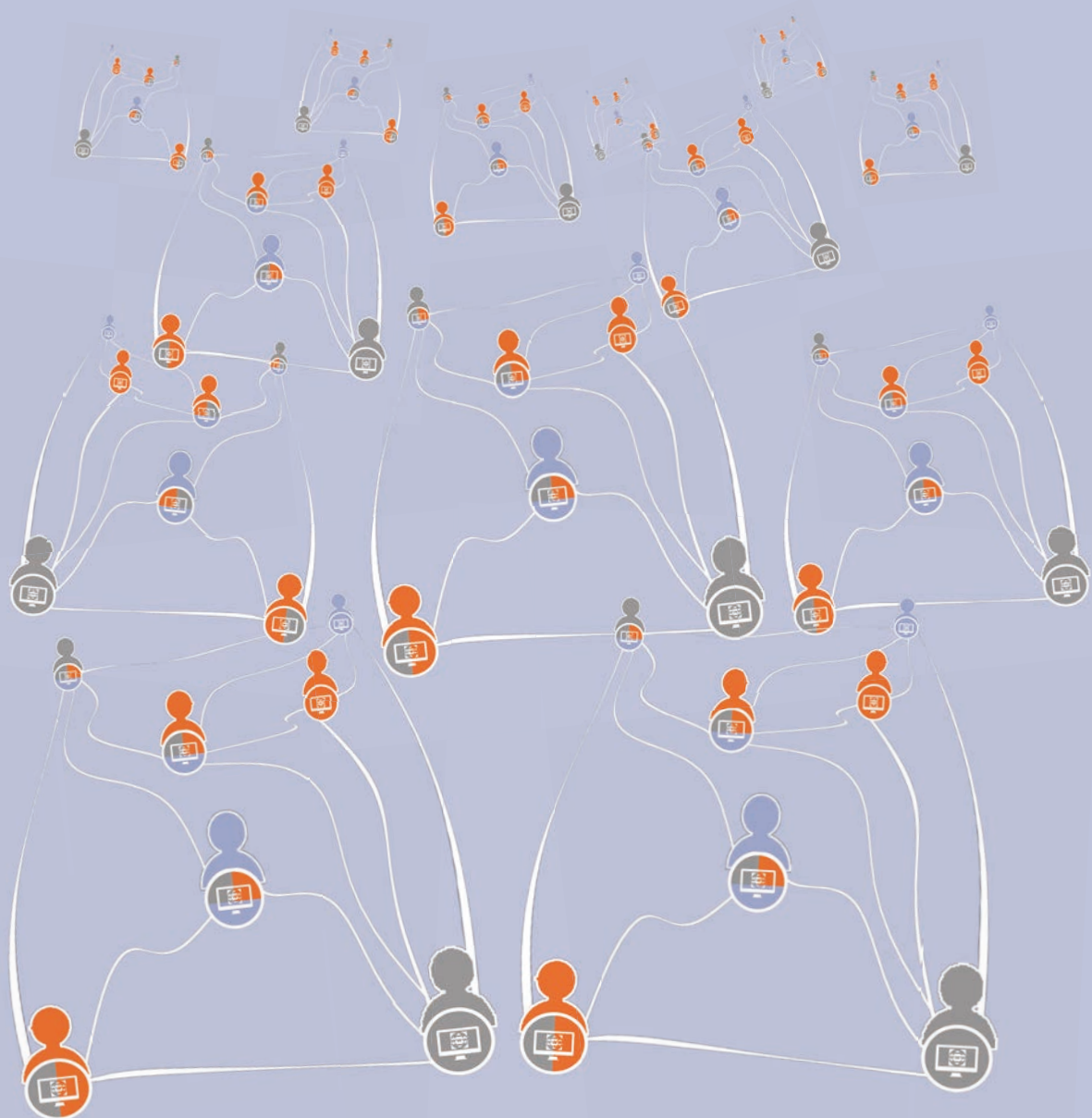


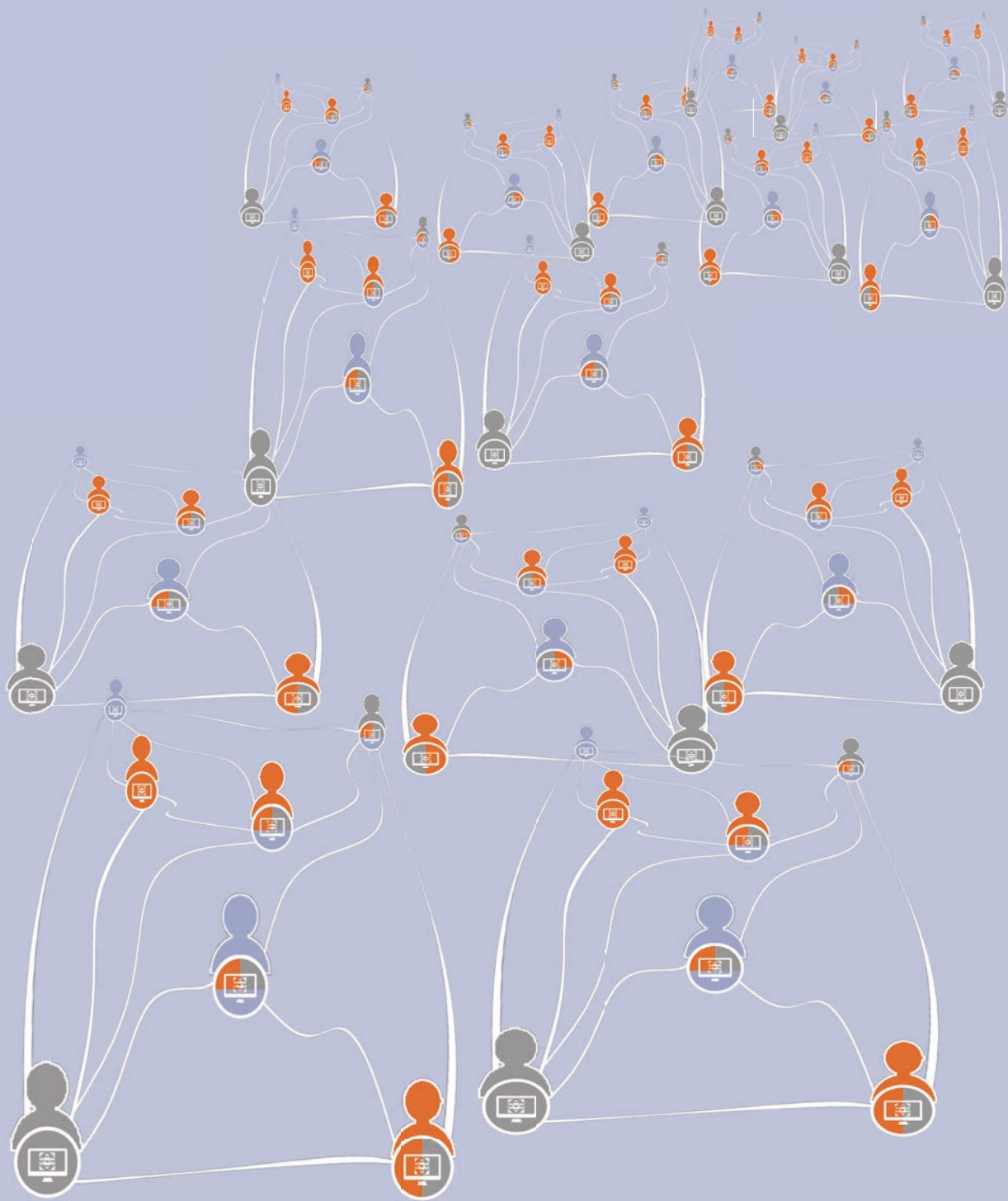
De professional in een e-community in de geestelijke gezondheidszorg



Arien Storm

Masterthesis

Master of Health Business Administration



De professional in een e-community in de geestelijke gezondheidszorg

Arien Storm

Thesisbegeleider: Dr. M. (Marco) de Witte

Tweede beoordelaar: Drs. L. (Lucie) Boonekamp



**Erasmus
Centrum voor
Zorgbestuur**

De MHBA (Master of Health Business Administration) is een internationaal geaccrediteerd bedrijfskundig masterprogramma voor managers in de zorgsector.

