat de hulpverleners bijvoorbeeld gemakkelijk bereikbaar horen te zijn voor patiënten. Geïntegreerd: een dubbele diagnose team hoort gespecialiseerd te zijn op beide gebieden, dus verslavingszorg en psychiatrische zorg. Indien nodig, worden zij hiervoor opgeleid. Continu: een veilige en stevige behandelrelatie tussen hulpverlener en patiënt, aangezien een dubbele diagnose behandeling erg lang kan duren en de patiënt gedurende de hulpverlening moet kunnen blijven terugvallen op de hulpverlener. Consequent: het aanleren van een drugs- en prikkelvrije levensstijl waar de patiënt zich in kan vinden en gelukkig mee is. Omdat dit een enorme verandering is in het leven van een patiënt, moeten alle levensgebieden consequent worden opgenomen in de behandeling (van Dam, 2008).

Proces

Het is van belang dat de behandeling vanaf de start goed ingezet wordt, zodat de hulpverlening optimaal kan verlopen. Hier is dan ook een optimale screening nodig, oftewel een onderzoek naar de mogelijke aan- of afwezigheid van bepaalde problemen. Er dient ook gebruik te worden gemaakt van een assessment, een proces om de aard van het probleem te ontdekken en te definiëren en om specifieke aanbevelingen voor de behandeling te ontwikkelen. Het basis assessment bestaat uit het verzamelen van informatie die bewijs kan leveren voor het aanwezig zijn van een dubbele diagnose. Hierbij worden probleemgebieden en sterktes in kaart gebracht en wordt de veranderingsbereidheid ingeschat. Aan de hand van

de verzamelde data wordt besloten welke hulp noodzakelijk is. Bij de intake wordt informatie verzameld over de achtergrond, het middelengebruik, de psychiatrische problemen en de interactie tussen de verschillende problemen (van Ham & Sabbe, 2006).

De diagnose is een belangrijk deel van het assessmentproces. Een goede diagnose start met een precieze verkenning van de problemen zonder deze direct te verklaren. Een diagnostisch interview is het belangrijkste middel om de belevingswereld van een patiënt te verkennen. Hierin wordt inhoudelijk onderscheid gemaakt tussen het verzamelen van gegevens over de voorgeschiedenis van de patiënt en de beoordeling van de psychische toestand. Bij het verzamelen van de voorgeschiedenis gaat het om zowel informatie die direct verband houdt met de psychische problematiek als om gegevens over de levensgeschiedenis (Vandereycken & van Deth, 2004).

Gedurende een langere periode hoort het behandelteam ook de nodige informatie betreffende het functioneren van de patiënten te verzamelen, zoals de psychiatrische problematiek, de interactie tussen het middelengebruik en de psychiatrische problematiek, de interactie tussen het middelengebruik en de medicatie, de medische, psychologische, sociale, financiële en juridische aspecten, de algemene nood tot zorg, de behandelingsgeschiedenis, de verwachtingen over de behandeling, de bereidheid tot verandering en de nood aan farmacotherapie, oftewel behandeling met geneesmiddelen. Deze informatie wordt gebruikt als uitgangspunt voor de behandeling.

Familiesysteem

Door middel van psycho-educatie krijgen de patiënten en/of hun familieleden gestructureerde en gevisualiseerde informatie over de psychiatrische problematiek en alle omgevende factoren die erbij komen kijken. Het doel is om hiermee patiënten en/of familieleden bewuster te maken van de negatieve consequenties van de verschillende stoornissen. Dit zorgt voor een toename in de motivatie tot gedragsverandering. Wanneer familieleden het nut van de behandeling inzien en gemotiveerd zijn, kunnen zij de betreffende persoon ook motiveren. Dit zal in eerste instantie hoogstwaarschijnlijk effectiever zijn dan te worden gemotiveerd vanuit een hulpverlener. Er worden e-health programma's ontwikkeld die speciaal gericht zijn op naasten van een patiënt (persoonlijke communicatie, H. Bakker, 2012). Het is dan ook goed om patiënten te adviseren hun systeem te betrekken bij hun eigen modules (persoonlijke communicatie, L. Berkenbosch, 14-11-2012).

In het onderzoek is sprake van dubbele diagnosepatiënten binnen een klinische setting en dit is ook waar de meeste voorkeur naar uitgaat als het gaat om de behandeling voor deze doelgroep, aangezien een behandeling in verschillende instellingen kan zorgen voor verschillende verstandhoudingen, samenwerkingen, visies en regels. Voor een optimale behandeling dienen deze aspecten gelijkmatig en goed te verlopen. In een klinische setting worden de psychische en de middelen gebonden afhankelijkheid tegelijkertijd behandeld door een multidisciplinair team (van Ham & Sabbe, 2006).

§ 2.4 E-health in een klinische verblijfssetting

Om te kijken welke vorm nu precies geschikt zou zijn in een klinische setting is het wellicht eerst van belang te beschrijven wat klinische setting nu eigenlijk inhoudt.

Bij klinische zorg is er sprake van zorg in een 24-uurs verblijfssetting waarbij ook behandeling wordt aangeboden. In een klinische setting is de omgeving binnen de kliniek en de daarbij behorende behandeling essentieel. Wanneer problematiek zich ernstig uit en er minimale sociale draagkracht heerst, is opname voor behandeling in een klinische setting geïndiceerd (Muste, Weertman & Claassen, 2009).

In een klinische setting moet er rekening mee gehouden worden dat de patiënten beschikking hebben tot apparaten, zoals computers. Mocht men een ruimte in willen richten met computers moet er gedacht worden aan de privacy van de patiënten (persoonlijke communicatie, H. Bakker, 07-11-2012). Een dergelijke ruimte kan tevens gebruikt worden om de patiënten gezamenlijk op te laten starten met e-health, waarbij begeleiding aanwezig is. Hierbij kan de begeleiding inschatten of de patiënt ook echt over voldoende vaardigheden beschikt en eventueel op dat moment extra begeleiding verstrekken (persoonlijke communicatie, L. Berkenbosch, 14-11-2012). E-health moet in een klinische setting puur dienen als ondersteuning van de behandeling, aangezien de problematiek vaak complexer is (persoonlijke communicatie, L. Berkenbosch, 14-11-2012). Bij patiënten, die zijn opgenomen in een klinische setting, bestaat de mogelijkheid om momenten voor e-health op te nemen in het dagprogramma. Hierbij kan men tevens extern gemotiveerd worden om deel te nemen, voornamelijk voor patiënten die moeite hebben met structuur (persoonlijke communicatie, F. Clark, 20-11-2012).

Lechner, Mesters & Bolman (2010) hebben getracht een indeling te maken van bruikbare vormen van e-health, op basis van de volgorde van algemene behandelingsfasen. Hieronder volgt een selectie van e-health vormen die volgens hen geschikt zouden zijn om in te zetten binnen een klinische setting;

- ◆ Online-informatievoorziening en onlinevoorlichting

Dit is een voorbeeld van e-health waarbij de patiënt informatie en voorlichting van internet haalt. Dit is eventueel inzetbaar in een klinische setting, zodat patiënten zelf informatie kunnen bekijken betreffende hun problematiek. Uiteraard worden zij hierover ook geïnformeerd door hun behandelend arts. Het kan echter voorkomen dat artsen dit beknopt en in jargon uitleggen. Vaak is het ook zo dat patiënten over het algemeen maar 50% onthouden van wat de behandelaar hen zojuist heeft verteld (Timmer, 2011). Het kan daarom goed zijn voor klinische patiënten om zelf de controle te hebben over extra informatie en voorlichting.

Zij kunnen via e-health op internet ook gebruik maken van geluid, beeld en tekst, waardoor informatie ook beter zal blijven hangen, aangezien het de zintuigen aanspreekt (Lechner, Mesters & Bolman, 2010).

Bij deze vorm van e-health bestaat echter de valkuil dat bepaalde groepen moeite hebben met het onderscheiden van betrouwbare bronnen. Om die reden is het van belang dat patiënten die gebruik maken van online-voorlichting en online-informatie begeleid worden in het herkennen van betrouwbare websites. Deze vorm van e-health zal ook een verschuiving teweeg brengen in de relatie tussen patiënt en behandelaar. Eerder zag deze relatie er uit als een professional-leek relatie (Broeders, Cuijpers & Prins, 2011). Doordat patiënten zich via deze vorm beter kunnen oriënteren, ontstaat er een meer gelijke relatie. Deze vorm van e-health is al bestaand, echter kan dit ook ingezet worden in een klinische setting waar patiënten niet altijd beschikken over mogelijkheden om gebruik te maken van internet.

In paragraaf 2.3 wordt beschreven dat patiënten en/of familieleden door middel van psycho-educatie informatie krijgen rondom de problematieken van de patiënt. Online-informatievoorziening en online-voorlichting kunnen goed aansluiten op dit onderdeel, aangezien patiënten ook op individueel niveau informatie kunnen verkrijgen over hun problematiek. Psycho-educatie en als toevoeging online-informatievoorziening en online-voorlichting bevordert het bewust maken van de negatieve consequenties van

de problematiek en dus ook de toename in motivatie tot gedragsverandering.

◆ Onlinebehandeling

Bij deze toepassing van e-health draait het om behandeling op afstand. Hierbij zijn twee vormen te onderscheiden, namelijk medische behandeling en psychologische behandeling. De medische vorm van online behandeling is niet relevant voor dit onderzoek, aangezien het onderzoek gericht is op verslaving en psychiatrie. Bij de medische vorm van online behandeling is het namelijk vooral gericht op lichamelijke klachten en betreft het functies om bijvoorbeeld röntgenfoto's te bekijken.

Internetbehandelingen bestaan grotendeels uit een basispakket van interventies waar uiteenlopende klachten in behandeld kunnen worden. Het kan zijn dat een bepaalde opdracht of interventie niet passend is bij de problematiek van de betreffende patiënt, dan kan ervoor gekozen worden onderdelen weg te laten (persoonlijke communicatie, H. Bakker, 07-11-2012). Over het algemeen duurt een onlinebehandeling ongeveer een half jaar. Een standaard programma heeft al gauw vier modules, waarbij nog specifieke modules toegevoegd kunnen worden. Het is van belang dat er niet te veel modules zijn in verband met de motivatie van de patiënt (persoonlijke communicatie, L. Berkenbosch, 14-11-2012). De duur van een traject kan tevens altijd van tevoren worden afgesproken met een patiënt, net zoals dat gebeurt bij een regulier behandelcontact (persoonlijke communicatie, M. Kist, 04-12-2012). Wat betreft stoornissen als angst en depressie kan internetbehandeling zeker een optie zijn. Er zijn al resultaten waargenomen; het vermogen tot zelfreflectie neemt toe, patiënten kunnen scherper registreren en de bereidheid tot eigen initiatief neemt toe (persoonlijke communicatie, H. Bakker, 07-11-2012). Voor sommige psychische problemen zoals verslaving en eetstoornissen is er helaas nog te weinig onderzoek gedaan om op basis van cijfers te kunnen zeggen dat het van toegevoegde waarde zal zijn. Er is daardoor nog weinig zicht op de lange termijn effecten van onlinebehandeling bij dergelijke problematiek (Lechner, Mesters & Bolman, 2010). In tegenstelling tot wat Lechner et al beweren, verwijst Frank Schalken (2010) wel degelijk naar wetenschappelijke onderzoeken. Hieruit blijkt dat er wél aanwijsbare positieve effecten zijn voortgekomen uit onlinebehandeling voor verslavingsproblematiek.

Aangezien bij sommige stoornissen, zoals verslaving, het de vraag is of patiënten het traject zullen doorlopen als dit op afstand plaatsvindt, vervalt deze twijfel aangezien de patiënten reeds klinisch behandeld worden. Professionals zijn aanwezig om patiënten te blijven stimuleren om deel te nemen aan de online behandeling, wat niet het geval is wanneer de patiënt in zijn eigen leefomgeving is. Deze vorm van e-health zou in een klinische setting een toevoeging zijn op de gegeven behandeling, de combinatie van beide wordt een *blended behandeling* genoemd. Zo kan de behandelaar de patiënt face-to-face zien en de klachten bespreken, waarna de behandelaar de patiënt huiswerkopdrachten laat doen middels e-health. Tussendoor kunnen er face-to-face contacten plaatsvinden, of zelfs contact via e-mail. Het is hierbij wenselijk dat de behandelaar zijn eigen caseload bedient met e-health (persoonlijke communicatie, H. Bakker, 07-11-2012). Als men kijkt naar de mogelijkheid om deze toepassing in te zetten in een klinische setting, kan men concluderen dat dit onder de mogelijkheden valt.

◆ E-health voor chronisch zieken

Bij patiënten met een dubbele diagnose kan gesproken worden over chronische problematiek; de psychiatrische stoornis kan veelal alleen onderdrukt blijven middels

medicatie en bij een echte ernstige verslaving is volledig herstel veelal niet mogelijk. Deze vorm van e-health is er op gericht de patiënt om te leren gaan met de stoornis en/of het verbeteren van de stijl van leven. Er zijn drie vormen te onderscheiden die vaak ingezet worden ten behoeve van chronische problematiek: telemonitoring, e-consult en domotica.

Bij *telemonitoring* kan de patiënt op vaste momenten via internet of mobiele telefoon informatie doorsturen naar de behandelaar (Lechner, Mesters & Bolman, 2010). Voor de doelgroep van dit onderzoek betekent dit dat de patiënt kan bijhouden hoe vaak hij gebruik maakt van het middel waaraan hij verslaafd is, bijvoorbeeld hoeveel joints hij die dag heeft gerookt. Deze informatie stuurt hij op naar de professional, die daarop de gegevens analyseert en op die manier aangepaste adviezen kan geven of tijdig in kan grijpen. Telemonitoring kan zorgen voor het vergroten van ziekte-inzicht, (Lechner, Mesters & Bolman, 2010) waardoor de patiënt eerder gedragsverandering kan inzetten. Dit is zeker een mogelijkheid voor een klinische setting omdat een behandelaar niet altijd de tijd heeft om één op één met de patiënt te gaan zitten om het gebruik uitgebreid door te nemen. Valkuil van deze toepassing is wel dat patiënten niet altijd even eerlijk hun gebruik inzichtelijk maken, vooral als het bijvoorbeeld gaat om een verslaving. Eventueel wordt dit inzichtelijk maken wel gemakkelijker aangezien het invoeren in een computer het gevoel van afstand en anonimiteit vergroot, ten opzichte van wanneer iemand echt tegenover je zit. Deze vorm vraagt dus om een grote hoeveelheid motivatie om eerlijk te zijn betreft de problematiek.

Bij *e-consult* gaat het om intensieve vorm van behandeling middels chat, e-mail of video chat. Via deze vorm is het mogelijk rechtstreeks te communiceren met de professional. Hierbij kan de inhoud zelf bepaald worden. Om optimale zelfsturing en eigen regie te realiseren is, in algemene zin, een combinatie van *telemonitoring* en *e-consult* aan te bevelen (Lechner, Mesters & Bolman, 2010). Een goed voorbeeld hierbij is, dat de professional de uitkomsten van telemonitoring analyseert en waar nodig actief contact opneemt met de patiënt voor een e-consult, om hier specifiek op in te gaan. Deze vorm is goed in te passen binnen een klinische setting, aangezien het de eigen verantwoordelijkheid aanspreekt van de patiënt en daarmee het eigen inzicht zal vergroten. Onder deze vorm valt ook anonieme live-chat, echter kan deze vorm veel onmachtssituaties creëren wanneer hier patiënten aan deelnemen die in een crisissituatie verkeren (persoonlijke communicatie, H. Bakker, 07-11-2012). Deze vorm heeft echter geen voorkeur binnen een klinische setting, aangezien patiënten bekend zijn binnen de afdeling en anonimiteit geen toevoeging meer heeft aan de behandeling. Zoals hierboven beschreven zou een combinatie van telemonitoring en e-consult wel passend zijn binnen een klinische setting.

De derde categorie van e-health voor chronisch zieken is *domotica*. Hierbij wordt bedoeld op alle technologische apparatuur die ingezet kan worden om patiënten langer in hun eigen omgeving te kunnen laten wonen. Daarbij kan gedacht worden aan camera's, bewegingssensors en alarmen. Gezien het gegeven dat de doelgroep waar dit onderzoek zich op richt klinisch opgenomen is, is deze vorm van e-health niet relevant om verder op in te gaan.

◆ Onlinecommunicatie tussen patiënten

Deze toepassing is vergelijkbaar met de lotgenotengroepen. Hierbij gaat het niet om het contact tussen patiënt en professional, maar betreft het contact tussen patiënten

onderling. Het gaat om het uitwisselen van ervaringen, emoties, gedachten, voortgang en onderlinge stimulans. Dit wordt ook wel *peer-to-peer support* genoemd. Ook bestaan er reeds websites waarop patiënten en zorgverleners ervaringen kunnen delen. Het ligt tevens in de verwachting dat het aantal onlinelotgenotengroepen in de toekomst steeds meer zal groeien (Lechner, Mesters & Bolman, 2010). Gekeken naar de vraag of deze vorm zou passen in een klinische setting, is dit feitelijk wel een optie. Het zou een aanvulling kunnen zijn op de geboden interne behandeling, zodat er zowel digitale onderlinge communicatie plaatsvindt, als (eventuele) reguliere groepssessies. Patiënten kunnen zich op die manier relateren aan anderen en kunnen inzien dat zij niet de enige zijn met dergelijke problematiek. Daarnaast kunnen zij elkaar steunen en stimuleren in de behandeling.

Een valkuil van deze vorm van e-health is dat internet een gevoel van anonimiteit creëert, waardoor patiënten het risico lopen onheus bejegend te worden. Dit vraagt van betrokken professionals veel aandacht en bewaking (Timmer, 2011).

In paragraaf 2.3 wordt beschreven dat de counselingmethode als onderdeel van de behandeling geldt, met als doel de hoeveelheid motivatie van de patiënten te achterhalen en deze te verhogen. Op dit gebied kan e-health ook worden ingezet in de vorm van onlinecommunicatie met lotgenoten. Patiënten kunnen niet alleen in groepssessies, maar ook op individueel niveau ervaringen uitwisselen, zodat zij een nog beter beeld hebben van hun problematiek, dit kunnen erkennen en hierna dus ook hun motivatie kunnen verhogen.

♦ Online zelftesten

Online zelftesten leveren een bijdrage aan de zelfstandigheid en regie van de patiënt. De patiënt kan deze testen namelijk anoniem en alleen uitvoeren, bijvoorbeeld betreffende onderwerpen waar men niet snel mee komt, zoals een alcoholverslaving. Zelftesten zijn geschikt voor problematieken zoals alcohol- en drugsgebruik, maar ook voor angst en depressie. In de Geestelijke Gezondheidszorg blijkt dat deze vorm van e-health waardevol is. Dit komt doordat de test en de uitkomst daarvan de verantwoordelijkheid bij de patiënt neerlegt. Het inzetten van deze vorm is ook zinvol binnen een klinische setting, aangezien de patiënt zich op basis van deze testen kan voorbereiden op een gesprek met een behandelaar (Timmer, 2011).

Aan het gebruik van e-health zijn kosten verbonden. Omdat dit onderzoek zich echter richt op patiënten die klinisch opgenomen zijn, vallen deze kosten onder het DBC. Na een jaar van opname wordt dit DBC omgezet in een indicatie, waarbij de patiënt een eigen bijdrage zal betalen. Behandeling middels e-health zal vallen onder deze eigen bijdrage voor behandeling (€200,- per jaar), ook dan zullen er geen extra kosten voor patiënten bijkomen (persoonlijke communicatie, H. Bakker, 07-11-2012).

§ 2.5 E-health bij dubbele diagnose

Patiënten met een verslaving en/of psychische klachten zijn over het algemeen moeilijk te bereiken voor/door? de zorgsector. Deze patiënten weten niet waar ze hulp kunnen vinden (zorgmissers) of hebben zelf niet behoefte aan hulp (zorgmijders). Om deze doelgroep toch te kunnen bereiken zoeken zorginstellingen naar passende methoden om aansluiting te vinden. Wanneer een zorginstelling gebruik maakt van e-health kan men de drempel lager leggen voor patiënten die anders niet in beeld zouden komen (persoonlijke communicatie, H. Bakker, 07-11-2012). E-health is vooral voor deze doelgroep zeer geschikt, omdat het belemmeringen wegneemt zoals angst, schaamte en het vinden van de juiste zorgaanbieder. Zorginstellingen

die al werken met e-health zien ook dat patiënten gemakkelijker taboeonderwerpen aankaarten via digitale communicatie, dan bij de face-to-face contacten (persoonlijke communicatie, M. Kist, 04-12-2012). Zoals eerder genoemd, hebben veel dubbele diagnosepatiënten moeite om zich te houden aan de behandeling en is terugval vaak aan de orde, waardoor het belangrijk is dat er praktische hulp wordt geboden in de (natuurlijke) omgeving van de patiënt. E-health is ook daarom een geschikte methode als onderdeel van de behandeling. Daarnaast hebben de patiënten de mogelijkheid om zich uit te drukken in tekst, waardoor ze de tijd kunnen nemen om de juiste bewoordingen te vinden (Schalken & Stichting e-hulp.nl, 2010). Van tevoren kan niet worden vastgesteld of deze doelgroep daadwerkelijk gebruik maakt van internet, omdat dit per persoon verschilt.

Zoals in paragraaf 2.3 wordt beschreven, is de screening en assessment een belangrijk onderdeel voorafgaand de behandeling. Aangezien het doel op langere termijn is dat e-health een vast onderdeel wordt van de behandeling van dubbele diagnosepatiënten, is het van belang om e-health te introduceren bij een van de eerste behandelgesprekken om zo de patiënt voor te bereiden.

Als er wordt gekeken naar de toepassingen die geschikt zouden zijn voor patiënten met psychiatrische problematiek en met een verslaving, passen de eerder beschreven zelftests daarbij. Deze online testen zijn geschikt voor deze doelgroep aangezien het de mogelijkheid geeft om anoniem en op een individuele basis hier aan deel te nemen (Timmer, 2011). Uitkomsten van een dergelijke test dragen bij aan inzicht in de problematiek, iets dat over het algemeen relatief lang duurt bij een verslaving of stoornis.

Vergelijkbaar met deze zelftests, is de beslisboom. Hier gaat het om een geautomatiseerd systeem met gesloten vragen die een patiënt geheel zelfstandig invult. Na het invullen komt het systeem met een advies dat de patiënt kan helpen bij het maken van een beslissing. Een voorbeeld is het programma 'ga ik hiermee naar de dokter?' van Medic Info. Een dergelijk systeem kost veel tijd om te maken, echter op de lange termijn levert dit veel op aangezien er daarna geen professionals meer bij nodig zijn (Schalken & Stichting e-hulp.nl, 2010).

In de Geestelijke Gezondheidszorg wordt al veel gebruik gemaakt van online behandelinterventies, die zich vooral richten op het verminderen van klachten tijdens de gegeven behandeling. Deze vorm van e-health kan eventueel zonder begeleiding van een professional plaatsvinden, bijvoorbeeld dat deze zich voornamelijk op de achtergrond bevindt. De interventies binnen de GGZ richten zich op verscheidene psychische klachten zoals depressie, trauma, angst- en paniekstoornissen, eetproblematiek en burn-out klachten (Timmer, 2011). Steeds meer zorginstellingen in deze branche zien dit als een waardevolle aanvulling op hun reeds bestaande behandeling. Niet alleen is het zinvol voor psychische klachten, ook voor verslaving blijken steeds meer effectieve e-health programma's te bestaan waar deze problematiek goed mee te behandelen is (persoonlijke communicatie, L. Berkenbosch, 14-11-2012). Een goed voorbeeld hiervan is de website www.alcoholdebaas.nl, een initiatief van Tactus, instelling voor verslavingszorg. In hun reguliere behandelaanbod bereiken zij voornamelijk oudere mannen die laag- tot gemiddeld opgeleid waren. Middels de website bereiken zij nu ook veel jonge vrouwen, die anders niet de stap naar de hulpverlening zouden zetten (Schalken & Stichting e-hulp.nl, 2010).

Een onderdeel van online-behandeling kan zijn dat men in een virtuele wereld ("Second Life") rollenspelen doet als behandelsessie, om op die manier de nieuw aangeleerde vaardigheden te kunnen oefenen in een veilige (virtueel) maar voor het gevoel levensechte situatie (Broeders, Cuijpers & Prins, 2011). Dit kan zeer geschikt zijn voor sommige verslavingen en stoornissen waar patiënten met een dubbele diagnose mee kunnen kampen.

Hiermee kan een verslaafde bijvoorbeeld oefenen in situaties die hem/haar triggeren om het gebruik te (her)starten. Het is wel afhankelijk in welke psychische staat een patiënt verkeert, aangezien het begrijpelijk zou zijn dat een patiënt die in een psychose zit, fictie en realiteit niet kan onderscheiden, waardoor het een angstige ervaring kan opleveren.

Wat betreft de e-health vorm ‘online-informatievoorziening en onlinevoorlichting’, is het zo dat deze vorm behoorlijk wat vaardigheden vraagt betreft het selecteren van juiste informatie. De hoeveelheid informatie die op internet te vinden is, is immens (Timmer, 2011). De betreffende doelgroep, die onder andere lijdt aan een ernstige psychiatrische stoornis, loopt het risico onjuiste informatie te vinden waardoor deze verkeerd geïnterpreteerd wordt en verkeerde verwachtingen schept. Voor deze doelgroep kan deze vorm van e-health zeker van waarde zijn, mits zij begeleid wordt in het zoeken naar de juiste informatie.

De volgende vorm van e-health die geschikt zou kunnen zijn voor deze doelgroep is *online behandelcontact*. Online behandelcontact is een vorm van digitale communicatie tussen patiënt en hulpverlener (Timmer, 2011). Ook dit zou geschikt zijn voor de problematiek, aangezien deze doelgroep vaak minder therapietrouw is. Door deze vorm beschikken zij over de mogelijkheid om contact aan te gaan met een professional op het moment dat het hun uit komt, waardoor het in de verwachting ligt dat men langer volhoudt. Het is bij deze vorm van belang om onderlinge afspraken te maken over de mate en frequentie van het contact.

Voorwaarden

Zoals voor alle andere vormen van behandeling is motivatie voor deelname aan e-health vanuit de patiënt van belang. Juist omdat bij e-health de patiënten voornamelijk zelf de stap dienen te zetten; een patiënt moet willen leren (persoonlijke communicatie, H. Bakker, 07-11-2012). Zorginstellingen selecteren hun deelnemende patiënten dan ook vaak op motivatie en bereidheid. Een patiënt dwingen tot deelname aan een e-health module zal hoogstwaarschijnlijk geen effect sorteren (persoonlijke communicatie, F. Clark, 20-11-2012). Voor alle vormen die e-health te bieden heeft, geldt dat zowel de patiënt als de professional moet beschikken over vaardigheden betreft het gebruik ervan. Voorwaarde is namelijk dat een patiënt beschikt over alle informatie die relevant is om keuzes op te baseren. De afweging moet zorgvuldig worden gedaan, omdat niet elke patiënt beschikt over voldoende stabiliteit op verstandelijk en emotioneel vlak (Broeders, Cuijpers & Prins, 2011). De hulpverlener zal bij de kennismaking en uitleg van de behandeling moeten nagaan in hoeverre de betreffende patiënt gebruik maakt van internet, over de vaardigheden daarvoor beschikt en of deze persoon hierin gemotiveerd zou moeten worden. In dit eerste gesprek is het ook belangrijk om veel aandacht te besteden aan betekenis, inhoud en doel van e-health. Dit omdat de term nog relatief onbekend is onder de patiëntpopulatie. Aangezien de communicatie binnen e-health schriftelijk verloopt is het voor patiënten een voorwaarde dat ze taalkundig zijn. Bezit of toegang tot een computer is uiteraard ook een voorwaarde (persoonlijke communicatie, L. Berkenbosch, 14-11-2012). Daarnaast is het belangrijk dat de patiënt de opbouw en logica van een computer begrijpt, bijvoorbeeld eerst bestanden opslaan en het versturen ervan (persoonlijke communicatie, H. Bakker, 07-11-2012).

Contra-indicaties

Voor patiënten met een dubbele diagnose dient er extra aandacht en ondersteuning te zijn, aangezien zij onder andere kampen met een ernstige psychiatrische stoornis. Dit kan soms de leervaardigheden belemmeren. Het is dus zinvol eerst forse problematiek te behandelen en de patiënt in balans te brengen alvorens met e-health te starten. Wanneer de problematiek namelijk sterk op de voorgrond staat is iemand niet in staat om te leren. Mocht er daarna

gestart worden met e-health is het in het begin dan ook van belang om de face-to-face contacten vaker plaats te laten vinden dan bij patiënten die in reeds balans zijn gebracht (persoonlijke communicatie, H. Bakker, 07-11-2012). Als hier te allen tijde aandacht voor is, door middel van goede begeleiding en ondersteuning, kan ook deze doelgroep gebruik maken van deze extra ondersteuning. Toch zijn er een aantal factoren die maken dat een patiënt wellicht niet geschikt is voor deelname aan e-health. Wanneer een patiënt niet meer redelijkerwijs kan functioneren is e-health niet geschikt. Een voorbeeld van ernstige problematiek waarbij e-health niet geïndiceerd is, is suïcidaliteit en multiprobleem. Dan nog kan het zijn dat er naast het face-to-face contact, internetmogelijkheden bestaan voor de complexe problematieken (persoonlijke communicatie, L. Berkenbosch, 14-11-2012). Voor patiënten die heel structuurbehoefstig zijn en daarbij aansturing nodig hebben is e-health een lastige opgave, aangezien zij zelf de verantwoordelijkheid dienen te dragen om aan de slag te gaan (persoonlijke communicatie, F. Clark, 20-11-2012).

Een handige richtlijn voor competentiegerichte e-health programma's is dat een patiënt op een 60 of 70 GAF-score moet zitten. Toch kunnen patiënten die niet meer in staat zijn zich zelfstandig te redden een gevoel van balans creëren, waardoor ze toch in staat gesteld kunnen worden te leren en dus deel kunnen nemen aan e-health (persoonlijke communicatie, H. Bakker, 07-11-2012).

§ 2.6 Zorginstellingen en e-health

Er zijn veel instellingen die al gebruik maken van vormen van e-health. Sommige instellingen kiezen ervoor om klein te beginnen en nemen de tijd om te groeien en hun methode van e-health uit te bereiden. Andere instellingen pakken het groot aan en zijn inmiddels vergevorderd. Als er wordt gekeken naar de instelling Dimence in Almelo, is dit een goed voorbeeld van een zorginstelling die vergevorderd is. Zij zijn begonnen met een pilot voor beeldbellen, gericht op patiënten met psychotische klachten en zijn nu aan het kijken hoe het verder doorgevoerd kan worden binnen de organisatie, dus bijvoorbeeld of het ook op andere doelgroepen toegepast kan worden. Daarnaast worden veel online cursussen aangeboden binnen hun afdeling Preventie. De e-health omgeving binnen deze instelling is een online portaal waar de patiënten kunnen inloggen. Wanneer zij ingelogd zijn, krijgen ze een startpagina waar alle functies van het programma uitgelegd staan. De workflow van hun programma is: tekst lezen, oefening maken en vervolgens feedback van de behandelaar. De behandelaar bepaalt dan of de taak opnieuw gedaan moet worden of dat de patiënt verder kan gaan naar de volgende module. Een module bestaat uit vier interventies, over het algemeen houdt men één interventie per week aan. De oefeningen binnen het portaal verschillen: het kan een oefening zijn waarbij de patiënt buitenshuis iets moet doen en daar vervolgens een verslag van moet schrijven of dat hij/zij simpelweg een vragenlijst moet invullen. Dimence heeft zijn programma's aangeschaft bij Mind District; een bedrijf dat programma's op maat maakt voor zorginstellingen, maar daarnaast ook zelf programma's ontwikkelt. Zij evalueren de tevredenheid bij patiënten door middel van een module waar cliënten een rapportcijfer kunnen geven aan de online behandeling en ervaringen kunnen delen. Tot nu toe heeft dat voldoende tot goed uitgepakt. De tevredenheid van hun medewerkers valt wat lager uit, omdat de implementatie niet is verlopen zoals gewenst. Men voelde zich te weinig betrokken bij het ontwikkelproces: dit is dan ook naar voren gekomen uit een onderzoek dat Dimence achteraf uitgevoerd heeft. Het is daarnaast belangrijk om rekening te houden met goede communicatie en dat instellingen de tijd nemen voor de implementatie. Tot slot is het belangrijk om de wensen en behoeften van behandelaren mee te nemen in het verdere verloop van e-health en de programma's om ze gemotiveerd te houden. Dimence heeft gezien dat er weerstand ontstaat bij medewerkers wanneer het om digitalisering gaat, omdat men bang is werk te

verliezen of weinig controle over de behandeling te hebben (persoonlijke communicatie, L. Berkenbosch, 14-11-2012).

Mediant in Hengelo is ook een voorbeeld van een instelling die vergevorderd is. Onder e-health verstaan zij alle elektronische activiteiten, zoals elektronische dossiervoering, elektronisch verwijzen, geprotocolleerde behandelingen via het internet, elektronisch voorschrijven van medicatie, elektronisch labonderzoek en het ontwikkelen van mobiele applicaties voor kinderen en jongeren met ADHD. Ook Mediant maakt gebruik van een portaal waarop patiënten kunnen inloggen. De werkwijze komt overeen met die van Dimence; zij hebben een basispakket die op maat wordt gemaakt voor de patiënt. De medewerkers binnen Mediant gaan creatief om met e-health. Een voorbeeld hiervan is dat een medewerker ook oefeningen op het gebied van 'mindfulness' toepast waarna deze via een face-to-face afspraak worden geëvalueerd. De programma's zijn aangeschaft bij of via de leverancier Minddistrict en daarnaast hebben zij samen met Frank Schalken (directeur bij Stichting E-hulp.nl) een website ontwikkeld voor jongeren. Beeldbellen is een vorm die op het verlanglijstje van de instelling staat en ook hebben zij live-chats gehad tussen patiënt en hulpverlener. Dat is echter niet goed verlopen, omdat hulpverleners aanliepen tegen het feit dat het anoniem was. Er zaten soms ernstige crisissituaties tussen waar de instelling niets mee kon, zoals suïcidaliteit. Wat betreft de tevredenheid van de patiënten is er geen officieel evaluatiemoment, maar kan worden gezegd dat ongeveer de helft van de patiënten die het e-health programma heeft doorlopen, tevreden is. Men vindt het prettig dat het op hun eigen tijd en plek kan, hoewel er toch uitval is. Sommige patiënten vinden het te ingewikkeld en lastig om de discipline op te brengen. De medewerkers binnen de instelling hebben ook moeite met uitval, omdat het een soort onmacht oproept. Daarnaast is het zo dat medewerkers soms weerstand bieden en teruggaan naar de methode waaraan ze gewend zijn, wanneer het e-health proces niet meteen verloopt zoals verwacht (persoonlijke communicatie, H. Bakker, 07-11-2012).

SMD E-H, een instelling voor algemeen maatschappelijk werk, heeft ervoor gekozen om klein te beginnen en dit zo goed mogelijk neer te zetten. Zij maken momenteel gebruik van e-mail communicatie als vorm van e-health. Bij de ontwikkeling hiervan worden zij ondersteund door Stichting e-hulp. Patiënten kunnen terecht voor een eenmalige vraag, maar kunnen zich ook via de website aanmelden voor zowel face-to-face als online begeleiding. Zij hebben momenteel geen combinatie van online en face-to-face begeleiding, maar zien dit wel als een belangrijk speerpunt. Zij houden zich dan ook bezig met de vraag hoe ze meer richting de blended hulpverlening kunnen verschuiven omdat zij op dit moment zien dat face-to-face contact vaak face-to-face blijft, wat eveneens voor het online contact geldt. Zij hebben bijvoorbeeld andere teams ingelicht over hoe hun online hulpverlening eruit ziet om zo kennis te verspreiden en samen te brainstormen of het bijvoorbeeld een idee is om huiswerkopdrachten mee te geven via de mail. De tevredenheid van patiënten vinden ze lastig te bepalen, juist omdat veel patiënten bij hen terecht komen voor een eenmalige vraag. Wat zij wel zien en horen is dat men dankbaar is dat er zo snel gereageerd wordt, aangezien een vaste regel is dat de instelling binnen twee werkdagen reageert. Op dit moment is de instelling ook bezig met procesmatige hulpverlening waarbij zij van plan zijn vaste evaluatiemomenten in te bouwen. De tevredenheid van de medewerkers is groot en alle medewerkers zijn over het algemeen erg enthousiast. Volgens hen moeten instellingen die starten met e-health rekening houden met het feit dat het zich blijft ontwikkelen (persoonlijke communicatie, M. Kist, 04-12-2012).

§ 2.7 Conclusie vanuit de theorie

In deze paragraaf worden conclusies getrokken vanuit de theorie. Dat wil zeggen dat er kort antwoord wordt gegeven op de theoretische deelvragen middels de bevindingen in dit hoofdstuk, oftewel het theoretisch kader, waarna conclusies worden getrokken. Er is gekozen voor een indeling per deelvraag. De antwoorden zullen zo kort en krachtig mogelijk beschreven worden.

Welke vormen van e-health zijn geschikt voor patiënten met verslavingsproblematiek en/of psychiatrische problematiek beschreven in de literatuur?

Volgens Lechner, Mesters & Bolman (2010) zijn er verschillende vormen van e-health die toegepast zouden kunnen worden op patiënten met verslavingsproblematiek en/of psychiatrische problematiek. Deze vormen zijn: zelftesten, online behandelprogramma's met modules en/of huiswerkopdrachten, online behandelsessies waarin patiënten rollenspellen kunnen doen, online voorlichting, online behandelcontact met de hulpverlener en online contact met andere patiënten. Er kan worden geconcludeerd dat de meeste vormen geschikt zijn voor vrijwel alle patiënten die tot de doelgroep dubbele diagnose behoren, echter heeft de vorm online voorlichting extra begeleiding en sturing nodig, aangezien het vaardigheden vereist om juiste internetbronnen te herkennen. Wanneer het gaat om online rollenspellen in een virtuele wereld kan worden geconcludeerd dat deze vorm niet geschikt is voor alle problematieken, aangezien het bij sommige stoornissen als psychoses juist gevoelens als angst en verwarring kan opwekken.

Als er wordt gekeken naar vormen van e-health lopen beschrijvingen rondom onlinebehandeling uiteen. Lechner, Mesters & Bolman (2010) geven aan dat internetbehandeling niet altijd een optie is, omdat er naar bepaalde psychische problematieken nog onvoldoende onderzoek is gedaan om te kunnen zeggen dat het van toegevoegde waarde zal zijn, Frank Schalken (2010) ontkracht dit echter met de beschrijving dat er wel degelijk wetenschappelijke onderzoeken zijn uitgevoerd met uitkomsten als aanwijsbare positieve effecten uit onlinebehandeling voor verslavingsproblematiek.

Welke factoren zijn volgens de literatuur van belang bij de hulpverlening aan patiënten met een dubbele diagnose in een klinische verblijfssetting?