Masterthesis MHBA: Arien Storm
Vormgeving en illustraties: Arien Storm
arien15@kpnmail.nl

Kiel-Windeweer, 29 april 2018

MANAGEMENT SUMMARY The professional in a mental healthcare e-community

Digitalization brings transition in our society. In the current fourth industrial revolution our digital, physical and biological entities become integrated. This process changes society from vertical institutionally organized towards horizontal organization in networks. In this We-society co-creation, cooperation, sharing of knowledge, multidisciplinary, sustainability and personal development are central concepts. In (mental) healthcare these concepts find their way in focus on the ability to adapt and to self-manage throughout the domains of physical, mental and social health. In short reframed as 'positive health'.

In the digitalization of healthcare the impact of (commercial) eHealth and mHealth applications is growing. Clients, their family members and healthcare professionals gather in e-communities to share information, co-create and help navigate in the complex (mental) healthcare landscape. Such an e-community is defined as a virtual community of two or more people who, starting from a shared interest and shared need, interact in a digital environment. The ongoing digitalization grows towards an ecosystem in which eHealth, mHealth and e-communities become connected in a network of digital healthcare.

This research explores elements that stimulate or restrict the role of the professional in a client journey through an e-community. The horizontal positioning of client and professional in an e-community is the central starting point in this exploration. Because of the horizontal organization occurring in networks such as e-communities there is a shared value creation between client and professional, the creation of 'positive health'. In order to explore the professional's role by use of a case-study, a conceptual model based upon the creation of 'positive health' is developed. This model deepens the insight created by the case-study.

The conceptual model is formed studying client journey's through an e-community in mental health care. It shows clients are in need of easy access towards (experience based) knowledge, (coaching in) self-management tools and building of a network, in preservation of their privacy. Aspect that are recognizable in the We-society concepts. The professionals share the same concepts in their role in the client journey, as professional and client gather around their shared values in an e-community. These concepts form the aspects of organization of the professional's e-community work in the conceptual model: co-creation, cooperation, sharing of knowledge, multidisciplinary, sustainability, personal development and integration of entities through innovation.

The case-study based on this conceptual model reveals that co-creation is the central aspect in the professional's role in an e-community. Co-creation stimulates self-management abilities. Co-creation also applies to self-management in the professionals work environment. This is stimulated by creating an open learning environment and focus on personal growth in which openness, reflection and empathy are central elements. As e-communities are operating in networks, networking is crucial for the professional in which the professional needs to build trust through a recognizable profile and trustworthy digital capabilities. Distrust is managed by regulating privacy and disuse of (Big)data. Innovation and stimulation to build an e-community should support future development towards 'positive health'.

INHOUDSOPGAVE

Management summary	3
Voorwoord	6
1 Inleiding	9
1.1 Het projectkader, de e-community in een samenleving in transitie	9
1.2 Doelstelling	11
1.3 Vraagstelling	11
1.4 Het onderzoeksmodel	12
1.5 Leeswijzer	13
2 Context	15
2.1 Maatschappelijke transitie; op weg naar de Wij-maatschappij	15
2.2 De maatschappelijke transitie in de zorg	16
3 Theoretisch kader 1 - De e-community in de GGZ	21
3.1 Inleiding	21
3.2 Wat is een e-community?	21
3.3 De ontwikkeling van de e-community in de (geestelijke) gezondheidszorg	22
4 Theoretisch kader 2 - De professional in de GGZ e-community	33
4.1 Inleiding	33
4.2 Klantreizen; welke waarde heeft de e-community voor de GGZ cliënt 2.0?	33
4.3 De professional in de klantreis	35
4.4 Wederkerige waardecreatie in een GGZ e-community in de Wij-maatschappij	38
4.5 Conceptueel model: Aspecten in het organiseren van de werkzaamheden van professionals in de GGZ e-community	41
5 Methode	55
5.1 Het onderzoeksontwerp	55
5.2 Dataverzameling	56
5.3 Data-analyse	57
5.4 Betrouwbaarheid en validiteit	58
6 Resultaten en analyse van de resultaten	61
6.1 Inleiding: Wie zijn de huidige e-community professionals in de GGZ?	61
6.2 Wat vertellen professionals over het aspect co-creatie?	63
6.3 Wat vertellen professionals over het aspect samenwerken?	65
6.4 Wat vertellen professionals over het aspect kennis delen?	67
6.5 Wat vertellen professionals over het aspect multidisciplinair?	68

6.6	Wat vertellen professionals over het aspect duurzaam?	69
6.7	Wat vertellen professionals over het aspect integratie van omgevingen met behulp van innovatie?	70
6.8	Wat vertellen professionals over het aspect persoonlijke ontwikkeling?	70
6.9	Analyse van de stimulerende en belemmerende factoren in de invulling van de rol als professional	72
6.10	Analyse van de onderlinge verschillen tussen de deelnemende professionals en de sites waarop ze werken	74
7	Conclusie en discussie	77
7.1	Inleiding	77
7.2	Conclusies	77
7.3	Discussie	83
7.4	Beschouwing	85
7.5	Aanbevelingen	86
	Nawoord	88
	Begrippenlijst	89
	Literatuurlijst	91
	Geraadpleegde websites	94
	Bijlagen	95
	Bijlage 1: Klantreizen	95
	Bijlage 2: Overzicht van te bespreken thema's in de interviews	99
	Bijlage 3: Overzicht van citaten uit de interviews	100

VOORWOORD

Deze thesis vormt de afronding van een tweejarige MHBA. Hoewel afronden vaak gepaard gaat met terugkijken, blikst deze thesis in de toekomst. Een toekomst waarin we nog meer digitaal verbonden raken. Verbinding in en met alle domeinen van ons leven.

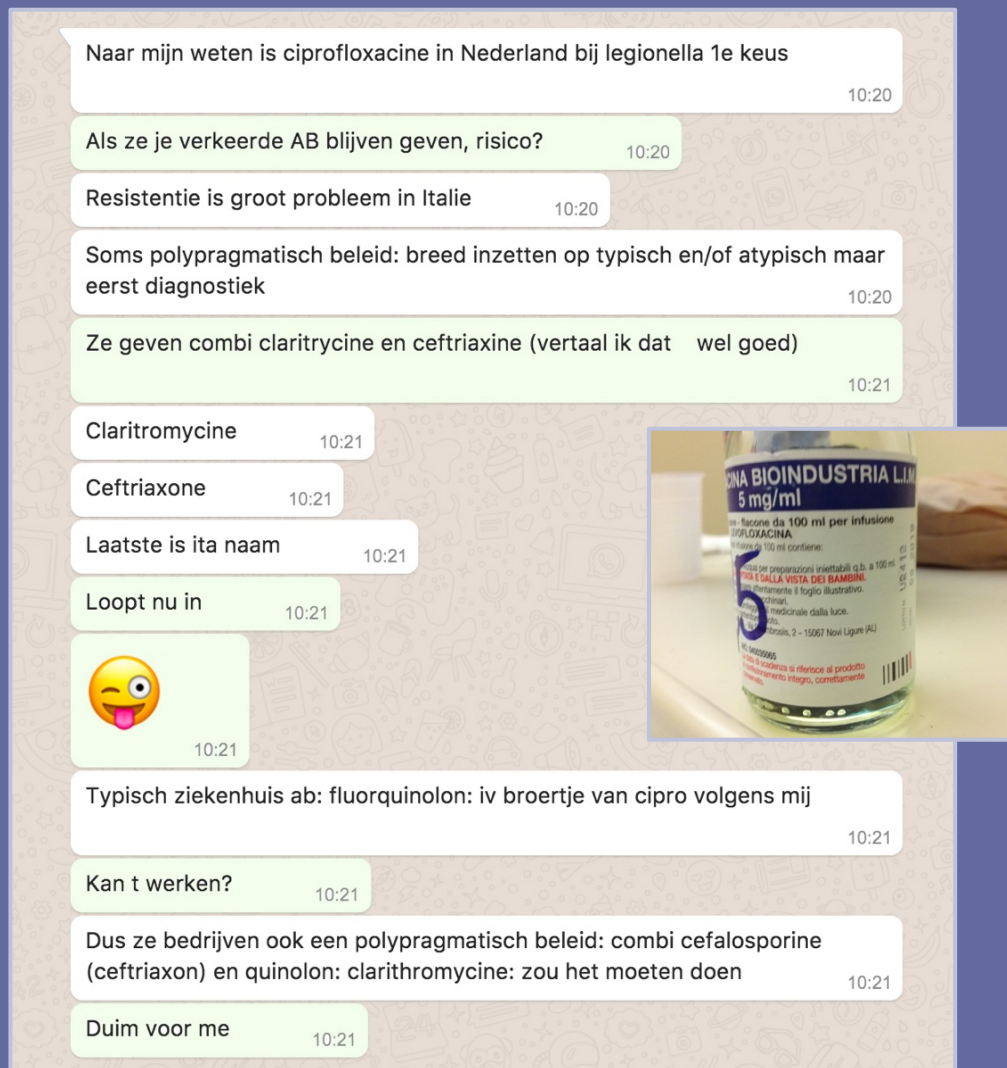
De gezondheidszorg, en zeker de geestelijke gezondheidszorg, is van nature een traag maar gestaag ontwikkelende sector. Zorg professionals gooien niet snel het roer om. De cliënt of patiënt is gebaat bij stabiliteit. Buiten de sector gebruikt de cliënt als burger steeds meer digitale manieren om informatie te vergaren. Gezondheidsvraagstukken worden even snel gegoogeld en we brengen onze gezondheid in kaart via één van de 97.000 gezondheidsapps. We beginnen ons stil aan met elkaar te verbinden in zorg e-community's. Hoe past die professional zich hier op aan? Deze thesis blikst vooruit en probeert een beeld te verschaffen ten behoeve van het beantwoorden van die vraag.