Patiënten met een dubbele diagnose vormen een zeer complexe doelgroep, dus er moet rekening gehouden worden met een aantal belangrijke factoren. De motivatie en de wil om te veranderen ontbreekt vaak bij deze doelgroep en is een essentieel punt in de behandeling. Daarnaast vormt de verslaving een kans op terugval, daarom is het belangrijk dat er door middel van cognitieve gedragstherapie onder andere vaardigheden voor terugvalpreventie worden aangeleerd. Volgens Van Dam (2008) is het belangrijk om na te gaan waar de aandacht in eerste instantie op gevestigd dient te worden, omdat bij dubbele diagnose patiënten problemen vaak op verschillende levensgebieden bestaan. Soms dient er eerst aandacht besteed te worden aan andere zaken voordat men kan beginnen met de behandeling. Het is daarnaast belangrijk om de nodige informatie over het functioneren van de patiënten te verzamelen. Dit komt overeen met een uitspraak van H. Bakker (persoonlijke communicatie, 07-11-2012) die aangeeft dat het bij dubbele diagnose patiënten zinvol is om eerst forse problematiek te behandelen en de patiënt in balans te brengen. Dit voordat er kan worden gestart met een behandeling als e-health, aangezien zij onder andere kampen met een ernstige psychiatrische stoornis en dit de leervaardigheden kan belemmeren.

Opvallend is dat bij dubbele diagnose patiënten het effect van de behandeling pas na langere tijd zichtbaar wordt. Patiënten met een dubbele diagnose hebben soms maanden of jaren nodig om enigszins te kunnen herstellen, dus dit is ook een belangrijke factor waar rekening mee

gehouden moet worden. Er moet niet alleen in het hier en nu worden gehandeld, maar er moet ook naar de toekomst gekeken worden. Daarnaast is net als bij reguliere hulpverlening familie een belangrijk onderdeel in de behandeling. Tijdens de behandeling wordt veel aandacht besteed aan de educatie, want het is van belang dat niet alleen de patiënt zelf, maar ook de familie weet wat de problematiek inhoudt, zodat zij een beter beeld kunnen creëren en hiermee weten om te gaan.

Welke vormen van e-health zijn geschikt voor een klinische setting?

Het antwoord op deze vraag komt overeen met het antwoord op de vraag: *Welke vormen van e-health zijn geschikt voor patiënten met verslavingsproblematiek en/of psychiatrische problematiek beschreven in de literatuur?* Er kan worden geconcludeerd dat de vormen die bij deze vraag zijn aangegeven zowel op ambulante basis als in een klinische setting kunnen worden toegepast. Het grootste verschil is echter dat de afstand tot een patiënt bij een klinische setting uiteraard kleiner is in vergelijking tot ambulante basis. Zo zal er mogelijk een verschil kunnen zijn wanneer er wordt gesproken van online lotgenotencontact. Op ambulante basis kan men online contact hebben met lotgenoten, maar hoeft het niet zo te zijn dat zij deze personen ook persoonlijk kennen. Bij een klinische setting kan het zo zijn dat patiënten online lotgenotencontact hebben met zowel “vreemdelingen” als andere patiënten die ook in de instelling verblijven, die ze dus wel persoonlijk kennen. Mogelijk zal dit effect kunnen hebben op het daadwerkelijke contact. Wanneer er sprake is van online behandelcontact met de hulpverlener, is er ook wel degelijk een verschil. Op ambulante basis is er letterlijk een afstand tussen de cliënt en hulpverlener, maar in een klinische setting is de hulpverlener “dichtbij”. Er kan worden geconcludeerd dat een blended behandeling hierbij het beste aan zal sluiten, aangezien het een combinatie is van face-to-face en digitaal contact. Het is hierbij van belang dat men goede afspraken maakt over de digitale contactmomenten om teleurstellingen te voorkomen. Het zou dus kunnen zijn dat er vaker contactmomenten via online behandelcontact worden ingepland bij ambulante basis en meer face-to-face contact wanneer het gaat om een klinische setting. Als er wordt gekeken naar online behandelprogramma's met huiswerkopdrachten, kunnen deze ook verschillen ten opzichte van de ambulante basis. Zoals L. Berkenbosch (persoonlijke communicatie, 14-11-2012) aangeeft, kunnen bij de instelling waar hij werkzaam is de huiswerkopdrachten verschillen en kan er bijvoorbeeld een opdracht bij zitten die buitenshuis uitgevoerd moet worden. In een klinische setting zal dit niet altijd mogelijk zijn, bijvoorbeeld als een patiënt op een gesloten afdeling verblijft.

Hoe kan e-health deel uit maken van een klinische behandeling?

Volgens L. Berkenbosch (persoonlijke communicatie, 14-11-2012) moet e-health in een klinische setting puur dienen als ondersteuning van de behandeling, aangezien de problematiek vaak complexer is. Er moet allereerst rekening gehouden worden met het feit dat patiënten beschikking hebben tot computers. Mocht er in een klinische setting een ruimte worden ingericht voor dit doel, moet er gedacht worden aan de privacy van patiënten (persoonlijke communicatie, H. Bakker, 07-11-2012). Zo'n ruimte kan tevens gebruikt worden om de patiënten gezamenlijk op te laten starten met e-health in het bijzijn van begeleiding. Volgens F. Clark (persoonlijke communicatie, 20-11-2012) bestaat er in een klinische setting de mogelijkheid om momenten voor e-health op te nemen in het dagprogramma. Zo zouden patiënten gemotiveerd kunnen worden om deel te nemen. In tegenstelling tot e-health behandeling op ambulante basis, is het volgens H. Bakker (persoonlijke communicatie, 07-11-2012) in een klinische setting zo dat de twijfel of een patiënt met dergelijke problematieken het traject doorloopt en afrondt vermindert, aangezien professionals aanwezig zijn om patiënten te blijven stimuleren om deel te nemen aan de

online behandeling. Dit komt overeen met het feit dat Van Dam (2008) zoals eerder genoemd ook aangeeft dat motivatie en stimulans extra belangrijk is bij deze doelgroep. Wat betreft de motivatie van de professionals vindt Berkenbosch (persoonlijke communicatie, 14-11-2012) dat deze meteen betrokken horen te worden bij de totstandkoming en implementatie van e-health.

Hoe geven andere zorginstellingen e-health vorm en wat zijn hun ervaringen?

Van de instellingen die zijn benaderd, zijn er twee die e-health momenteel toepassen in de vorm van een online behandelprogramma met huiswerkopdrachten. Beide instellingen maken gebruik van een portaal waar patiënten kunnen inloggen. De programma's waar gebruik van wordt gemaakt, zijn in eerste instantie ontwikkeld door een leverancier. De meest voorkomende leverancier is Minddistrict. Voor de vormgeving en implementatie maken veel instellingen gebruik van de ondersteuning van Stichting e-hulp. De vormgeving komt overeen; er staan informatieve teksten op waarna patiënten per module een opdracht dienen te voltooien waar ze vervolgens feedback van de behandelaar op krijgen. Beide instellingen gebruiken deze vorm als ondersteuning van de face-to-face hulpverlening en passen de basisprogramma's aan de specifieke problematieken van de cliënt aan. Een andere instelling maakt alleen gebruik van e-mail contact en het grootste verschil is dat bij deze ook de mogelijkheid bestaat dat patiënten eenmalig contact op kunnen nemen voor een hulpvraag. Wat opvalt is dat twee instellingen methodisch gezien (nog) geen goed beeld weten te creëren van de tevredenheid van patiënten. Zij proberen wel een beeld te schetsen door het na afloop mondeling te vragen, maar er kunnen geen getallen of percentages worden vastgesteld, omdat het niet via een officiële evaluatie gaat. Er kan wel worden geconcludeerd dat e-health over het algemeen een positief effect heeft op de hulpverlening en dat er vooral positief op gereageerd wordt. Bij één instelling is de evaluatie juist als onderdeel van een module vormgegeven. Wat ook opvalt is dat twee instellingen het hebben over weerstand bij de medewerkers als het om digitalisering in de hulpverlening gaat, maar dat de gegeven redenen hiervoor uiteen lopen. Volgens H. Bakker (persoonlijke communicatie, 07-11-2012) bieden medewerkers soms weerstand wanneer er sprake is van uitval bij patiënten, waardoor medewerkers gedemotiveerd raken en terugvallen in hun "comfort zone", oftewel alleen de face-to-face hulpverlening. Dit zou wellicht kunnen doordat men het nog niet als een verplichting ervaart of dat het nog onvoldoende geïmplementeerd wordt. Om professionals de kans te geven ervaringen uit te wisselen en feedback te kunnen geven en ontvangen is het volgens L. Berkenbosch (persoonlijke communicatie, 14-11-2012) van belang om supervisiemomenten in te zetten. Dit zorgt voor constante betrokkenheid en actualiteit. Hierin kunnen professionals ook aangeven wanneer zij ergens tegen aan lopen en is er ruimte om dit aan te geven en te bespreken. Hij geeft aan dat er weerstand ontstond doordat medewerkers zich in eerste instantie onvoldoende betrokken voelden bij het implementatieproces en dat ze daarnaast bang waren om werk te verliezen of weinig controle over de behandeling te hebben. Voor veel instellingen is de financieringsstructuur een punt van aandacht, aangezien de huidige structuren nog onvoldoende zijn ingespeeld op e-health. Het Zorgkantoor kan hierin handvatten bieden.

Welke kennis en vaardigheden dienen patiënten met een dubbele diagnose en hun behandelaars te hebben om gebruik te kunnen maken van e-health in de behandeling?

Zoals eerder genoemd, geldt voor alle vormen van e-health dat zowel de patiënt als de professional moet beschikken over de basisvaardigheden van computergebruik. Daarnaast is het wellicht vanzelfsprekend, maar niet minder belangrijk, dat de deelnemer voldoende taalvaardig moet zijn. De hulpverlener zal bij de introductie moeten nagaan in hoeverre de betreffende persoon gebruik maakt van internet, de vaardigheden daarvoor beschikt en of deze persoon hierin gemotiveerd zou kunnen/moeten worden. Bij deze introductie dient de

professional aandacht te hebben voor het verhelderen van de term e-health. Patiënten dienen uiteraard gemotiveerd te zijn, aangezien zij zelf de verantwoordelijkheid dienen te dragen om ermee te werken (persoonlijke communicatie, F. Clark, 20-11-2012). Voor professionals is het belangrijk dat zij flexibel zijn, zich kunnen houden aan protocollen en de behandelprogramma's begrijpen. Daarnaast moeten de betrokken professionals worden getraind op het geven van feedback, aangezien dit online een andere aanpak vereist in vergelijking tot face-to-face. Hiervoor kunnen scholingsmomenten worden ingezet. Wat opvalt, is dat er veel opties worden genoemd om de medewerkers te motiveren als zij dat nog niet zijn, zoals het opnemen van automatische koppelingen in het elektronisch patiëntendossier, de moeite nemen om ze te laten inzien dat e-health toegevoegde waarde heeft en hen betrekken bij de opzet van behandelprogramma's. Men zou in eerste instantie kunnen denken dat hulpverleners sowieso flexibel zijn en zich bij voorbaat helemaal kunnen vinden in digitalisering, echter valt dit in de realiteit blijkbaar tegen. Hier komt ook opnieuw het aspect weerstand bij medewerkers om de hoek kijken.

HOOFDSTUK 3 METHODE VAN ONDERZOEK

In dit hoofdstuk zal de methode van onderzoek worden beschreven. Er wordt beschreven om welk type onderzoek het gaat, waaronder onderzoeksvormen, de onderzoekspopulatie en steekproef, instrumenten, procedure, betrouwbaarheid, validiteit, ethische overwegingen en tot slot een samenvatting. Dit hoofdstuk gaat dus niet zozeer in op de inhoud, maar de omgevingsfactoren. Er wordt echter wel teruggekoppeld naar de inhoud van het onderzoek.

§ 3.1 Type onderzoek

Dit onderzoek is een overwegend kwantitatief onderzoek, omdat er in dit onderzoek gekeken wordt naar cijfers en statistieken. In het onderzoek zitten echter ook kwalitatieve elementen, omdat er ook wordt gekeken naar meningen, processen en achtergronden. Door middel van diepte onderzoek wordt de implementatie van de methodiek concreet en specifiek beschreven, waarbij gebruik wordt gemaakt van meningen en opvattingen van de geënquêteerde dubbele diagnose patiënten. Kennis van deskundigen wordt gebruikt als het gaat om ervaringen met e-health, (praktische) randvoorwaarden, vormgeving en tevredenheid. Daarnaast betreft het onderzoek diepgang, omdat er veel is doorgevraagd aan de deskundigen en patiënten. Dit is tevens een empirisch onderzoek, omdat het gericht is op een actuele praktijksituatie. Er zal in de praktijk op zoek gegaan worden naar antwoorden. Tevens is dit onderzoek een inventariserend onderzoek, omdat de primaire functie inzicht geven is, om daarmee onderbouwd en gericht te kunnen handelen of het probleem anders aan te pakken (Migchelbrink, 2008). Het product, e-health, bestaat al en met dit onderzoek wordt gekeken naar welke vormen van e-health er momenteel bestaan die geschikt zouden zijn voor de betreffende instelling en wat er nodig is om dit te kunnen toepassen.

§ 3.2 Onderzoekspopulatie en steekproef

Voor het onderzoek zal gekeken worden naar drie afdelingen binnen GGNet: de Buurse, de Gaarde en de Buitenhuizen. De populatie van het onderzoek bestaat uit de dubbele diagnose patiënten binnen deze afdelingen.

In totaal zijn er binnen de drie genoemde afdelingen ongeveer 146 patiënten, waarvan er ongeveer 44 vallen onder patiënten met dubbele diagnose (Projectplan, 2012). Het aantal kan niet precies worden vastgesteld, omdat het bij de drie genoemde afdelingen ook gaat om crisisopnames. Dit betekent dat er te allen tijde patiënten kunnen komen en gaan. Uit de uitkomsten van een eerder onderzoek die zijn beschreven in het Projectplan (2012) van de Projectgroep dubbele diagnose is gebleken dat het percentage dubbele diagnose patiënten op de Buurse aanzienlijk hoger is dan op de resterende afdelingen. Dit gegeven zorgt er voor dat er meer respondenten van de Buurse bevestigd zijn dan van de andere afdelingen.

Van de 44 patiënten met dubbele diagnose zijn er 25 ondervraagd, dit was ook het beoogde aantal. Het gaat hierbij om een aselechte steekproef, want er is niet gekeken naar specifieke kenmerken die passen bij het onderzoek, maar naar 25 bereikbare patiënten die in staat waren om geënquêteerd te worden. De steekproef van 25 personen is vastgesteld aangezien er vanaf 25 respondenten gesproken mag worden in percentages. Het is tevens gezien het tijdspad naar mening en verwachting een haalbaar aantal dat voldoende representativiteit zal bieden, omdat het meer dan de helft van de onderzoekspopulatie is.

§ 3.3 Instrumenten

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van een vragenlijst voor de deskundigen en een semi-gestructureerde enquête voor de patiënten. De deskundigen zijn één op één geïnterviewd aan de hand van een vragenlijst bestaande uit 34 open vragen. Dit is een groot aantal, maar het is volgens de onderzoekers noodzakelijk dat alle aspecten uitgebreid aan bod komen. Immers

zijn deze uitkomsten verwerkt in het theoretisch kader, wat maakt dat de onderzoekers zo veel mogelijk kennis wilden verkrijgen. De vragen zijn opgedeeld in zes thema's, namelijk: E-health, cliënt gerelateerd, vorm en inhoud, in combinatie met behandeling, tevredenheid/resultaten en de afsluiting. In bijlage 2 is de ingezette vragenlijst voor de geïnterviewde deskundigen terug te vinden.

De patiënten zijn geënquêteerd aan de hand van een lijst van twintig vragen waarvan vijf open vragen (zie bijlage 3). De vragen zijn opgedeeld in vier thema's, namelijk: algemeen, huidig gebruik ICT, behoeften en wensen en tot slot de afsluiting.

§ 3.4 Procedure

Onderdeel van dit onderzoek is het interviewen van deskundigen van andere instellingen die reeds e-health inzetten als ondersteuning van de behandeling. Het gaat er hierbij niet om dat het specifieke instellingen zijn die met dubbele diagnose werken, maar puur om de vorm van e-health die zij toepassen. Het aantal deskundigen is niet naar bepaalde eisen vastgesteld, behalve dat ze met e-health dienen te werken, maar gezien het tijdspad is er gekozen voor een realistisch aantal dat naar verwachting voldoende uitkomst zou bieden voor het theoretisch kader.

Er zijn meerdere zorginstellingen benaderd, in eerste instantie per e-mail.

In bijlage 4 is de opzet van de verstuurde e-mails opgenomen. Op 10 oktober 2012 is er gestart met de eerste initiatieven tot contactlegging via deze mail.

De volgende zorginstellingen zijn benaderd;

- GGNet; afdeling FPA de Boog
- Tactive; onderdeel van Tactus gespecialiseerd in e-health programma's
- Dimence
- IrisZorg
- Mediant

Helaas had er op 25 oktober 2012 nog geen enkele instelling gereageerd. Om die reden is besloten om de bovengenoemde zorginstellingen telefonisch te benaderen en was het noodzakelijk de reikwijdte te verbreden door meer zorginstellingen te benaderen. De volgende instellingen zijn telefonisch benaderd;

- Tactus (Dubbele Diagnose Deventer)
- Philadelphia Apeldoorn
- GGZon Oldenzaal
- NIFPP Almelo
- FPC Veldzicht
- RIBW Hengelo
- Karakter Ede
- Kairos (Pompestichting)

Bij het telefonisch benaderen werd voornamelijk geadviseerd om per e-mail contact op te nemen met de desbetreffende personen waarin een telefoonnummer van de onderzoekers vermeld diende te worden, zodat de bereikbaarheid en mogelijkheden ter contactlegging vergroot zouden worden.

Na telefonisch contact zijn vier instellingen bereid gevonden om geïnterviewd te worden, te weten: Mediant Hengelo, Dimence Almelo, GGNet De Boog in Warnsveld en SMD Enschede-Haaksbergen.

Voor het selecteren van de dubbele diagnose patiënten is er op 16 oktober 2012 per e-mail contact opgenomen met verschillende disciplines als psychiaters, behandelcoördinatoren, psychologen, teamleiders en maatschappelijk werkers van de betreffende afdelingen. In bijlage 5 is de opzet van de verstuurde e-mails opgenomen. Helaas was er na meerdere e-mails nog onvoldoende respons, waardoor de onderzoekers genoodzaakt waren contact op te nemen met de opdrachtgever en contactpersoon van de onderzoekslocatie. Deze kwamen met het advies om meer druk op de teamleiders te zetten en dwingender te zijn. Hierna is er telefonisch contact opgenomen met de betreffende disciplines, echter was er altijd nog een tekort aan namen van patiënten die de onderzoekers mochten enquêteren. Er is vervolgens voor gekozen om rechtstreeks naar de instelling en de betreffende disciplines en afdelingen te gaan. Met deze actie is de steekproef van 25 patiënten behaald. De patiënten werden van tevoren op de hoogte gesteld door de behandelaren of de verpleegkundigen van de afdeling. Wanneer zij aangaven bereid te zijn om mee te werken kregen zij de enquête van de onderzoekers overhandigd, waarna ze ongeveer een kwartier nodig hadden deze in te vullen. De onderzoekers waren aanwezig tijdens het invullen, zodat de enquêtes na afloop direct weer meegenomen konden worden. Gezien het tijdspad was het belangrijk om zo snel mogelijk over de ingevulde enquêtes te beschikken en was er weinig tot geen ruimte om ze op een ander moment op te halen. Bovendien was het belangrijk dat de patiënt tijdens het invullen van de enquête op iemand terug kon vallen als hij/zij een vraag niet begreep en/of een toelichting nodig had.