Ieder hoofdstuk start met een korte illustratie. Een illustratie waarin ik vanuit mijn eigen rollen als burger, zorgcliënt, ziekenhuis patiënt, onderzoeker en zorgprofessional verken wat de digitale wereld van gezondheid en gezondheidszorg voor mij betekent. De illustraties staan op zichzelf, ze zijn niet rechtstreeks verbonden met de inhoud van de thesis. Ze vormen een beeld hoe al die rollen steeds meer met elkaar vervlochten raken. En hoe we daardoor steeds gelijkwaardiger, horizontaler. opereren als het gaat om onze eigen gezondheid.

Deze thesis is het resultaat van een half jaar hard werken. Ik wil een aantal mensen bedanken die me hebben geholpen op die route. Allereerst alle professionals die zo open waren veel te vertellen over hun ervaringen in de digitale wereld. Anjo, Anne, Frederique, Hester, Jeroen, Jim, Johannes, Menno, Miranda, Miriam, Remke, Sanne en Welise bedankt voor jullie bijdrage! En Rozemarijn en Anke, die me hielpen aan de contacten bij hun organisaties. Michael Milo, bedankt voor het beschikbaar stellen van de klantreizen. Daarnaast mijn begeleider van de thesis, Marco De Witte. Bedankt voor het meebuigen als mijn planning weer eens door het leven op zijn kop ging. Wat is het prettig om te sparren met iemand die mijn associatieve brein waardeert! Mijn fijne studiegenoten en vriendinnen Ellen, Janneke en Sophie voor het sparren maar vooral voor de steun in het hele proces. Mijn werkgever Lentis en mijn naaste collega's die me de ruimte hebben gelaten mijn eigen route te volgen, wat ik zeer waardeer. Berna bedankt voor je rust en enorme geduld terwijl ik uren in mijn digitale bubbel zat. Ik ben blij dat je er bent!

Arien Storm

Kiel-Windeweer, 29 april 2018



In 2016 kreeg ik tijdens een vakantie in Italië een zware longontsteking en belandde in een lokaal ziekenhuis. De antibiotica sloeg niet aan, ik werd steeds zieker. De artsen dachten aan een legionella infectie. In het ziekenhuis sprak bijna niemand Engels.

Onzeker over de afloop appte ik met een goede vriend, huisarts in Nederland. Heel geruststellend om zo via je telefoon even uit te vinden of ze je goed behandelen (de antibiotica was gemaakt voor bio-industrie kippen, maar deed zijn werk).

Omdat ik niet goed at, in ander land en ziekenhuis met vreemde gebruiken, zocht ik ook even contact met een bevriende diëtist. Voedingsadvies over wat me zou aansterken.

Communiceren met de verpleging ging via google translate. Gelukkig had ik internet bereik via mijn telefoon, mijn lijn naar informatie en steun!

Figuur 1.0: De patiënt met internet.

1 INLEIDING

1.1 Het projectkader, de e-community in een samenleving in transitie

Voer de zoektermen GGZ, depressie, psychose of ADHD in bij de zoekfunctie van Facebook en je stuit op een enorme variatie aan Facebookgroepen. Er zijn groepen die zijn opgezet vanuit een cliënt of cliëntenorganisatie, vanuit een zorgorganisatie of een combinatie van belangenbehartigers. Op de websites van zorgorganisaties en patiëntenverenigingen zijn chatfuncties gecreëerd. Burgers kunnen zo rechtstreeks contact zoeken met hulpverleners. Op deze sites zie je naast de chatfunctie soms een forum. Hier kunnen gebruikers met elkaar in gesprek. Dat kan met een professional, maar ook zonder. Zo wordt ervaringsinformatie rechtstreeks uitgewisseld. De afgelopen jaren is het aantal gezondheidsapps enorm toegenomen. Een kleine greep hieruit zijn apps om je stemming bij te houden, je eetpatroon, of apps waarmee je een mindfulness sessie kan doorlopen. Organisaties experimenteren in samenwerkingsverbanden met vormen van e-community's, bijvoorbeeld om zich te richten op een specifieke doelgroep in de GGZ of als middel om sociale interactie te stimuleren. Deze e-community zien Delespaul et al. (2016) als platform welke, over bestaande organisaties heen, netwerksamenwerking ondersteunt en waarin burgers, cliënten, professionals informatie kunnen uitwisselen of de weg naar eHealth applicaties vinden.

De hierboven geschetste digitalisering brengt nieuwe invloeden in de samenleving. Jonker (red., 2014) beschrijft een transitie van een samenleving gericht op het ik naar een wij-maatschappij. Hierin geven burgers hun eigen wereld vorm en hebben ze oude instituties en hun organiseer-paradigma niet meer nodig. In die samenleving in transitie beschrijft hij nieuwe vormen van waardecreatie. Achter deze waardecreatie schuilt de behoefte om meer invloed te hebben op de eigen leefomgeving, waarin mensen streven naar autonomie en zelfvoorziening (Jonker red., 2014). Jonker (red., 2014) wijst er op dat in feitelijk al deze modellen van waardecreatie een (e-)community (gemeenschap) wordt opgericht waarin het draait om samen en wederkerigheid.

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is eveneens in transitie binnen deze maatschappij waarin een grotere behoefte aan eigen invloed, participatie en autonomie zijn opgang doet. De projectgroep plan aanpak ernstige psychische aandoeningen (E.P.A.) beschrijft de ontwikkeling van de GGZ als volgt (2014): "Al enige decennia voltrekt zich in westerse landen de transitie van inrichtingspsychiatrie naar zorg in de samenleving en het delen van de verantwoordelijkheid voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning door meerdere sectoren en organisaties". De Commissie Toekomst Beschermd Wonen (2015) wijst in deze ontwikkeling op de beweging van de GGZ richting inclusie. Hierin maken cliënten als burgers deel uit van de samenleving. Een ontwikkeling welke de commissie ook ziet in andere domeinen in de samenleving, zoals in het (passend) onderwijs en de arbeidsmarkt. Deze vermaatschappelijking van de zorg gaat gepaard met een paradigmaverschuiving in de GGZ in het denken over zorg. Naast het medische perspectief ontstaat gerichtheid op kwaliteit van leven, rehabilitatie, herstel en burgerschap (GGZ-Nederland, 2009). Een gerichtheid die past in het concept over gezondheid uitgewerkt door Huber et al. (2011). Hierin leggen zij de nadruk op het vermogen van burgers zich aan te passen en zelf regie te voeren, gegeven

psychische, lichamelijke en sociale uitdagingen (Huber et al. 2011). Het kernteam e-community (2017) vat deze ontwikkeling in samenleving en GGZ samen in drie belangrijke bewegingen: een verschuiving van de nadruk op ziekte en beperkingen naar aandacht voor de mogelijkheden van mensen, een verschuiving van kennis en autoriteit belegd bij de (professionele) experts naar het individu, het in toenemende mate leven in een netwerksamenleving waarin we steeds meer verbonden raken met elkaar.