Ten behoeve van de professionele uitstraling van dit rapport is er voor gekozen de verbata en de ingevulde enquêtes niet als bijlage toe te voegen. De verbata van de deskundigen interviews en de ingevulde enquêtes van de patiënten zijn allen opvraagbaar bij de onderzoekers ter inzage.

§ 3.5 Betrouwbaarheid

Om het onderzoek zo betrouwbaar, nauwkeurig en herhaalbaar (Harinck, 2008) mogelijk uit te voeren, dient er rekening gehouden te worden met een aantal factoren. Om ervoor te zorgen dat de interviews en enquêtes zo betrouwbaar mogelijk afgenomen werden, moest er rekening gehouden worden met de locatie waar afname plaatsvond, de samenstelling qua aanwezige personen en uiteraard de wijze van verwerken. De patiënten zijn geënuquêteerd binnen de afdelingen waar zij verblijven. Het is uiteraard van belang dat de vragen neutraal en niet sturend zijn, zodat de patiënten zich op hun gemak voelen bij het beantwoorden van de vragen, aangezien het gericht is op het achterhalen van hun behoeftes. Daarnaast is er gekeken naar het taalniveau dat zo veel mogelijk is afgestemd op de respondenten. Als er wordt gekeken naar de inhoud van de enquêtes, is er gekozen voor een semi-gestructureerde lijst, omdat het aan de ene kant overzichtelijk is, maar er aan de andere kant ook behoefte is aan diepgang. Door anonimiteit te waarborgen voor de patiënten is de kans verkleind dat zij sociaal wenselijke antwoorden zouden geven.

De twee onderzoekers waren beiden aanwezig bij alle interviews. De thema's van de interviewvragen werden per onderzoeker verdeeld, zodat steeds dezelfde vragen werden gesteld door de zelfde onderzoeker. De interviews die afgenomen zijn van de deskundigen vonden plaats buiten de onderzoekslocatie, namelijk op hun eigen werklocatie. Op alle locaties was er sprake van een waarborging van vrijheid tot spreken. Zo is er voor gezorgd dat de ruimtes afgesloten waren van andere prikkels of aanwezigheid van personen die de antwoorden van de respondenten konden beïnvloeden. De interviews bestaan uit open vragen, omdat het bij het interviewen van de deskundigen binnen en buiten GGNet van belang is dat er veel informatie uit voortkwam. De onderzoekers zijn van mening dat open vragen leiden tot

een grotere kans op optimaal en betrouwbaar resultaat, rekening houdende met eerdergenoemde factoren.

Om ervoor te zorgen dat de uitkomsten van de interviews en enquêtes zo betrouwbaar mogelijk werden verwerkt, is er gezorgd voor een voicerecorder die bij elk gesprek gebruikt werd. Op deze manier ging geen informatie verloren en werd alles geregistreerd zoals besproken middels verbata. Hierdoor is de kans klein dat er subjectiviteit van de onderzoekers in verwerkt wordt.

Alle acties die ondernomen zijn, zijn terug te vinden zijn op papier. Zo is er voortdurend mail- en fysiek contact gehouden met beide partijen en aangezien de afstand met de instelling redelijk groot is, is er een groot deel van de beschikbare tijd voor het onderzoek besteed binnen de instelling, zodat er fysiek nog vaker terug kon worden gevallen op de begeleiding. Op deze manier kon er constant worden gecheckt of de onderzoekers op de goede weg waren, wat hun bevindingen waren en of ze nog steeds relevant bezig waren. Mochten de onderzoekers onbewust afwijken van dit pad, kon de begeleiding vanuit de instelling bijsturen. Er is tevens gebruik gemaakt van interbeoordelingsbetrouwbaarheid, doordat alle vragenlijsten (interview én enquête) werden uitgetest op testpersonen.

§ 3.6 Interne en externe validiteit

Om ervoor te zorgen dat het onderzoek aansluit op de werkelijkheid, er juiste verbanden gelegd worden, het geldig is en het onderzoek meet wat er gemeten moet worden, is er rekening gehouden met verschillende aspecten (Harinck, 2008).

Door middel van interviews met deskundigen vanuit andere instellingen die al e-health toepassen, wordt achterhaald hoe dit in zijn werk gaat en wat er bijvoorbeeld nodig is om het zo optimaal mogelijk toe te kunnen passen. Met behulp van de steekproef komt duidelijk naar voren wat de behoeften van de patiënten zijn die met e-health te maken zullen krijgen. Deze uitkomsten bieden de gelegenheid om een realistisch beeld te kunnen vormen van alle aspecten die van belang zijn voor het onderzoek.

Om ervoor te zorgen dat de interview- en enquêtelijst valide is, zijn deze gedeeld met de begeleiding, zodat ze inhoudelijk beoordeeld konden worden. Bij het opstellen van de vragen is rekening gehouden met de inhoud van het theoretisch kader. Daarnaast zijn de vragen zoveel mogelijk gekoppeld aan de deelvragen die uiteindelijk beantwoord dienen te worden.

Als er wordt gekeken naar vormen van validiteit, heeft het onderzoek voldoende interne validiteit. Landelijk zijn er schattingen dat 50% van de ernstige psychiatrische patiënten een dubbele diagnose heeft. Op de klinische afdelingen van Voortgezette Behandeling Apeldoorn is momenteel bij 46% van de patiënten sprake van actuele dubbele diagnose problematiek. Zoals eerder genoemd bestaan de desbetreffende afdelingen uit ongeveer 146 patiënten waarvan ongeveer 44 dubbele diagnose patiënten. Onder deze 44 dubbele diagnose patiënten heeft er een steekproef plaatsgevonden van 25 respondenten. Dit maakt dat de steekproef voldoende representatief is voor de populatie, aangezien dit meer dan de helft behelst.

Uit een eerder onderzoek (Projectplan, 2012) is gebleken dat het percentage dubbele diagnose patiënten op de Buurse aanzienlijk hoger is dan op de resterende afdelingen. Dit gegeven zorgt er voor dat er meer respondenten van de Buurse ingezet zijn dan van de andere afdelingen. Bovendien is het aantal dubbele diagnose patiënten die geënquêteerd zijn, meer dan de helft van het totaal aantal dubbele diagnose patiënten van de desbetreffende afdelingen, hierdoor is het representatief voor de onderzoekspopulatie.

Het onderzoek is gedeeltelijk ook extern valide. Ondanks dat het een aselechte steekproef betreft, kunnen de uitkomsten worden toegepast in vergelijkbare situaties, zoals wanneer e-health wordt gebruikt op andere afdelingen en vestigingen van de instelling. De uitkomsten van het onderzoek kunnen ook worden gebruikt voor soortgelijke instellingen die gebruik willen maken van e-health. Daarnaast is de patiëntpopulatie representatief voor patiënten met een dubbele diagnose binnen Nederland.

§ 3.7 Ethische overwegingen

Als er wordt gekeken naar ethische overwegingen, is het van belang om te kijken naar de gevolgen van de uitvoering van dit onderzoek. Dit onderzoek moet ethisch verantwoord zijn. Ten eerste is het een onderdeel van dit onderzoek dat er bij andere instellingen gekeken werd naar hun inzet van e-health. Er moest naderhand met grote zorg worden gekeken naar de onderbouwingen die zij gaven en hoe dit gekoppeld kon worden aan de uitkomsten van dit onderzoek. Daarnaast is er gesproken worden met professionals die bekend zijn op het gebied van dubbeldiagnose, danwel e-health. Ook diende hun bereidheid tot medewerking niet geschonden te worden door het inzetten van misplaatste citaten en uitspraken. De onderzoekers hebben de deskundigen te allen tijde om hun toestemming tot naam- en functieweergave gevraagd. Gezien het gegeven dat de uitkomsten van de deskundigeninterviews werden ingezet in het theoretisch kader, had het meerwaarde een correcte verwijzing te kunnen weergeven waarbij aantoonbaar is waar de informatie vandaan komt. Mocht een deskundige anonimiteit prefereren werd dit uiteraard gewaarborgd. De anonimiteit voor de patiënten is in elk geval gegarandeerd, de enquêtes die bij deze respondentengroep afgenomen werden, zijn zonder naamsvermelding en de resultaten zijn niet te herleiden naar personen.

§ 3.8 Samenvatting

Dit onderzoek is overwegend kwantitatief, omdat er van cijfers en statistieken wordt uitgegaan, maar heeft ook kwalitatieve elementen, aangezien het zich richt op meningen, processen en diepgang betreffende een bepaald onderwerp. Het heeft een empirisch karakter omdat de antwoorden op de hoofdvraag en deelvragen worden gezocht in de praktijk. Het valt onder inventariserend onderzoek, er wordt namelijk geïnventariseerd welke bestaande mogelijkheden er zijn en welke daarvan geschikt zijn voor de onderzoekslocatie. De daaropvolgende stap is om de uitkomsten om te zetten in aanbevelingen zodat het implementeerbaar is op de werkvloer van de onderzoekslocaties. Het onderzoek richt zich op drie afdelingen, te weten de Buurse, de Gaarde en de Buitenhuizen. Daarnaast zijn er van het totale aantal patiënten op die afdelingen (146) 44 patiënten met een dubbele diagnose, waarvan meer de dan helft (25) is geënuquêteerd middels een semi-gestructureerde vragenlijst. Er is gekozen voor een semi-gestructureerde vragenlijst om de onderwerpen en antwoorden in te kaderen, maar middels open vragen werd wel de ruimte gegeven voor eigen inbreng. Daarnaast is er middels open interviews informatie geworven bij deskundigen van andere zorginstellingen die reeds e-health inzetten als ondersteuning van de behandeling. Er zijn vijf instellingen benaderd per e-mail. Wat betreft de betrouwbaarheid van het onderzoek is er getracht om zo veel mogelijk te anticiperen op factoren die de uitkomsten van de dataverzameling konden veranderen en/of beïnvloeden, door bijvoorbeeld alle enquêtes en interviews op dezelfde wijze uit te voeren. Om de betrouwbaarheid te vergroten bleef de begeleiding vanuit de instelling nauw betrokken bij de voortgang waardoor zij steeds bij konden sturen wanneer het er op leek dat het onderzoek wellicht af zou wijken van het pad. Daarnaast zijn alle acties vastgelegd in het rapport. De validiteit van het onderzoek is tevens van belang. Er is gekozen voor steekproeven binnen de populaties die representatief zijn om onderbouwde conclusies te trekken. Andere

instellingen zullen de uitkomsten van dit onderzoek ook kunnen inzetten op hun eigen afdelingen, hierdoor heeft het onderzoek externe geldigheid. Als laatste is er tijdens dit onderzoek zorgvuldig omgegaan met de respondenten die bereid zijn mee te werken.

HOOFDSTUK 4 RESULTATEN

In dit hoofdstuk zullen de resultaten worden weergegeven uit de enquêtes, die zijn afgenomen bij de patiënten met een dubbele diagnose. Deze resultaten zullen antwoord geven op de praktische deelvragen. Er is voor gekozen om absolute getallen te gebruiken in combinatie met percentages. In dit hoofdstuk zullen nog geen interpretaties of conclusies worden getrokken, er worden alleen feitelijke constateringingen weergegeven. De resultaten zijn per deelvraag ingedeeld zodat het overzichtelijk en helder weergegeven wordt. De steekproef bestond uit 25 personen (N=25), echter heeft een aantal respondenten niet alle vragen ingevuld. Dit maakt dat het aantal respondenten per vraag kan verschillen. Dit wordt per tabel weergegeven middels de 'N'.

§ 4.1 Overzicht respondenten

Van de 25 respondenten die zijn geënquêteerd is vijftien mannelijk en tien vrouwelijk. In Tabel 1 is te zien hoeveel respondenten per afdeling hebben meegewerkt aan dit onderzoek en tot welke leeftijdscategorie zij behoren. In totaal zijn de meeste geënquêteerden afkomstig van de Buurse (18), waarvan de meesten (6) tussen de achttien en 25 jaar waren. De 55-plussers zijn de grootste groep binnen de patiënten die geënquêteerd zijn.

Leeftijd	Totaal (N=25)	De Buurse (N=18)	De Gaarde (N=4)	De Buitenhuizen (N=3)
18 t/m 25	6	6	-	-
26 t/m 35	2	2	-	-
36 t/m 45	4	4	-	-
46 t/m 55	4	4	-	-
55+	9	2	4	3

Tabel 1. Leeftijd respondenten per afdeling

§ 4.2 Huidig ICT-gebruik

De onderstaande resultaten geven gezamenlijk antwoord op de deelvraag: *Hoe ziet het huidige ICT-gebruik er uit van patiënten met een dubbele diagnose?*

Aan de respondenten is eerst gevraagd in hoeverre zij toegang hebben tot een ICT middel. Van de 25 respondenten hebben twintig antwoord gegeven op deze vraag, aangezien de overige vijf respondenten bij een eerdere vraag hebben aangegeven géén gebruik te maken van ICT. Uit de resultaten is naar voren gekomen dat zestien patiënten in ieder geval toegang hebben tot een ICT middel, waarvan elf van De Buurse, drie van De Gaarde en twee van De Buitenhuizen. Vier respondenten van De Buurse hebben aangegeven geen toegang te hebben tot een ICT middel.

In tabel 2 is te zien wat de mate van ICT-gebruik is onder alle respondenten. Er zijn acht respondenten die wekelijks en acht respondenten die dagelijks gebruik maken van ICT. Vier respondenten geven aan maandelijks gebruik te maken van ICT en vijf respondenten maken zoals eerder genoemd nooit gebruik van ICT. De tabel geeft een combinatie weer van mate van gebruik en leeftijd, aangezien de verschillende leeftijdscategorieën van belang kunnen zijn bij de uitvoering van e-health.

Mate gebruik	18 t/m 25 jr (N=6)	26 t/m 35 jr (N=2)	36 t/m 45 jr (N=4)	46 t/m 55 jr (N=4)	55+ (N=9)	Totaal (N=25)
Nooit	1	-	-	2	2	5
Maandelijks	1	1	1	-	1	4
Wekelijks	1	-	3	-	4	8
Dagelijks	3	1	-	2	2	8

Tabel 2: mate gebruik per leeftijd

In de enquête is gevraagd naar de huidige vaardigheden betreft ICT-gebruik. Bij de vraag betreft de vaardigheden waren meerdere antwoordmogelijkheden. Ook op deze vraag hebben 20 respondenten antwoord gegeven.

Tabel 3 geeft een overzicht van de vaardigheden waarover de respondenten beschikken. Het grootste deel van de respondenten blijkt over de basisvaardigheden betreft ICT-gebruik te beschikken. Dit blijkt uit het feit dat achttien van de twintig weten hoe zij een computer moeten opstarten, negentien weten hoe zij een muis moeten gebruiken, achttien het startmenu kunnen bedienen, zestien gebruik kunnen maken van standaardprogramma's als MS Word en MS Excel, zestien bestanden kunnen opslaan, vijftien bestanden kunnen verzenden, zeventien het internet kunnen gebruiken en twaalf geven aan juiste internetbronnen te kunnen herkennen. Met het herkennen van juiste internetbronnen wordt bedoeld dat zij beschikken over de vaardigheid om betrouwbare bronnen te kunnen onderscheiden van minder betrouwbare bronnen, zoals een artikel dat door een auteur is geschreven in tegenstelling tot een algemene tekst op www.wikipedia.nl. De helft geeft aan gebruik te kunnen maken van internetbankieren.

Vaardigheden	(N=20)
Computer opstarten	18 (90%)
Muis gebruiken	19 (95%)
Startmenu gebruiken	18 (90%)
Standaardprogramma's	16 (80%)
Bestanden opslaan	16 (80%)
Bestanden verzenden	15 (75%)
Internetten	17 (85%)
Herkennen juiste internetbronnen	12 (60%)
Internetbankieren	10 (50%)

Tabel 3: Vaardigheden respondenten

Als er wordt gekeken naar vaardigheden die de patiënten nog wensen te ontwikkelen, geven vijf respondenten aan niets bij te willen leren. De overige vijftien respondenten zouden met name hun algemene computerkennis willen ontwikkelen en een aantal wil leren programmeren, oftewel het ontwikkelen van computerprogramma's. Verder wordt er nog een keer internetbankieren en het gebruik van social media genoemd. Dertien respondenten geven aan geen begeleiding te willen voor het ontwikkelen van de vaardigheden die zij ingevuld hebben en de overige twee respondenten wensen hier wel begeleiding bij te krijgen.

De respondenten die gebruik maken van ICT (N=20), hebben aangegeven hoe zij invulling geven aan ICT-gebruik. In tabel 4 zijn de resultaten terug te zien. Bij deze vraag konden de respondenten kiezen uit meerdere antwoordmogelijkheden. Het grootste aantal respondenten (14) maakt voornamelijk gebruik van ICT middelen voor het maken en onderhouden van sociale contacten. Daarop volgt het gebruik van ICT voor het opzoeken van informatie (11),

voor administratieve doeleinden (9) en voor actualiteiten (8) en voor spelletjes (5). Zeven respondenten hebben tevens iets anders ingevuld. Antwoorden die vaker gegeven zijn, zijn: het beluisteren van muziek (3) en het bekijken van videofilmmpjes (2).

Invulling	(N=20)
Spelletjes	5 (25%)
Sociale contacten	14 (70%)
Administratie	9 (45%)
Actualiteiten	8 (40%)
Opzoeken van informatie	11 (55%)
Anders, namelijk...	7 (35%)

Tabel 4: Invulling ICT-gebruik

§ 4.3 Motivatie voor e-health

De onderstaande resultaten geven gezamenlijk antwoord op de deelvraag: *In hoeverre zijn patiënten met een dubbele diagnose bij voorbaat gemotiveerd om deel te nemen aan e-health?*

Van alle respondenten (N=25) geeft het grootste aantal (16) aan e-health nuttig te vinden als toevoeging aan de huidige behandeling. De argumenten die vaker genoemd zijn, zijn bijvoorbeeld dat zij hierdoor meer zelfstandigheid hebben (3) en meer contact kunnen hebben met hun behandelaar (3). De overige negen respondenten acht e-health niet nuttig met als voornaamste argument dat ze hier geen behoefte aan hebben.

Bij de vraag over motivatie geven veertien respondenten (56%) aan gemotiveerd te zijn om deel te nemen aan e-health. In tabel 5 is het verband te zien tussen motivatie en de verschillende leeftijdscategorieën.

Motivatie	18 t/m 25 jr (N=6)	26 t/m 35 jr (N=2)	36 t/m 45 jr (N=4)	46 t/m 55 jr (N=4)	55+ (N=9)	Totaal (N=25)
Ja	3	1	3	2	5	14
Nee	3	1	1	2	4	11

Tabel 5: motivatie respondenten per leeftijd

Aan de overige 11 respondenten (44%), die niet gemotiveerd zijn, is gevraagd hoe zij denken wel gemotiveerd te kunnen worden. In tabel 6 zijn de resultaten terug te zien. Ook bij deze vraag konden de respondenten kiezen uit meerdere antwoordmogelijkheden. Het nut van e-health moeten kunnen inzien wordt vier keer genoemd, tijd nodig hebben om eraan te wennen wordt drie keer genoemd, het geen verplichting moet zijn wordt drie keer genoemd en drie respondenten geven aan niet gemotiveerd te kunnen worden. Geen van de respondenten heeft aangegeven gemotiveerd te kunnen worden wanneer zij ertoe aangezet zouden worden.

Wijze van motiveren	(N=11)
Aangezet worden tot	-
Tijd om er aan te wennen	27,3%
Nut er van inzien	36,4%
Geen verplichting	27,3%
Gratis	18,2%
Niet	27,3%

Tabel 6: Wijze van motiveren

Van alle respondenten (N=25) blijken er veertien (56%) enthousiast te zijn geworden over deelname aan e-health na het invullen van de enquête. Het percentage hiervan komt overeen met het percentage van de respondenten die gemotiveerd zijn deel te nemen aan e-health, dit zijn echter niet allemaal dezelfde respondenten.

§ 4.4 Behoeften en wensen

De onderstaande resultaten geven gezamenlijk antwoord op de deelvraag: *Wat is de behoefte van patiënten met een dubbele diagnose wat betreft de inhoud en vorm van een e-health omgeving?*

In tabel 7 is te zien welke voorkeur de respondenten (N=25) hebben als het gaat om de inhoud en vorm van een e-health omgeving. Bij deze vraag konden de respondenten kiezen uit meerdere antwoordmogelijkheden. Er kan worden vastgesteld dat de vorm waar de respondenten het meest positief over zijn online voorlichting is (12). De antwoorden die daarna het meest genoemd zijn, zijn online behandelcontact met de behandelaar (9) en geen enkele vorm van e-health (9).

Vorm e-health	(N=25)
Online voorlichting	12 (48%)
Online behandeling met huiswerkopdrachten	6 (24%)
Online behandelcontact	9 (36%)
Online contact met andere patiënten	4 (16%)
Online zelftesten	6 (24%)
Mobiele applicaties	5 (20%)
Niet	9 (36%)

Tabel 7: Voorkeuren vorm e-health

Zoals in de vorige tabel is weergegeven, hebben negen respondenten aangegeven geen interesse te hebben in welke vorm van e-health dan ook. De overige zestien respondenten hebben aan kunnen geven wat voor hen een geschikte frequentie zou zijn indien zij gebruik zouden maken van e-health, aangezien zij hebben aangegeven wél interesse te hebben in één of meerdere vormen van e-health. In tabel 7 is te zien wat de respondenten een geschikte frequentie zouden vinden voor het gebruikmaken van e-health. De antwoorden die het vaakst zijn genoemd, zijn ongeveer één keer per maand (7) en ongeveer één keer per week (4).

Frequentie	(N=16)
+/- één keer per maand	7 (44 %)
+/- één keer per week	4 (25%)
Meerdere keren per week	2 (12%)
Elke dag	3 (19%)

Tabel 8: Frequentie gebruik e-health

Op de vraag of de respondenten (N=25) van mening zijn dat e-health helpend zou zijn voor familie, hebben veertien een positief antwoord gegeven. Het voornaamste argument dat de respondenten daarbij hebben gegeven, is zodat het systeem op die manier op de hoogte kan zijn en blijven betreft de huidige situatie en voortgang van de behandeling. De overige elf

respondenten hebben een negatief antwoord gegeven met als reden dat zij het niet nodig achten. Zij denken dat het systeem geen interesse zou hebben (4) en een aantal heeft überhaupt geen contact met het systeem (2).

In tabel 8 is te zien wat de behoeften en wensen zijn van de respondenten als het gaat om de omgeving waarin e-health zou gaan plaatsvinden. Bij deze vraag konden de respondenten kiezen uit meerdere antwoordmogelijkheden. Het grootste aantal respondenten (17) geeft aan bij voorkeur in een privéruimte gebruik te willen maken van e-health. Daarop volgt een huiselijke sfeer: dan wel een privéruimte, dan wel een gezamenlijke ruimte (9) en zeven respondenten geven aan dat e-health moet plaatsvinden met een begeleider op de achtergrond.

Omgevingsfactoren	(N=25)
In een privéruimte	17 (68%)
Met meerderen tegelijk	6 (24%)
Met begeleider op achtergrond	7 (28%)
Huiselijke sfeer	9 (36%)
Kale, prikkelvrije omgeving	4 (16%)

Tabel 9: Omgevingsfactoren e-health

Wat betreft de voorbereidingen op het deelnemen aan e-health zijn de meningen verdeeld. Veertien (56%) van de 25 respondenten geven aan te willen starten met één op één begeleiding en de overige 11 (44%) respondenten geven aan te willen starten met een gezamenlijke cursus.

Op basis van de genoemde resultaten zijn er in het volgende hoofdstuk conclusies getrokken.

HOOFDSTUK 5 CONCLUSIES

In dit hoofdstuk zullen de conclusies weergegeven worden. De eerste paragraaf bevat conclusies ingedeeld per praktische deelvraag. In de tweede paragraaf zullen conclusies beschreven worden die antwoord geven op de gehele hoofdvraag.

§ 5.1 Conclusies deelvragen

In deze paragraaf worden de praktische deelvragen beantwoord.

Hoe ziet het huidige ICT-gebruik er uit van patiënten met een dubbele diagnose?

De patiënten op de afdelingen de Buurse, de Gaarde en de Buitenhuizen zijn in de gelegenheid om gebruik te maken van ICT-middelen. Ze maken dan ook veel gebruik van deze mogelijkheid, over het algemeen variërend van dagelijks tot wekelijks. Wat wel opvalt is dat de mate van gebruik weinig verschilt per leeftijdsgroep (67% voor de jongste groep en 67% voor de oudste groep). Het ligt in de verwachting dat de jongere leeftijdsgroepen meer en vaker gebruik zouden maken van ICT, echter blijkt dit niet uit de resultaten. Dit gegeven wordt bevestigd door de theorie verkregen van H. Bakker (persoonlijke communicatie 07-11-2012) en L. Berkenbosch (persoonlijke communicatie, 14-11-2012). Wat zij doen middels ICT varieert, maar het wordt voornamelijk gebruikt voor het maken en onderhouden van sociale contacten (14) en informatie opzoeken (11). Patiënten met een dubbele diagnose die zijn opgenomen op de betreffende afdelingen, beschikken over het algemeen over de basisvaardigheden die nodig zijn om gebruik te maken van een computer. De vaardigheden die het minst naar voren komen zijn internetbankieren en het kunnen herkennen van de juiste internetbronnen. Het is echter wel van belang dat niveau te hebben of te verkrijgen, omdat dat overeenkomt met het niveau van e-health. Opvallend is dat wanneer patiënten een open vraag krijgen over wat zij zelf nog willen ontwikkelen, internetbankieren maar eenmaal wordt aangegeven. Dit kan er op duiden dat dit voor hen niet of minder van belang is. Wat patiënten het liefst willen ontwikkelen op ICT-gebied is algemene computerkennis. Patiënten geven dus wel degelijk aan nog vaardigheden te willen ontwikkelen, echter blijkt uit de resultaten dat een groot aantal (13) er geen behoefte aan heeft hierin begeleid of geholpen te worden.

In hoeverre zijn patiënten met een dubbele diagnose bij voorbaat gemotiveerd om deel te nemen aan e-health?

Meer dan de helft van de patiënten met een dubbele diagnose van de afdelingen de Buurse, de Gaarde en de Buitenhuizen is gemotiveerd om te deel te nemen aan e-health. Uit de resultaten is naar voren gekomen dat het percentage van de respondenten die gemotiveerd zijn over deelname aan e-health, overeenkomt met het percentage van de respondenten die enthousiast zijn geworden over e-health na het invullen van de enquête. Dit hoeven niet allemaal dezelfde respondenten te zijn, echter kan worden aangenomen dat het grotendeels wel dezelfde respondenten zijn. Wanneer je immers gemotiveerd bent, zul je ook eerder enthousiast worden door de enquête. Het gegeven dat e-health de zelfstandigheid vergroot van patiënten schijnt veel van hen aan te spreken. Dit blijkt uit de antwoorden die mensen hebben ingevuld op de 'anders, namelijk' categorie.

Opvallend is dat een nog grotere groep patiënten heeft aangegeven e-health ook echt nuttig te vinden. Deze groep bestaat uit mensen die gemotiveerd zijn, maar ook uit een gedeelte die dat niet zijn. De meeste patiënten die momenteel nog niet gemotiveerd zijn, geven aan dat het hen zou helpen wanneer ze het nut ervan in zouden zien. Dit is opvallend aangezien een relatief grote groep (64%) heeft aangegeven het nut er wel degelijk van in te zien. Blijkbaar is er een groep patiënten die e-health wel nuttig vindt, maar niet gemotiveerd is. De verwachting was dat dit afhankelijk zou zijn van leeftijd, echter blijkt dit niet zo te zijn. De groep die

momenteel niet gemotiveerd is voor e-health geeft aan dat het hen niet zou helpen wanneer zij daartoe aangezet zouden worden. De motivatie per leeftijdscategorie verschilt. Wat hierin opvalt, is dat de jongere leeftijdsgroepen er niet duidelijk uitspringen qua motivatie, terwijl dat wederom wel in de verwachting zou kunnen liggen gezien de digitale generatie. Het zou in de verwachting liggen dat de jongere leeftijdsgroep meer affiniteit met e-health zou hebben. De groep van 36 t/m 45 jaar lijkt het meest gemotiveerd te zijn (75%), echter is die groep respondenten relatief klein dus is het lastig daar concrete uitspraken over te doen.

Wat is de behoefte van patiënten met een dubbele diagnose wat betreft de inhoud en vorm van een e-health omgeving?

Op basis van de resultaten kan geconcludeerd worden dat de patiënten de voorkeur hebben voor online voorlichting. Dit zouden zij ongeveer één keer per maand willen gebruiken. De omgeving waarin de meeste patiënten willen deelnemen aan e-health is een privé-ruimte, bijvoorbeeld op hun eigen kamer. Dit verschilt met de voorkeur voor een huiselijke sfeer, waarschijnlijk omdat men hierbij denkt aan een huiskamer waar meerdere patiënten aanwezig zijn. Qua voorbereiding op het deelnemen aan e-health willen de patiënten starten met één op één begeleiding, echter wil 44% ook wel gezamenlijk starten. Een conclusie is tevens dat meer dan de helft (56%) van de patiënten wil dat familie erbij betrokken wordt, met als voornaamste reden dat familieleden zo informatie en inzicht kunnen krijgen over het ziektebeeld en de voortgang van de behandeling. Gezien deze voorkeur is het dus van belang rekening te houden met het systeem betreft de inhoud van een e-health omgeving. De groep patiënten die dit niet wil (44%) geeft aan dit niet nodig te vinden of denkt dat het systeem niet geïnteresseerd zal zijn.

Online behandelcontact komt op de tweede plaats. Dit komt voort uit het feit dat men het prettig vindt om vaker contact te kunnen hebben met de behandelend arts. Dit contact staat los van voorlichting (psycho-educatie) aangezien deze vorm echt behandelinhoudelijk gericht is. De vorm online behandeling met huiswerkopdrachten is niet vaak als voorkeur aangemerkt. Dit kan te maken hebben met de formulering van de vorm, aangezien 'huiswerkopdrachten' wellicht zwaar klinkt. Het is dus essentieel dat de professionals dit op een minder zware manier over laten komen en aandacht besteden aan de introductie ervan. Daarnaast kan dit ook te maken hebben met de doelgroep, aangezien uit de theorie blijkt dat patiënten met een dubbele diagnose over het algemeen moeilijk te motiveren zijn tot het aannemen van een actieve houding ten opzichte van de behandeling (van Dam, 2008). De voorkeur van de frequentie van een vorm van e-health loopt uiteen; de optie één keer per maand is het meest gekozen, echter hebben de andere opties als één keer per week en elke dag ook wel degelijk de voorkeur van patiënten. Wat betreft de omgevingsfactoren is er ook een opvallend aspect te ontdekken; weinig patiënten hebben de voorkeur gegeven om deel te nemen aan e-health in een ruimte waar een huiselijke sfeer hangt en in een kale, prikkelvrije omgeving. De enige voorwaarde is blijkbaar dat het in een persoonlijke ruimte plaats dient te vinden, dit zou erop kunnen duiden dat patiënten veel waarde hechten aan het aspect van privacy. Hierbij geven ze aan geen begeleiding op de achtergrond nodig te achten, echter voelen ze wel de behoefte om te starten met één op één begeleiding.

§ 5.2 Conclusie hoofdvraag

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag. Hierbij worden de conclusies vanuit de theorie en de conclusies op de praktische deelvragen daar waar mogelijk met elkaar geïntegreerd.

Welke vorm en inhoud moet een e-health omgeving hebben om ondersteuning te kunnen bieden aan patiënten met een dubbele diagnose op afdelingen de Buurse, de Gaarde en de Buitenhuizen binnen GGNet Apeldoorn?

Het heeft de voorkeur van de patiënten van de betreffende afdelingen van GGNet Apeldoorn dat online voorlichting wordt toegepast. Daarnaast geeft men de voorkeur aan online behandelcontact, waarbij er communicatie kan bestaan tussen patiënt en behandelaar. De frequentie van deze communicatie kan onderling worden afgesproken. Het is van belang dat er aandacht wordt besteed aan een blended behandeling, aangezien er zo een afwisseling bestaat tussen face-to-face en digitaal contact. Bovendien is dit volgens de deskundigen ook de meest wenselijke vorm van hulpverlening. Het is van belang dat de professional bij het kennismakingsgesprek een inschatting kan maken van de geschiktheid voor deelname aan e-health van de patiënt met betrekking tot vaardigheden, kennis en motivatie. De voorwaarden en contra-indicaties zijn te vinden in hoofdstuk 2 van dit rapport. Daarnaast kan er in dit eerste gesprek aandacht worden geschonken aan het verhelderen van e-health.

De inhoud van de e-health omgeving moet er als volgt uit komen te zien: een portaal waarin modules zijn verwerkt. Een portaal kan worden gezien als een website die fungeert als toegangspoort tot andere onderdelen die binnen het behandelprogramma vallen, zoals modules, agenda, mail en persoonlijke gegevens. De basis van een module moet vooral starten met inhoudelijke informatie, waarna de patiënt oefeningen uit kan voeren. Er moet wel na worden gedacht over de inhoud van de oefeningen, aangezien het wel om een klinische setting gaat. Vervolgens kan de behandelaar de oefeningen inzien en voorzien van feedback. Deze werkwijze wordt ook toegepast door Mediant en Dimence (L. Berkenbosch, persoonlijke communicatie, 14-11-2012). Zij hebben hun programma's gedeeltelijk verkregen van de leverancier Minddistrict. De werkwijze lijkt als een echte toevoeging aan de reguliere behandeling te worden ervaren. Net zoals bij iedere vorm van behandeling is het essentieel om naderhand te evalueren, dit geldt ook voor e-health. Om het gemakkelijker te maken voor zowel de patiënt als de instelling kan ervoor worden gekozen om een evaluatiemodule in te bouwen in het portaal.

Er kan worden geconcludeerd dat huiswerkopdrachten niet in de smaak vallen bij patiënten. Dit kan komen doordat patiënten het wellicht niet zien zitten om actief bezig te gaan, of omdat de term "huiswerk" wellicht een gevoel van verplichting en dus weerstand creëert. Zoals van Dam (2008) aangeeft kan het zijn dat het feit dat het om patiënten met een dubbele diagnose gaat ook een grote rol speelt, aangezien motivatie een lastig punt is bij deze doelgroep. Het zou kunnen dat patiënten er heel anders tegenover zullen staan wanneer het ook daadwerkelijk doorgevoerd wordt, dus wellicht hebben zij momenteel vooroordelen. Het valt op dat de instellingen die benaderd zijn, wel gebruik maken van huiswerkopdrachten en dat dit ook goed aansluit bij de doelgroepen waarmee zij werken. Wellicht heeft dat te maken met het verschil van ambulante hulpverlening en hulpverlening binnen een klinische setting. Motivatie is ook wat betreft e-health een aspect om rekening mee te houden. Veel patiënten van de betreffende afdelingen zijn reeds gemotiveerd tot deelname, de overige groep die dat niet is, geeft aan er ook niet ertoe aangezet te willen worden.

Binnen het portaal dient ook een gedeelte te zitten waar patiënten online contacten kunnen leggen met hun behandelaar, aangezien dit ook vaak naar voren komt uit de enquêtes. Over de frequentie zal moeten worden nagedacht, aangezien patiënten aangeven dat zij het liefst één keer per maand gebruik zouden willen maken van e-health, maar de vraag is of dit voldoende is, aangezien andere instellingen ongeveer één oefening per week aanhouden (L. Berkenbosch, persoonlijke communicatie, 14-11-2012). Om een vaste frequentie in te bouwen en op deze manier structuur te bieden aan de patiënten kan ervoor gekozen worden om e-health momenten in te bouwen in het dagprogramma van de deelnemende patiënt (F. Clark, persoonlijke communicatie, 20-11-2012).

Wanneer informatie voor patiënten géén onderdeel is van een portaal, maar via het internet verkregen wordt, is een andere aanpak nodig. Volgens Lechner, Mesters & Bolman (2010) is het zo dat online voorlichting extra begeleiding vereist, aangezien patiënten over de vaardigheden moeten beschikken om juiste internetbronnen te herkennen. Uit dit onderzoek komt deze vaardigheid ook het minst naar voren. Er zal bij de vormgeving dus aandacht moeten worden besteed aan begeleiding. Er kan geconcludeerd worden dat patiënten liever geen begeleiding op de achtergrond willen bij het deelnemen aan e-health, maar wel begeleiding willen bij het opstarten van e-health. De respondenten van dit onderzoek zijn verdeeld over de wijze waarop de begeleiding bij het opstarten van e-health eruit moet komen te zien. De ene groep zou dit graag individueel willen, terwijl de andere groep dit gezamenlijk zou willen. Voor ondersteuning en adviezen over vormgeving en implementatie kan men terecht bij Stichting e-hulp.

Volgens Schalken & Stichting e-hulp (2010) zijn bij veel instellingen de financieringsstructuren nog onvoldoende ingespeeld op e-health, dus is het van belang hier aandacht voor te hebben. Wanneer instellingen hierover meer informatie wensen, kan het Zorgkantoor een uitkomst bieden. Zorginstellingen die ook willen starten met e-health dienen rekening te houden met het betrekken van de professionals bij het proces van implementatie. Wanneer zij er in een vroeg stadium bij worden betrokken, zal hun intrinsieke motivatie bij voorbaat al hoger zijn. Dit zal zorgen voor een hogere effectiviteit (L. Berkenbosch, persoonlijke communicatie, 14-11-2012). Instellingen kunnen ook kiezen voor een automatische koppeling aan het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) zodat werkzaamheden in de e-health omgeving niet dubbel gerapporteerd hoeven te worden. Dit zal bijdragen aan de efficiëntie en tevens een tijdsbesparing voor professionals inhouden (H. Bakker, persoonlijke communicatie, 07-11-2012). Om de motivatie en betrokkenheid van professionals in stand te houden is het een optie om supervisiemomenten in te zetten (L. Berkenbosch, persoonlijke communicatie, 14-11-2012). Hierin kunnen professionals met elkaar bespreken en evalueren wat de eventuele struikel- en verbeterpunten zijn. De werkwijze van e-health vraagt om een specifieke aanpak, aangezien digitale communicatie vraagt om bepaalde vaardigheden. Om de professionals hierin te trainen dient er een scholingstraject plaats te vinden (H. Bakker, persoonlijke communicatie, 07-11-2012).