In welke richting zoeken de GGZ en haar professionals hun aanpassingen in deze veranderende omgeving? De projectgroep plan van aanpak E.P.A. beschrijft een nauwere aansluiting bij het individu, gericht op de hele breedte van het herstel, met termen als empowerment, (arbeids)participatie en destigmatisering en het betrekken van familie en bredere samenwerkingsrelaties (Projectgroep plan van aanpak E.P.A., 2014). Delespaul et al. (2016) schetsen een toekomstbeeld waarin zij "de patiënt centraal stellen als unieke persoon, met een (te activeren) netwerk en een (te creëren) community eromheen, met echte aandacht voor ervaringsdeskundigheid van de betrokkene". Een ontwikkeling die Van Zuthem et al. (2016) zien in de recente ontwikkeling van buurtnetwerken, werken met resourcegroepen, eHealth toepassingen en e-community's. Allen wijzen op verschuivingen van rollen van de cliënt en de professional en het belang van samenwerken met de omgeving rond de cliënt. De cliënt krijgt en neemt meer eigen regie. De professional sluit nauwer aan op de unieke individuele persoon en dient goed in staat te zijn tot het aanbieden van persoonlijk toegesneden, onderbouwde keuzes. Samenwerking zou wederkeriger, met inzet van en aandacht voor de ervaringsdeskundigheid en het netwerk van de cliënt, gestalte moeten krijgen. Bewegingen die vergelijkbaar zijn met de beweging in de bredere samenleving, samen en wederkerig. Het fenomeen, het vormen van digitale netwerken, e-community's, aangestipt in de eerste alinea, wordt in deze beschrijvingen gezien als een fenomeen waarbinnen deze nieuwe vorm van samenwerken haar beslag kan krijgen (Delespaul et al., 2016; kernteam e-community, 2017).

Als we e-community's zien als een fenomeen waarin cliënt, netwerk en professionals samenwerken, dan biedt deze een omgeving waarmee we ons een beeld kunnen vormen van het toekomstig organiseren van GGZ-zorg. Het kernteam e-community ontwierp in een white paper over de e-community een tweetal klantreizen. Met deze klantreizen trachtten ze grip te krijgen op 'de gedroomde nieuwe wereld' van een e-community en op de oplossingsrichtingen welke deze wereld van de praktijk vragen (kernteam e-community, 2017). Het kernteam e-community wijst erop dat de inzet van digitale technologie de beschreven transitie nooit alleen tot stand brengt, maar dat mensen en organisaties mee zullen moeten gaan in deze transitie (2017). Dit onderzoek richt zich op dit specifieke onderdeel, de rol van de GGZ-professional binnen een e-community. Het tracht de rol van de GGZ-professional in de reis van de klant in een e-community te exploreren. De hierboven beschreven verschuiving in de relatie tussen de professional en de cliënt, van autoriteit naar samenwerken in co-creatie met de cliënt, staat daarbij centraal. Het onderzoek richt zich vervolgens op aspecten rond het organiseren van GGZ-zorg opdat de professional deze rol in kan nemen.

De keuze te schrijven in de formulering 'het organiseren van GGZ-zorg' heeft enige toelichting. Hier is bewust gekozen voor het werkwoord organiseren en niet voor de inrichting van een organisatie. Wanneer we de e-community zien als fenomeen met nieuwe vormen van samenwerken, dan zal een e-community zich als een platform manifesteren waarbinnen wordt samengewerkt. Samenwerken tussen cliënt, netwerk en professional, maar ook samenwerken door professionals van verschillende organisaties. Het betreft hier de organisatie van het werk van de professional, in samenhang met andere deelnemers aan het platform, zoals professionals van andere organisaties, cliënten en hun netwerk.

Door deze exploratie poogt het onderzoek aanpassingsrichtingen te identificeren rond de organisatie van het werk van de GGZ-professional in de e-community. De exploratie zal leiden tot een set aan adviezen voor alle relevante partijen rondom nieuwe of toekomstige e-community's. Op deze wijze hoopt het onderzoek een bijdrage te leveren aan de transitie die de GGZ doormaakt binnen de maatschappij in verandering.

1.2 Doelstelling

Dit onderzoek exploreert de rol van de GGZ-professional in de reis van de klant in een (toekomstige) e-community. De horizontale, gelijkwaardige, relatie tussen cliënt en professional in deze reis, staat centraal in deze exploratie. Het onderzoek leidt tot aanbevelingen gericht op stimulerende en belemmerende elementen in het organiseren van de rol van de GGZ-professional in deze klantreis.