Wanneer men ervoor kiest om online voorlichting te verschaffen middels een portaal, is het van belang dat er rekening wordt gehouden met het systeem van de patiënt. Er kan mogelijk een aparte module met psycho-educatie toegevoegd worden. Op deze manier kan het systeem bij de behandeling betrokken worden en is dan meer op de hoogte van de problematiek. Het zou kunnen dat de respondenten die niet gemotiveerd waren tot deelname, ook niet willen dat hun systeem erbij betrokken wordt. Dit hoeft echter niet per se zo te zijn, aangezien men ook gemotiveerd kan zijn, maar überhaupt geen contact heeft met het systeem. Dit hoeft dus niet met elkaar samen te hangen. Als er wordt gekeken naar omgevingsfactoren, geeft H. Bakker

(persoonlijke communicatie, 07-11-2012) aan dat het belangrijk is om rekening te houden met het feit dat patiënten de beschikking hebben over computers. Deze uitspraak wordt bevestigd door de resultaten van dit onderzoek, waaruit blijkt dat de patiënten binnen de betreffende afdelingen over het algemeen toegang hebben tot een computer. Zoals in de conclusie op de praktische deelvragen is aangegeven, is een belangrijke voorwaarde voor patiënten blijkbaar dat e-health in een persoonlijke ruimte plaats dient te vinden en dat geconcludeerd kan worden dat patiënten veel waarde hechten aan het aspect van privacy. Ondanks dat het niet de voorkeur van de respondenten is om deel te nemen aan e-health in een gezamenlijke ruimte, kan er toch gekozen worden om een gezamenlijke computerruimte in te richten. Zoals H. Bakker (persoonlijke communicatie, 07-11-2012) als aandachtspunt noemt, is het dan wel van belang om rekening te houden met de privacy van de patiënten. Zoals hij ook aangeeft, kan een dergelijke ruimte echter wel gebruikt worden voor het opstarten van e-health. Het valt op dat de vormen als online voorlichting en online behandelcontact met de hulpverlener in de smaak vallen bij patiënten, maar voor de overige vormen weinig tot geen interesse is. Patiënten geven over het algemeen echter wel aan dat zij het nut van e-health inzien. Blijkbaar zien ze dus puur het nut in van de vormen die wel de voorkeur hebben.

Op basis van de conclusies die het antwoord vormen op de hoofdvraag, zijn aanbevelingen geformuleerd welke beschreven zijn in de volgende paragraaf.

§ 5.3 Aanbevelingen

In deze paragraaf zullen praktische uitwerkingen beschreven worden op basis van de eerder beschreven conclusies. Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op conclusies van de hoofdvraag. De aanbevelingen zullen zo concreet en haalbaar mogelijk beschreven worden. Er is gekozen om een indeling te maken van aanbevelingen die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen en aanbevelingen voor verder onderzoek. Er is getracht de aanbevelingen in te delen op de chronologische volgorde van implementatie.

Aanbevelingen voortkomend uit dit onderzoek

- ◆ Aangezien veel zorginstellingen, die momenteel gebruik maken van e-health, zeer tevreden zijn over de leverancier van de e-health programma's, Minddistrict, is het een aanbeveling deze organisatie te benaderen hiervoor.
- ◆ Mocht advies en ondersteuning nodig zijn bij het opstarten van e-health kan Stichting E-hulp worden benaderd.
- ◆ Gezien het feit dat het gebruik van e-health vraagt om een andere financieringsstructuur, is het een aanbeveling contact op te nemen met het Zorgkantoor om deze structuren en de consequenties daarvan in kaart te brengen.
- ◆ Uit het onderzoek is gebleken dat een *blended behandeling* de meest wenselijke vorm is van e-health. Het is dus een aanbeveling altijd te zorgen voor een combinatie van e-health met face-to-face behandeling.
- ◆ Voor optimale motivatie en betrokkenheid van professionals die betrokken zullen zijn bij de uitvoering van e-health, is het aan te bevelen hen al in een vroeg stadium te betrekken bij het proces van vormgeving en implementatie. Wanneer zij hier niet in betrokken worden is er een grotere kans op weerstand.

- ◆ Uit de resultaten is gebleken dat patiënten de voorkeur geven aan online voorlichting. Qua inhoud van de e-health omgeving is het dan ook een aanbeveling informatieverstrekking (online voorlichting) als basis aan te houden. Hierbij kan gedacht worden aan modules betreft psycho-educatie.
- ◆ Aangezien meer dan de helft van de patiënten het systeem wil betrekken bij e-health, is het een aanbeveling dat men een extra module voor familie/systeem invoegt.
- ◆ De bevroagde patiënten hebben aangegeven dat zij interesse hebben in online behandelcontact met de behandelaar en daarom wordt er aanbevolen om online behandelcontact tussen patiënt en behandelaar binnen de e-health omgeving mogelijk te maken.
- ◆ Wanneer ervoor wordt gekozen online behandelcontact aan te bieden is het aan te bevelen om voor het starten af te spreken wat de frequentie van het digitale contact gaat zijn. Men kan hierbij denken aan dat de behandelaar aangeeft hoe vaak en/of wanneer hij respons geeft op de inzendingen.
- ◆ Het is te adviseren om scholing voor de uitvoerende professionals te verzorgen omdat digitale communicatie een andere aanpak vereist dan face-to-face contact. Hierbij is het raadzaam vooral aandacht te hebben voor het voeren van digitale communicatie en de algemene toepassingen van het in te zetten programma.
- ◆ Om de werkzaamheden middels e-health zo efficiënt mogelijk te laten verlopen is het een aanbeveling om een automatische koppeling naar het Elektronisch Patiëntendossier in te zetten. Dit bespaart veel tijd en levert dus extra productie op.
- ◆ Voor het inzetten van e-health is de toegang tot computers een voorwaarde. Het is dan ook aan te bevelen computers beschikbaar te stellen.
- ◆ Uit de conclusies blijkt dat respondenten privacy van belang vinden. Wanneer men ervoor kiest computers in een hiervoor bestemde ruimte te zetten is het raadzaam om hiermee rekening te houden. Hierbij kan gedacht worden aan tussenschotten.
- ◆ Wanneer men opstart met e-health, is het te adviseren hier begeleiding bij aan te bieden. Dit geldt voor zowel starten in een gezamenlijke ruimte als voor één op één.
- ◆ De patiënten hebben de voorkeur gegeven aan een frequentie van ongeveer één keer per maand. De deskundigen maken echter gebruik van een frequentie van ongeveer één keer per week. Voor een zinvolle inzet van e-health is het een aanbeveling dit toch wekelijks in te zetten en minimaal maandelijks.
- ◆ Probeer bij een intakegesprek al te inventariseren of de patiënt geschikt is voor e-health. Wanneer de problematiek nog fors en op de voorgrond staat dient dat eerst behandeld te worden.
- ◆ Het is een aanbeveling een 'selectielijst' samen te stellen waarmee geïnventariseerd kan worden of patiënt voldoet aan de voorwaarden tot deelname aan e-health. De voorwaarden en contra-indicaties zijn te vinden in hoofdstuk 2 van dit rapport.

- ◆ Motivatie tot deelname aan e-health is essentieel. Het is mogelijk de patiënt ietwat te motiveren en/of te sturen, echter is het af te raden patiënten tot deelname aan te zetten of te dwingen. De deskundigen geven aan dat aanzetten tot averechts werkt, dit gegeven wordt ook bevestigd door de patiënten.
- ◆ Tijdens de uitvoering van dit onderzoek is naar voren gekomen dat het begrip e-health nog erg onbekend is voor patiënten. Het is om die reden een aanbeveling om te investeren in het voorlichten van patiënten betreft de werkwijze en toegevoegde waarde van e-health.
- ◆ Uit het theoretisch kader is gebleken dat online behandelcontact goed werkt wanneer de behandelaar oefeningen meegeeft aan de patiënt. Wanneer deze vorm wordt uitgelegd is het af te raden te spreken over 'huiswerkopdrachten'. Uit de enquêtes is namelijk gebleken dat deze term patiënten bij voorbaat al afschrikt.
- ◆ Volgens deskundigen is het voor patiënten die structuurbehoefstig zijn aan te bevelen om de e-health momenten op te nemen in hun dagprogramma.
- ◆ Uit de theorie is gebleken dat evaluatie een vast onderdeel behoort te zijn van methodisch werken. Als onderdeel van de e-health omgeving is het een aanbeveling om een module in te voegen waarin de patiënt de tevredenheid kan uiten, zodat er een vaste evaluatiestructuur ingebouwd is.
- ◆ Om de betrokken professionals de ruimte te bieden voor vragen en evaluatie is het een aanbeveling om vaste supervisiemomenten in te zetten. Deze kunnen aan de hand van thema's worden gehouden of dat men zelf vragen en dilemma's inbrengt.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

De onderzoekers zijn van mening dat er aan dit onderzoek nog een vervolg kan worden gegeven door middel van verder verdiepend onderzoek:

- ◆ In dit onderzoek zijn de wensen en behoeften van patiënten op een kwantitatieve manier in kaart gebracht. Het in kaart brengen van de wensen en behoeften op een kwalitatieve wijze is een aanbeveling om antwoorden en meningen verder uit te kunnen diepen.
- ◆ Voor verder aanvullend onderzoek is het een aanbeveling om de mening en kennis van teamleiders en behandelaars te betrekken in de vormgeving en implementatie van e-health.
- ◆ Het is een aanbeveling om eventueel onderzoek te laten doen naar de invulling van een scholing voor professionals om goede begeleiding te kunnen bieden via e-health.
- ◆ Voordat er gestart wordt met het implementeren van e-health is het aan te bevelen om eerst een 0-meting uit te laten voeren zodat de tevredenheid van patiënten betreft de huidige behandeling gemeten kan worden.
- ◆ Na het starten met e-health is het een aanbeveling om na een jaar de resultaten en tevredenheid te evalueren onder de verschillende betrokkenen. Dit kan vergeleken

worden met de 0-meting die eerder is uitgevoerd.

§ 5.4 Sterktes en zwaktes onderzoek

Gaandeweg het onderzoek zijn er acties ondernomen, die achteraf wellicht anders hadden gekund, maar uiteraard ook aspecten die het onderzoek en de kwaliteit ervan hebben versterkt. In deze paragraaf worden deze punten uiteengezet.

Sterktes

- + De onderzoekers mochten een stuk tekst schrijven over het onderzoek voor het intranet portaal van de onderzoekslocatie, om zo naamsbekendheid te creëren onder de medewerkers.
- + Betreft het theoretisch kader is er zowel literatuur als persoonlijke communicatie met deskundigen is gebruikt. Op deze manier kwam er uit meerdere perspectieven kennis naar voren.
- + De onderzoekers hebben toestemming aan de deskundigen gevraagd om hun naam en functie te publiceren, zodat er betrouwbare bronnen voor de informatie gebruikt konden worden.
- + Er is bij elk gesprek gebruik gemaakt van een voicerecorder, zodat alle kennis exact verwerkt kon worden.
- + De onderzoekers hebben ook contact gehad met interne behandelaren, zoals een psychiater, voor het verkrijgen van patiënten. Het viel op dat hierdoor de interesse werd gewekt en de betrokkenheid werd vergroot, wat heeft geresulteerd in het redelijke aantal respondenten.
- + Voor de enquêtes werden kleine beloningen (koekjes en andere lekkernijen) gebruikt, om patiënten te stimuleren mee te werken aan de enquête. Deze werkwijze is geadviseerd aan de onderzoekers, gezien het feit dat de doelgroep relatief moeilijk te activeren is tot medewerking. Voor een aantal patiënten was deze prikkel ook daadwerkelijk de uiteindelijke reden om mee te werken aan de enquête.
- + Gaandeweg de vordering van het onderzoek is er veel contact onderhouden met begeleiding van Saxion en daarnaast de opdrachtgever en inhoudelijk contactpersoon. Op deze manier kon er voortdurend feedback worden verstrekt zodat de kwaliteit van het onderzoek werd verbeterd.
- + De onderzoekers waren flexibel voor de constante aanpassingen van de hoofdvraag en deelvragen.

Zwaktes

- De deskundigen die zijn geïnterviewd in het belang van het theoretisch kader, zijn allen werkzaam binnen geestelijke gezondheidszorginstellingen en algemeen maatschappelijk werk. . Gezien de doelgroep dubbele diagnose was het in algemene zin heel prettig geweest om ook een instelling die zich richt op verslavingsproblematiek te kunnen betrekken in het onderzoek. Helaas is dit niet gelukt.
- In eerste instantie werd er via e-mail contact opgenomen met de professionals die namen van dubbele diagnose patiënten zouden verstrekken. Omdat mailen vaak onpersoonlijk is en zaken hierdoor vaak op een grote stapel worden gelegd, hebben de onderzoekers, na evaluatie, de methode wat aangepast, door telefonisch contact op te nemen en ook persoonlijk bij de professionals langs te gaan. Dit voelde in eerste instantie niet correct, maar heeft achteraf gezien enorm geholpen, dus dit kan óók als een sterkte worden gezien.

- Er is achteraf een vraag uit de enquête gehaald, namelijk welke diagnose bij de patiënten is vastgesteld. De onderzoekers ondervonden tijdens het enquêteren dat veel patiënten hier liever geen antwoord op wilden geven.
- De enquêtevragen waren achteraf wellicht toch iets te ingewikkeld, omdat er vaak gevraagd werd naar een toelichting of uitleg. Het viel op dat de term ‘e-health’ vrijwel onbekend was, waardoor deze vaak uitgelegd moest worden.
- In eerste instantie zouden de onderzoekers ook één teamleider van elke afdeling interviewen. De motivatie was dat de onderzoekers hiermee een beeld konden schetsen van hoe de afdelingen tegen e-health aankijken en wat er vanuit de afdelingen mogelijk zou zijn als het gaat om bijvoorbeeld de beschikbaarheid van voorzieningen. Op advies van de onderzoeksbegeleider vanuit Saxion en na goedkeuring van de opdrachtgever, is uiteindelijk besloten om dit onderdeel weg te laten. Ten eerste is deze keuze gemaakt om geen vertraging op te lopen. Een ander belangrijk punt dat heeft meegespeeld was dat men zich kon afvragen in hoeverre de antwoorden op dat interview betrouwbaar waren, aangezien de personen gemakkelijk achterhaald konden worden, waardoor de kans op sociaal wenselijke antwoorden groot was. Daarnaast was de onderzoeksbegeleider van mening dat het weglaten van dit onderdeel geen negatieve invloed zou hebben op de kwaliteit van het antwoord op de hoofdvraag.
- De onderzoekers hebben tijdens het verwerken van de resultaten een aantal praktische deelvragen toegevoegd om het overzichtelijk te maken en aspecten beter te kunnen onderscheiden. Deze keuze is gemaakt zonder de onderzoeksbegeleider hiervan op de hoogte te stellen en deze heeft achteraf aangegeven sommige deelvragen te specifiek en gedetailleerd te vinden. Hoewel er eigenlijk maar één praktische deelvraag van belang is en bijdraagt aan het antwoord op de hoofdvraag, is er voor gekozen om de vragen te laten staan, omdat de resultaten en conclusies ook op deze vragen gebaseerd zijn.

De onderzoekers waren aanwezig bij het afnemen van de enquêtes, waardoor de patiënten vrij waren om vragen te stellen, echter kan niet worden gezegd of de aanwezigheid de antwoorden ook heeft beïnvloed. Het feit dat de onderzoekers aanwezig waren tijdens de enquêtes, kan daarom zowel als sterkte als zwakte gezien worden.

De informatie, die de deskundigen tijdens de interviews hebben gegeven voor het belang van het theoretisch kader, liep uiteen. Bepaalde deskundigen hebben meer en langer ervaring met e-health dan anderen, waardoor zij de onderzoekers meer informatie konden verstrekken. Dit heeft ervoor gezorgd dat er in het rapport meer kennis is gebruikt van bepaalde deskundigen in tegenstelling tot andere deskundigen. Dit gegeven kan als een sterkte worden gezien, omdat een aantal deskundigen er ‘uitsprongen’ in hun ‘deskundigheid’ waar de onderzoekers uiteindelijk veel baat bij hebben gehad, maar aan de andere kant kan het als een zwakte worden gezien, omdat niet alle geïnterviewde deskundigen evenveel informatie hebben kunnen verstrekken.

§ 5.5 Discussie

Tegenwoordig is e-health door de bezuinigingen in de zorgsector een manier om kosten te besparen, aangezien e-health de gelegenheid biedt een groter aantal patiënten te helpen binnen dezelfde tijd. Wij vinden echter dat dit alleen geen goede basis is om e-health te starten, want we zijn van mening dat er alleen voor gekozen moet worden om de kwaliteit van de hulpverlening te bevorderen. Het vergt immers veel tijd en aandacht om e-health te implementeren, waardoor het essentieel is dat er optimale motivatie is vanuit alle betrokken professionals en het management. Daarnaast zijn wij er gedurende dit onderzoek achter gekomen dat e-health momenteel relatief gezien veel wordt ingezet in de ambulante hulpverlening. Om die reden is het voor klinisch georiënteerde zorginstellingen een uitdaging om te zoeken naar een passende inzet. Uiteraard zijn onze conclusies en aanbevelingen daarop gericht.

De ontwikkeling van e-health is nog lang niet op zijn eind, er zullen in de toekomst steeds meer nieuwe toepassingen bij komen. Zo is ‘serious gaming’, eerder al eens genoemd in hoofdstuk twee, een trend die zich naar verwachting de komende jaren steeds vaker zal manifesteren. We denken dat deze vorm met name helpend kan zijn voor de lichtere problematieken en zijn erg benieuwd welke plaats het zal gaan innemen in de praktijk. Het kan een goede manier zijn voor patiënten om praktijksituaties te oefenen in een veilige omgeving. Instellingen zullen moeten blijven investeren om ontwikkelingen als deze op de voet te volgen.

Digitalisering in de zorgsector vraagt volgens ons een enorme omslag voor hulpverleners, juist omdat deze de regie uit handen denken te geven en bang kunnen zijn om de controle in het hulpverleningsproces te verliezen. Onze mening wordt ondersteund door Lechner, Mesters en Bolman (2010) die aangeven dat er een cultuuromslag plaats zal moeten vinden onder professionals. Professionals kunnen er echter niet meer omheen om meer zelfwerkzaamheid bij de patiënt te laten. Dit wordt ondersteund door de acht bakens van Welzijn Nieuwe Stijl, waar gevraagd wordt om het loslaten van de regie. Zo is baken twee gebaseerd op de eigen kracht van de patiënt (Sprinkhuizen & Scholte, 2012). Men moet zich daarnaast afvragen of digitalisering in de zorg niet ten koste gaat van het menselijke aspect. Dat wil zeggen dat er een goede balans moet bestaan tussen persoonlijk en betrokken contact en het “afstandelijke”, digitale contact. In de theorie wordt deze noodzakelijke balans ook genoemd, voornamelijk omdat patiënten zich zorgen zouden maken om het wegvallen van menselijk contact (Lechner, Mesters & Bolman, 2010).

Over het algemeen zijn wij enthousiast over de digitalisering binnen de zorgsector. Wat sterk naar voren komt in dit onderzoek is dat e-health de zelfstandigheid, autonomie en eigen regie van de patiënten bevordert. Aangezien e-health de zelfstandigheid en dus de gelijkwaardigheid bevordert, vinden wij e-health een goede aanvulling op de huidige hulpverlening. Wij vinden het namelijk belangrijk dat een patiënt gelijkwaardig is en wij vinden dan ook dat dit een speerpunt moet zijn voor alle professionals. Deze speerpunten komen ook overeen met de basis van Welzijn Nieuwe Stijl. E-health vereist een voorzichtige aanpak, aangezien het ook een grote omslag is voor patiënten om de regie plotseling in eigen handen te hebben. Wat we namelijk vaak zien is dat patiënten hospitaliseren en gewend raken aan het feit dat hulpverleners veel uit handen nemen en ze verscheidene mogelijkheden aanreiken om met hun problematieken om te gaan.

Uit dit onderzoek is gebleken dat e-health niet voor alle patiënten geschikt is. Prioriteit moet dan ook zijn om e-health aan te bieden aan die groep patiënten die beschikt over de basisvaardigheden betreft ICT, het zinvol achten en er affiniteit mee hebben. Men moet

patiënten nooit dwingen tot deelname aan e-health of de patiënt forceren zich hierin te ontwikkelen. E-health dient ons in ziens altijd vrijwillig plaats te vinden, aangezien gedwongen deelname geen effectieve resultaten zal boeken. Een mooi motto dat deskundige H. Bakker (persoonlijke communicatie, 07-11-2012) ons meegaf en dat elke professional naar onze mening dan ook in zijn achterhoofd moet houden is: 'Je moet de patiënt niet geschikt maken voor de hulpverlening, maar de hulpverlening geschikt maken voor de patiënt'.

BRONNENLIJST

Boeken

- ◆ Boelman, T. (1999) *Verslaving en de verpleegkundige praktijk*. Doetinchem : Reed Business
- ◆ Broeders, D., Cuijpers, M.K.C. & Prins, C. (2011). *De staat van informatie*. Amsterdam : Amsterdam University Press.
- ◆ Harinck, F. (2008). *Basisprincipes praktijkonderzoek*. Apeldoorn : Cyclus-Garant.
- ◆ Kerssemakers, R., van Meerten, R., Noorlander, E. & Vervaeke, H. (2008). *Drugsverslaving en alcoholisme*. Houten : Bohn Stafleu van Loghum.
- ◆ Lechner, L., Mesters, I. & Bolman, C. (2010). *Gezondheidspsychologie bij patiënten*. Assen : Koninklijke van Gorcum BV.
- ◆ Migchelbrink, F. (2008). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam : Uitgeverij SWP
- ◆ Muste, E., Weertman, A., Claassen, A.-M. (2009) *Handboek Klinische schematherapie*. Houten : Bohn Stafleu van Loghum.
- ◆ Schalken, F. & Stichting e-hulp NL (2010). *Handboek online hulpverlening. Hoe onpersoonlijk contact heel persoonlijk wordt*. Houten : Bohn Stafleu van Loghum.
- ◆ Sprinkhuizen, A. & Scholten, M. (2012). *De sociale kwestie hervat – De WMO en sociaal werk in transitie*. Houten : Bohn Stafleu van Loghum.
- ◆ Timmer, S. (2011). *E-health in de praktijk: handreiking voor iedereen die wil kennismaken of starten met e-health*. Houten : Bohn Stafleu van Loghum.
- ◆ Van Dam, A. (2008) *Motivatatie en mogelijkheden bij moeilijke mensen*. Houten : Bohn Stafleu van Loghum.
- ◆ Van Ham, S. & Sabbe, B. (2006). *Onderzoek naar de effectiviteit van de residentieel geïntegreerde behandeling voor patiënten met een dubbeldiagnose*. Gent : Academia Press
- ◆ Vance - Wilson, E. (2009). *Patient-Centered E-Health*. Hershey, Pennsylvania, Verenigde Staten : IGI Global
- ◆ Vandereycken, W. & van Deth, R. (2004). *Psychiatrie*. Houten : Bohn Stafleu van Loghum.
- ◆ Vandereycken, W. & van Deth, R. (2011). *Psychiatrie, van diagnose tot behandeling*. Houten : Bohn Stafleu van Loghum.

- ♦ Witteveen, E. (2010). *Communicatie bij hersenletsel, begrijpen we elkaar?* Houten : Bohn Stafleu van Loghum.
- ♦ Zimbardo, P.G., Weber, A.L. & Johnson, R.L. (2005). *Psychologie, een inleiding*. Amsterdam : Pearson Education Benelux.

Interne documenten

- ♦ GGNet (2012). *Projectplan, Alcohol- en drugsgebruik bij cliënten*. Apeldoorn.

Artikelen

- ♦ Eysenbach, G. (2001). *What is e-health?* J Med Internet Res. 2001 Apr-Jun; 3(2): e20.
- ♦ Croonen, H.F. (2011). *Succesvol werken met e-health*. Medisch contact, jaargang 2011. Nr. 02 - 14 januari 2011, blz. 77-80.
<http://medischcontact.artsennet.nl/Nieuws-26/archief-6/Tijdschriftartikel/89993/Succesvol-werken-met-ehealth.htm>

Internet

- ♦ Hanzehogeschool Groningen (2011). *Psychiatrische aandoeningen*. Beschikbaar via www.begeidleren.nl/psychiatrische-aandoeningen
- ♦ Begeleid leren, (2011) *Psychiatrische aandoeningen*. Beschikbaar via <http://www.begeidleren.nl/psychiatrische-aandoeningen/>
- ♦ Geestelijke GezondheidsZorg Westelijk Noord-Brabant (n.d.). *Wat is Dubbele Diagnose-problematiek?*. Beschikbaar via www.dubbelediagnose.nl/dd_problematiek.php

BIJLAGE 1 OVEREENKOMST ONDERZOEKSOPDRACHT

Bijlage 1: Model overeenkomst onderzoeksopdracht

Academie Mens en Maatschappij

OVEREENKOMST ONDERZOEKSOPDRACHT

STUDENTGEGEVENS	
Naam	Simge Emir Floor Eulink
Adres	Haverkampweg 32 Wettersweg 22
Postcode/woonplaats	7534 PJ Enschede 7431 RD Diepenveen
Telefoonnummer	nvt
Mobiel	06-42310287 06-13715912
Email	125602@student.saxion.nl 138696@student.saxion.nl
Opleiding	MWD VT MWD VT
<i>(Indien meerdere deelnemende studenten, naam en adresgegevens toevoegen)</i>	
GEGEVENS INSTELLING/ORGANISATIE	
Naam Organisatie + afdeling	GGNet Apeldoorn
Eindverantwoordelijke onderzoek	Gerard van Winsum
Onderzoeksbegeleider + opleiding	M. Jansen
Adres	Deventerstraat 459
Postcode/woonplaats	7323 PT Apeldoorn
Telefoonnummer	055-3686209
Email	
De organisatie geeft wel/niet* toestemming voor publicatie van het bachelor rapport.	
GEGEVENS ACADEMIE MENS EN MAATSCHAPPIJ	
Naam Organisatie + afdeling	Saxion, Academie Mens en Maatschappij
Eindverantwoordelijke onderzoek	Karin Kremer-Baars
Onderzoeksbegeleider + opleiding	M. Bratti
Adres	M.H. Tromplaan 28
Postcode/woonplaats	Postbus 70.000/7513 AB Enschede
Telefoonnummer	053-4871111
Email	

GEGEVENS ONDERZOEK	
Onderwerp en achtergrondsheets	E-health voor patiënten met een dubbele diagnose.
Doelstelling/vraagstelling	Omschrijven wat er nodig is om e-health op te starten voor deze doelgroep op de afdelingen de Buurse, de Gaarde en de Buitenhuis en hoe dit te implementeren.
Projectomschrijving	Inventariserend onderzoek
Werkwijze	Literatuuronderzoek/enquêtes en interviews afnemen.
Middelen (bijv. financiën, overlegtijd)	Inhoudelijke begeleiding vanuit dhr. Jansen. Medewerking tot verkrijgen van respondenten. Daarnaast beschikbaarheid van een werkplek.
Tijdsfasering (start-, loop- eindtijd) Let op: dit mag maximaal zeven maanden in totaal beslaan.	Startpunt is medio september 2012 en eindigt januari/februari 2013.
Beoogde tussenproducten	Tussentijdse vorderingen (onderzoeksplan, literatuuronderzoek etc) inleveren bij opdrachtgever en contactpersoon.
Producten ter beschikking	Medewerking van betrokken teamleiders voor interviews. Medewerking van resterende behandelaars tot aanleveren van patiënten (25). Daarnaast ruimte en mogelijkheid tot afname dataverzameling.
Geheimhoudingsplicht (bijv. privacy)	Ja.

OVERIGE AFSPRAKEN / CONDITIES:

Het onderzoeksplan is gelezen en geaccordeerd door de opdrachtgever.

Overige afspraken en condities, indien van toepassing, *kunnen* gemaakt worden door opdrachtgever en studenten met betrekking tot onder meer:

- de te leveren aantallen eindrapporten (en de mogelijke extra kosten daarvan) en daarmee samenhangende extra inspanningen, zoals een handzame samenvatting van de rapportage en/of persbericht;
- de presentatie van de onderzoeksresultaten;
- het copyright/auteursrecht. (In de vorm van een zinsnede als: "Het auteursrecht van de eindrapportage / eindproduct berust bij");
- het al dan niet hebben van publicatierecht van een rapport voor Academie M&M dan wel de betrokken organisatie (sluit direct aan bij voorgaande punt);
- het al dan niet gemeenschappelijk dragen van de kosten van een (mogelijke) publicatie;

- door de opdrachtgever te leveren inspanningen m.b.t. bijvoorbeeld het aanleveren van materiaal en informatie of te regelen voorzieningen ten behoeve van het onderzoek;
- afspraken m.b.t. de eindverantwoordelijkheid voor de uitvoering van het onderzoek vanuit AMM. Dat is formeel de manager onderwijsuitvoering, die de verantwoordelijkheid delegeert aan de onderzoeksbegeleider;
- investerings- en betalingscondities: de naar verwachting vereiste financiële investering van de opdrachtgever (en eventuele bijdrage van de opdrachtnemer in de kosten), afspraken over mogelijk meerwerk en over betalingstermijnen/deelfacturen.

VOOR AKKOORD

- Handtekening Eindverantwoordelijke Opleiding



- Handtekening Eindverantwoordelijke Instelling



G.J.v. Winsum

- Handtekening studenten:

Floor Eulink



Simge Emir



28 november 2012, Apeldoorn

BIJLAGE 2 INTERVIEW DESKUNDIGEN

(Mondelinge intro)

*Simgé

Wij zijn Simgé Emir en Floor Eulink, vierdejaars studenten Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan het Saxion te Enschede. In opdracht van GGNet Apeldoorn voeren wij een onderzoek uit naar de wijze waarop e-health kan worden vormgegeven ter ondersteuning voor patiënten van drie specifieke afdelingen.

Omdat de instelling waar u werkzaam bent e-health reeds toepast hebben we u benaderd. Door middel van dit interview hopen wij een beeld te kunnen schetsen van uw ervaringen met betrekking tot e-health, zoals de vormgeving en de werkwijze. De uitkomsten zullen worden gebruikt als kennis om het theoretisch kader van het onderzoeksrapport vorm te geven. In het onderzoeksrapport zal de volgende vraag worden beantwoord;

Welke vorm en inhoud moet een e-health omgeving hebben om ondersteuning te kunnen bieden aan patiënten met een dubbele diagnose.

Het interview bestaat uit 31 vragen en zal ongeveer 45 minuten van uw tijd in beslag nemen. De vragen zijn opgedeeld in zes onderdelen, te weten; e-health, cliënt gerelateerd, vorm en inhoud, in combinatie met behandeling, tevredenheid/resultaten en tot slot de afsluiting.

Wij willen uw toestemming vragen voor het gebruiken van uw persoonlijke gegevens, functie en instelling waar u werkzaam bent, zodat wij uw uitspraken en kennis in het rapport kunnen voorzien van een bronvermelding en kunnen aantonen bij welke instellingen we zijn geweest. Daarnaast willen wij uw toestemming vragen voor het gebruik van een voicerecorder om dit interview op te nemen, in verband met de betrouwbaarheid. Op deze manier wordt er geen informatie vergeten en kan er verwerkt worden wat er ook daadwerkelijk is gezegd waardoor de kans minimaal is dat informatie verkeerd wordt geïnterpreteerd. De opnames worden na een positieve beoordeling van het rapport vernietigd.

Wij willen u alvast bedanken voor uw tijd en medewerking.

Simgé Emir en Floor Eulink

E-health *Floor

1. Wat verstaat u onder e-health?
2. Hoe wordt e-health toegepast binnen de instelling?
3. Op welke doelgroep(en) is het gericht? (online voorlichting, online behandeling, lotgenotencontact, zelftesten)
4. Wat zijn de praktische randvoorwaarden om e-health toe te kunnen passen?

Cliënt gerelateerd *Floor

5. Wat zijn de voorwaarden voor een cliënt om in aanmerking te komen voor e-health?
6. Aan wie bieden jullie e-health?
7. Voor welke doelgroepen en cliënten is het NIET geschikt?
8. Welke plaats neemt e-health in, in de behandeling?
9. Uit de literatuur is gebleken dat e-health makkelijker aansluit bij de jongere cliënten, in hoeverre ziet u dat terug in de praktijk?
10. Hoe zorgen jullie ervoor dat patiënten gemotiveerd zijn om deel te nemen?
11. Hoe zijn jullie tot de invulling van e-health gekomen? (wensen/behoefte)
12. Hoe wordt er rekening gehouden met de privacy van de cliënten?
13. Welke kennis en vaardigheden zijn er nodig om gebruik te kunnen maken van e-health? (cliënten én professionals)
14. Hoe hebben jullie de computervaardigheden van de cliënten in beeld gebracht? Hoe hebben jullie aandacht besteed aan de vergroting van de computervaardigheden van de cliënten?

Vorm en inhoud *Simge

15. Hoe ziet jullie e-health omgeving er uit?
16. Waar hebben jullie rekening mee gehouden met betrekking tot de vormgeving?
17. Waarom hebben jullie gekozen voor deze specifieke methode van e-health? (welke overwegingen zijn gemaakt?)
18. Via welke weg is uw instelling aan dit programma (vorm en inhoud) gekomen? Hebben jullie gebruik gemaakt van bestaande internettechnologie of gaat het om een nieuw ontwikkeld programma? (evt. naast internet ook mobiele applicaties of andere toepassingen, zoals camera's o.i.d.?)
19. Indien er digitale dialogen met een professional plaatsvinden, hoe wordt deze persoon geselecteerd en wat zijn de eisen? (intern/extern)
20. Hoe hebben jullie de voorzieningen gerealiseerd? (computers, ruimte etc.)
21. Hoeveel patiënten kunnen er deelnemen? Grootte van aanbod
22. In hoeverre zijn er kosten verbonden aan de deelname van e-health voor een cliënt? Hoeveel en waarvoor precies? Eigen bijdrage?
23. Waar moet er rekening mee gehouden worden wanneer men e-health wil starten in een klinische setting?

In combinatie met behandeling *Singe

24. Bieden jullie e-health aan in de vorm van een traject? Zo ja, hoe verloopt dit traject? (ook lengte)
25. Wat is de frequentie van de e-health momenten in de behandeling? (vaste momenten of te allen tijde)
26. In hoeverre is deelname aan e-health verplicht/vrijblijvend?
27. In hoeverre wordt familie/systeem betrokken bij het e-health traject?
28. Hoe hebben jullie ervoor gezorgd dat e-health een onderdeel is geworden van de behandeling?

Tevredenheid/resultaten *Floor

29. Hoe evalueert u de tevredenheid van de cliënten? Wat kunt u vertellen over de tevredenheid van de cliënten?
30. Wat kunt u vertellen over de tevredenheid van uw instelling? De betrokken professionals?
31. Wat zijn knel- en verbeterpunten?
32. Wat zijn de resultaten? (i.t.t. de reguliere behandeling)
33. In hoeverre ziet u een toename van betrokkenheid en ziekte-inzicht bij de deelnemende cliënten?

Afsluiting *Floor

34. Heeft u verder (in het algemeen) nog tips voor het starten en de implementatie?

Hartelijk dank voor uw medewerking.

BIJLAGE 3 ENQUÊTE PATIËNTEN

Beste meneer/mevrouw,

Wij zijn Simge Emir en Floor Eulink, vierdejaars studenten Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan het Saxion te Enschede. In opdracht van GGNet Apeldoorn voeren wij een onderzoek uit naar wat er nodig is om internettechnologie toe te passen als ondersteuning voor patiënten van afdelingen de Buurse, de Gaarde en de Buitenhuizen.

Door middel van deze enquête hopen wij een beeld te kunnen schetsen van uw behoeftes en wensen betreft de vormgeving, opdat deze meegenomen kunnen worden in de opzet. Omdat u gebruik kunt gaan maken van deze vorm van ondersteuning, is uw mening omtrent de vormgeving van essentieel belang! We hopen dan ook dat u de vragenlijst wilt invullen.

De enquête bestaat uit twintig vragen en zal ongeveer **een kwartier** van uw tijd in beslag nemen. De vragen zijn opgedeeld in vier onderdelen; algemeen, huidig gebruik ICT, wensen en behoeften en tot slot de afsluiting.

De enquête kan volledig anoniem worden ingevuld.

Wij willen u alvast bedanken voor uw tijd en medewerking aan dit onderzoek.

Simge Emir en Floor Eulink

Algemeen

1. Wat is uw geslacht

- ☐ Man
- ☐ Vrouw

2. Wat is uw leeftijd?

- ☐ 18 t/m 25 jaar
- ☐ 26 t/m 35 jaar
- ☐ 36 t/m 45 jaar
- ☐ 46 t/m 55 jaar
- ☐ 55+

3. Op welke afdeling verblijft u?

- ☐ De Buurse
- ☐ De Gaarde
- ☐ De Buitenhuizen

4. Welke diagnose is bij u vastgesteld? **vraag is niet meegenomen in de uiteindelijke resultaten*

.....

.....

.....

.....

Huidig gebruik ICT (computer, smartphone, laptop, tablet, etc.)

5. In welke mate maakt u gebruik van ICT?

- ☐ Nooit (ga verder naar vraag 11)
- ☐ Maandelijks
- ☐ Wekelijks
- ☐ Dagelijks

6. Heeft u toegang tot een computer of een ander ICT middel?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

7. Waarvoor gebruikt u ICT-middelen?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Spelletjes
- ☐ Maken en onderhouden van sociale contacten
- ☐ Administratieve doeleinden (bijvoorbeeld Word & Excel)
- ☐ Op de hoogte zijn van actualiteit (nieuws)
- ☐ Opzoeken van informatie
- ☐ Anders,
namelijk.....

8. Kunt u....

Omcirkelen wat van toepassing is

de computer opstarten	ja / nee
de muis gebruiken	ja / nee
het startmenu gebruiken	ja / nee
gebruiken van standaardprogramma's (Word, Excel)	ja / nee
bestanden opslaan	ja / nee
bestanden verzenden	ja / nee
internetten	ja / nee
herkennen van juiste internetbronnen	ja / nee
internetbankieren	ja / nee

9. Zijn er nog vaardigheden betreft computergebruik die u nog moet ontwikkelen, of u verder wilt ontwikkelen? Zo ja, welke?

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

10. Heeft u begeleiding nodig bij hetgeen u bij de vorige vraag heeft aangegeven?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Behoeften en wensen

In dit onderdeel proberen we te inventariseren wat uw behoeften en wensen zouden zijn op het gebied van ICT in combinatie met de hulpverlening vanuit GGNet (dit wordt ook wel e-health genoemd)

Bij e-health binnen de afdeling kunt u denken aan online-voorlichting betreft stoornissen en andere gezondheidsvragen, online behandeling middels consulten met een professional op chat- of mailbasis, contact met andere patiënten of dat u gebruik kunt maken van online zelftesten.

11. Welke vorm(en) van e-health spreekt/spreken u aan?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Online voorlichting
- ☐ Online behandeling met huiswerkopdrachten
- ☐ Online behandelcontact (digitale communicatie tussen patiënt en behandelaar)
- ☐ Online contact met andere patiënten
- ☐ Online zelftesten
- ☐ Apps voor de mobiele telefoon
- ☐ Het spreekt me niet aan (ga door naar vraag 13)

12. Indien u gebruik zou willen maken van één of meerdere vormen van e-health, wat zou voor u dan de geschikte frequentie zijn?

- ☐ Ongeveer één keer per maand
- ☐ Ongeveer één keer per week
- ☐ Meerdere keren per week
- ☐ Elke dag

13. Bent u van mening dat ICT ondersteuning nuttig zou kunnen zijn als toevoeging aan de huidige behandeling?

- ☐ Ja, omdat

.....

.....

.....

.....

.....

- ☐ Nee, omdat

.....

.....

.....

.....

.....

14. Denkt u dat e-health helpend zou zijn voor uw familie?

- ☐ Ja, omdat

.....

.....

.....

.....

.....

- ☐ Nee, omdat

.....

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

15. Wat is uw voorkeur qua omgevingsfactoren op het moment dat u gebruik zou maken van e-health?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ In een privé-ruimte
- ☐ Met meerderen tegelijk (computerlokaal)
- ☐ Met begeleider op de achtergrond
- ☐ In een ruimte waar een huiselijke sfeer hangt
- ☐ In een kale, prikkelvrije omgeving
- ☐ Anders,
namelijk.....

16. Hoe zou u het liefst voorbereid willen worden op het deelnemen aan ICT ondersteuning?

- ☐ Computercursus (gezamenlijk)
- ☐ Starten met begeleiding (één op één)

17. Zou u gemotiveerd zijn om deel te nemen aan ICT ondersteuning?

- ☐ Ja *ga door naar vraag 19.*
- ☐ Nee

18. Zo nee, hoe zou men u wel kunnen motiveren?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Iemand moet mij daartoe aanzetten
- ☐ Ik heb tijd nodig om er aan te wennen
- ☐ Ik moet het nut ervan inzien
- ☐ Geen verplichting, ik wil zelf kunnen bepalen wanneer en hoe lang ik mee doe
- ☐ Het moet gratis zijn
- ☐ Ik kan niet gemotiveerd worden
- ☐ Anders, namelijk

.....

Afsluiting

19. Bent u na het invullen van deze enquête enthousiast geworden over het gebruik maken van e-health?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

20. Wat vond u van deze enquête?

.....

.....

.....

.....

Hartelijk dank voor uw medewerking!

BIJLAGE 4 E-MAIL INSTELLINGEN E-HEALTH

Van: Floor Eulink/138696/STU/SAXION

Datum: 10-10-2012 13:57

Onderwerp: Afstudeeronderzoek

Geachte heer/mevrouw,

wij zijn Simge Emir en Floor Eulink, vierdejaars studenten aan de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan het Saxion te Enschede. Ons bachelor onderzoek richten wij op e-health voor patiënten met een dubbele diagnose, voor op afdelingen de Buurse, de Gaarde en de Buitenhuisen van GGNet Apeldoorn aan de Deventerstraat.

Voor ons onderzoek willen wij graag een aantal deskundigen interviewen die momenteel e-health al toepassen in de behandeling, omdat wij in samenwerking met de projectleider "dubbele diagnose" gaan onderzoeken wat er nodig is om e-health op te starten voor deze doelgroep. Wij willen graag weten wat uw ervaringen zijn betreft e-health, waar tegen aan wordt gelopen, hoe jullie het vormgeven en wat de randvoorwaarden zijn.

Is het mogelijk dat wij een interview afnemen met iemand van uw organisatie betreft dit thema?

Aangezien wij een strakke planning hebben wat betreft het afronden van ons bachelor onderzoek, willen wij nu alvast onze voorkeur kenbaar maken door wat mogelijke data door te geven waarop het interview eventueel zou kunnen plaatsvinden:

- in de week van 5 november op de maandag, woensdag en donderdag.
- in de week van 12 november op de dinsdag of donderdag.

Graag vernemen wij van u of dit mogelijk is en zo ja, wanneer.
Alvast bedankt en hopelijk tot ziens!

Met vriendelijke groeten,

Simge Emir
Floor Eulink

BIJLAGE 5 E-MAIL VERKRIJGEN PATIËNTEN

Aan: k.reurink@ggnet.nl, e.teunissen@ggnet.nl, a.bosman@ggnet.nl, m.kooi@ggnet.nl, e.meeter@ggnet.nl, "Maurits Jansen" <mat.jansen@ggnet.nl>, j.cannegieter@ggnet.nl, d.warndorff@ggnet.nl

Van: Floor Eulink/138696/STU/SAXION

Datum: 16-10-2012 14:22

cc: g.vanwinsum@ggnet.nl

Onderwerp: Dubbele diagnose patiënten

Geachte heer/mevrouw,

wij zijn Simge Emir en Floor Eulink, vierdejaars studenten Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan het Saxion te Enschede. Ons bachelor onderzoek zullen wij uitvoeren binnen GGNet Apeldoorn met als onderwerp e-health voor dubbele diagnose patiënten. Onze opdrachtgever is Gerard van Winsum, daarnaast worden wij inhoudelijk begeleid door Maurits Jansen.

Ten behoeve van ons onderzoek willen wij graag enquêtes afnemen met dubbele diagnose patiënten van de afdelingen de Buurse, de Gaarde en de Buitenhuizen. Echter is het voor ons uiteraard lastig om hier een selectie van te maken, aangezien wij momenteel geen zicht hebben op de patiëntpopulatie.

Graag zouden wij van u een selectielijst willen ontvangen met de namen van de dubbele diagnose patiënten van uw afdeling. Daarna zullen wij deze patiënten gaan benaderen, om ze vervolgens te enquêteren.

Ons doel is om uiteindelijk 25 patiënten te spreken.

Alvast bedankt en we kijken uit naar uw reactie.

Met vriendelijke groet,

Simge Emir en Floor Eulink

Tweede mail

Aan: e.tenhove@ggnet.nl, k.reurink@ggnet.nl, e.teunissen@ggnet.nl, a.bosman@ggnet.nl, m.kooi@ggnet.nl, e.meeter@ggnet.nl, "Maurits Jansen" <mat.jansen@ggnet.nl>, j.cannegieter@ggnet.nl, d.warndorff@ggnet.nl, m.homma@ggnet.nl, m.overmulder@ggnet.nl
Van: Floor Eulink/138696/STU/SAXION
Datum: 30-10-2012 18:54
Onderwerp: Gezocht: DD patiënten

Geachte heer/mevrouw,

wij zijn Simge Emir en Floor Eulink, vierdejaars studenten Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan het Saxion te Enschede. Wij zijn reeds gestart met ons afstudeeronderzoek voor GGNet. Onze hoofdvraag is wat er nodig is qua vorm en inhoud om e-health in te zetten als ondersteuning van de behandeling aan patiënten met een dubbele diagnose. Wij richten ons hierbij op de afdelingen de Buurse, de Gaarde en de Buitenhuizen. Onze opdrachtgever is Gerard van Winsum, daarnaast worden wij inhoudelijk begeleid door Maurits Jansen, projectleider dubbele diagnose.

Op 16 oktober jl. hebben wij reeds een mail verstuurd naar sommigen van jullie, hierop hebben wij helaas nog weinig respons mogen krijgen. Wij zijn namelijk op zoek naar 25 patiënten met een dubbele diagnose op de desbetreffende afdelingen, momenteel hebben wij nog maar 2 patiënten in beeld. Het doel is om van deze 25 patiënten een enquête af te nemen betreft hun wensen en behoeften betreft ondersteuning middels internettechnologie.

Voor ons is het onmogelijk zelfstandig een selectie te maken, aangezien wij zelf geen zicht hebben op de patiëntpopulatie. Graag zouden wij van u een aantal namen willen ontvangen van DD patiënten van uw afdeling. Daarna zullen wij deze patiënten gaan benaderen, om ze vervolgens te enquêteren.

Alvast bedankt en we hopen op uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Simge Emir en Floor Eulink

BIJLAGE 6 EVALUATIEFORMULIER OPDRACHTGEVER



Academie Mens en Maatschappij

EVALUATIE ONDERZOEKSOPDRACHT	
STUDENTGEGEVENS	
Naam	Floor Eulink Simge Emir
Onderwerp bacheloronderzoek	E-health voor patiënten met een dubbele diagnose
Opleiding	MWD VT
GEGEVENS INSTELLING/ORGANISATIE	
Naam organisatie + afdeling	GGNet Apeldoorn
Onderzoeksbegeleider	Gerard van Winsum
Adres	Deventerstraat 459
Postcode/woonplaats	7323 PT Apeldoorn
Telefoonnummer	055-3686290
Email	g.vanwinsum@ggnet.nl
Datum	02-04-2013

Hieronder kunt u aangeven wat uw mening is over het bacheloronderzoek.

1. Graag uw mening over het product dat het bacheloronderzoek heeft opgeleverd (aankruisen wat van toepassing is):

	Onvoldoende	Voldoende	Ruim voldoende	Goed
Inhoud (duidelijk, juiste weergave van feiten, voldoende diepgang etc.)				X
Argumentatie (m.n. conclusies en aanbevelingen)			X	
Bereiken van de afgesproken doelen			X	
Bruikbaarheid voor de organisatie				X
Heeft u aanvullende opmerkingen over de opdracht? (bijvoorbeeld welke nieuwe gezichtspunten heeft het opgeleverd) Vermeld ze dan hieronder:				

--

2. Graag uw mening over de wijze waarop het bacheloronderzoek tot stand is gekomen:

	Onvoldoende	Voldoende	Ruim voldoende	Goed
Samenwerking tussen studenten (o.a. taakverdeling)			X	
Samenwerking studenten vs. organisatie			X	
Zelfstandigheid studenten				X
Effectiviteit van werken van studenten			X	
Omgaan met afspraken/planning				X
Communicatie van studenten				X
Afronding van de opdracht door studenten			X	
Heeft u aanvullende opmerkingen over de wijze waarop de opdracht tot stand is gekomen? (bijvoorbeeld individuele inbreng in geval van groepen / de mate, waarin de uitvoering binnen de organisatie heeft plaatsgevonden, etc).				

Bedankt voor het invullen!

BIJLAGE 7 BEOORDELINGSFORMULIER

Bewijs van Kunnen 2: Bachelorrapport 2012-2013

Naam student: Simge Emir – 125602 Floor Eulink - 138696 Opleiding: MWD VT	Datum: Naam 1^e beoordelaar: Naam 2^e beoordelaar: Paraaf 1^e beoordelaar: Paraaf 2^e beoordelaar: Cijfer: Het cijfer kan pas ingevoerd worden in Bison als de student zijn/haar verslag in DDM heeft geplaatst	
Vormcriteria	V/O	Toelichting
Aangeleverd zijn: Modelovereenkomst onderzoeksopdracht (bijlage 1 handboek) Evaluatieformulier opdrachtgever (bijlage 2 handboek)		Aanwezig / niet aanwezig
Ruwe data en instrument zijn gezien door de tweede beoordelaar tijdens het onderzoeksproces.		Gezien / niet gezien
Format (omslag, titelpagina, voorwoord, samenvatting, inhoudsopgave, inleiding (met aanleiding, doelstelling, vraagstelling, leeswijzer), beschrijving onderzoeksmethode, resultaten, conclusies, aanbevelingen, discussie) is zakelijk, helder en volgens "Handleiding professioneel schrijven".		
Er is gebruik gemaakt van juiste, relevante, actuele, buitenlandse, valide en betrouwbare bronnen en vermelding is correct volgens "Handleiding professioneel schrijven".		
Het rapport is geschreven in de vorm van een lopend verhaal met een logische opbouw, welke met behulp van inleidingen en overgangszinnen wordt verhelderd.		
Het rapport is geschreven in een correcte zakelijke schrijfstijl, de spelling is correct, grammatica is correct, formuleringen zijn correct (geen beschuldigingen, persoonlijke ontboezemingen, waardeoordelen, etc.)		
Alle bijlagen zijn relevant, spaarzaam, maar wel voldoende aanwezig ten behoeve van de reproduceerbaarheid van het onderzoek.		
Inhoudscriteria	Aantal punten	Toelichting
1. Het onderzoek is maatschappelijk relevant. Het onderzoek is bruikbaar en/ of vernieuwend voor de beroepspraktijk.		

2. Het onderzoek heeft <i>diepgang</i> , er wordt relevante theorie gebruikt inclusief (buitenlandse) vaktijdschriftartikelen, waarbij een afweging wordt gemaakt over de bruikbaarheid ervan voor het onderzoek		
3. De onderzoeksvraag is helder, komt voort uit de doelstelling; is haalbaar, afgebakend en precies. De gebruikte onderzoeksmethode en de resultaten zijn reproduceerbaar en transparant. Het analysekader is duidelijk (bijvoorbeeld SPSS, Kwalitan), dataverwerking en weergave resultaten is correct		
4. De conclusies en aanbevelingen geven antwoord op de vraagstelling en worden gekoppeld aan theorie.		
5. De sterktes en zwaktes van het onderzoek zijn beschreven. Er is een discussie aanwezig. De discussie omvat het eigen professioneel standpunt over het onderzoeksonderwerp onderbouwd met argumenten. De discussie wordt gevoerd vanuit meerdere perspectieven (macro-, meso-, en microniveau).		
Indien er een ontwerpgericht onderzoek is uitgevoerd, zal het hieruit voortgekomen product dienen te voldoen aan de volgende beoordelingscriterium		
Het product is logisch voortgekomen uit het onderzoek Het product is aantrekkelijk ten aanzien van lay-out, opzet, materiaal en kleurgebruik.		

- De vormcriteria worden alleen op voldoende/onvoldoende niveau beoordeeld en dienen allemaal voldoende te zijn.
- De inhoudscriteria bepalen de hoogte van het cijfer.
- Voor het toekennen van studiepunten op het studiecontract dient minimaal voldoende behaald te zijn op alle criteria.
- Cijfers worden afgerond op hele punten.

Item	Zeer onvoldoende (0)	Onvoldoende (6)	Voldoende (12)	Goed (16)	Excellent (20)
1. Het onderzoek is maatschappelijk relevant. Het onderzoek is bruikbaar en/ of vernieuwend voor de beroepspraktijk.	De maatschappelijke relevantie, bruikbaarheid en meerwaarde voor de praktijk worden niet beschreven of zijn niet aanwezig.	Het onderzoek heeft summiere maatschappelijke relevantie en meerwaarde voor de beroepspraktijk. Het onderzoek is weinig bruikbaar.	Het onderzoek draagt bij aan optimalisering van de methodiek en/of methode van de opdrachtgeverende instelling.	Tevens draagt het onderzoek bij aan andere, gelijksoortige instellingen op grond van maatschappelijk relevante ontwikkelingen. Hierbij zijn theorieën kritisch met elkaar vergeleken en geïntegreerd met de onderzoeksresultaten.	Daarnaast draagt het onderzoek bij aan het evidence based handelen in de beroepspraktijk. Hierbij wordt gekomen tot nieuwe inzichten, kennis ten aanzien van innovatie van de beroepspraktijk en een visie van de onderzoeker.
2. Het onderzoek heeft <i>diepgang</i>, er wordt relevante theorie gebruikt inclusief (buitenlandse) vaktijdschriftartikelen, waarbij een afweging wordt gemaakt over de bruikbaarheid ervan voor het onderzoek.	Er is geen diepgang te onderscheiden en gebruik gemaakt van literatuur.	Er is gebruik gemaakt van (weinig) verschillende bronnen waarbij de meerwaarde niet relevant en logisch is.	Aantal bronnen min. 15 (incl. 4 artikelen) bronnen, waarbij de meerwaarde hoofdzakelijk relevant en logisch is.	Aantal bronnen 16-20 (incl. 4 artikelen, 1 bron internationaal). De gebruikte theorie is in de meeste paragrafen geïntegreerd in het rapport en in eigen woorden weergegeven.	Aantal bronnen min. 20 (incl. min 5 artikelen, min. 2 bronnen internationaal). De gebruikte literatuur is geïntegreerd in het rapport en vergelijkend en in eigen woorden weergegeven.
3. De onderzoeksvraag is helder, komt voort uit de doelstelling; is haalbaar, afgebakend en precies. De gebruikte onderzoeksmethode en de resultaten zijn reproduceerbaar en transparant. Het analysekader is duidelijk (bijvoorbeeld SPSS, Kwalitan), dataverwerking en weergave van resultaten is correct.	De doelstelling, onderzoeksvraag en/of deelvragen de gebruikte onderzoeksmethode, het analysekader en/of de dataverwerking worden niet weergegeven.	De onderzoeksvraag, doelstelling en deelvragen zijn niet helder en komen niet logisch uit elkaar voort. De data zijn niet systematisch, verifieerbaar en op basis van een geaccepteerde methode verzameld en verwerkt.	De onderzoeksvraag, doelstelling en deelvragen zijn voldoende helder en sluiten op elkaar aan. Daarnaast zijn de data plausibel. De weergave van de resultaten is correct, maar de resultaten hadden duidelijker weergegeven kunnen worden.	Daarnaast zijn de items duidelijk geformuleerd, komen logisch uit elkaar voort en zijn voor één interpretatie vatbaar. Tevens zijn de data op basis van een geaccepteerde methode verzameld en verwerkt. De data zijn controleerbaar, betrouwbaar en valide.	Daarnaast zijn de items toe te passen in een bredere context dan de opdrachtgevende instantie. Daarnaast is de onderzoeksmethode complex en/of er wordt gebruik gemaakt van passende onderzoeksmethoden waardoor triangulatie bereikt kan worden.
4. De conclusies en aanbevelingen geven antwoord op de vraagstelling en worden gekoppeld aan theorie.	De conclusie en aanbevelingen zijn niet beschreven.	Er wordt onvoldoende specifiek antwoord gegeven op de vraagstelling of het antwoord op de vraagstelling is niet logisch beredeneerd.	Er wordt antwoord gegeven op de vraagstelling en er is sprake van een minimale koppeling tussen resultaten en theorie.	Er wordt antwoord gegeven op de vraagstelling en er is een koppeling tussen resultaten en theorie. De inzichten zijn echter voorspelbaar en niet (geheel) vernieuwend te noemen.	Er is een duidelijke koppeling gemaakt tussen de resultaten en de theorie en hierdoor is tot vernieuwende inzichten gekomen die bruikbaar en toepasbaar zijn voor de verbetering/

					innovatie van de beroepspraktijk.
5. De sterktes en zwaktes van het onderzoek zijn beschreven. Er is een discussie aanwezig. De discussie omvat het eigen professioneel standpunt over het onderzoeksonderwerp onderbouwd met argumenten. De discussie wordt gevoerd vanuit diverse perspectieven (denk aan diverse personen en/of micro-, meso- en/of macroniveau).	De sterktes en/of zwaktes van het onderzoek en/of de discussie zijn niet beschreven.	De sterktes en zwaktes van het onderzoek bevatten informatie die niet kloppend is. De discussie bevat informatie die niet kloppend is en/of is niet onderbouwd met argumenten.	Diverse sterktes en zwaktes van het onderzoek zijn beschreven. De discussie is aanwezig, bevat kloppende informatie welke onderbouwd is met argumenten, maar is weinig kritisch en vernieuwend en wordt belicht vanuit slechts één perspectief.	Daarnaast zijn diverse sterktes en zwaktes van het onderzoek en de mogelijke implicaties voor het onderzoek aangegeven. Daarnaast is de discussie vanuit diverse perspectieven beschreven en wordt het eigen professionele standpunt onderbouwd met argumenten. Nieuwe bronnen worden gebruikt om de discussie te onderbouwen.	Daarnaast staan voor vervolgonderzoek alternatieven beschreven om de zwaktes van dit onderzoek in de toekomst te voorkomen. Daarnaast is er sprake van oordeelsvorming van de onderzoeker(s) waarbij kennis en inzicht naar voren komt en (leer)vaardigheden duidelijk worden in een eigen professioneel standpunt.