1.3 Vraagstelling

De centrale vraagstelling van dit onderzoek, zijn beslag krijgend in deze thesis, luidt als volgt:

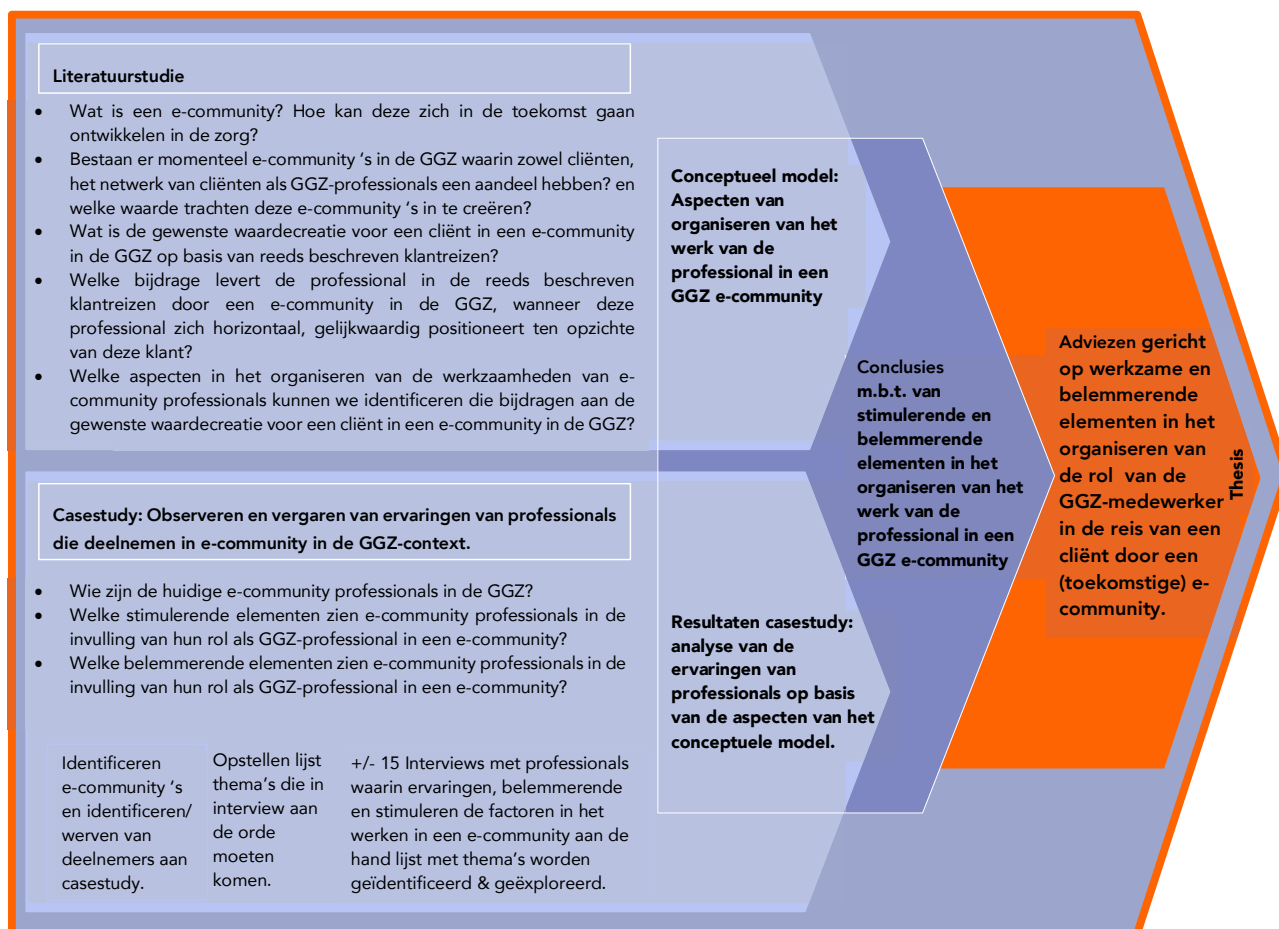
Welke elementen stimuleren en welke elementen belemmeren de horizontale, op gelijkwaardigheid gerichte, rol van de professional tijdens de reis van de klant in een e-community? Welke gevolgen hebben deze factoren voor het organiseren van het werk van deze professional?

Deelvragen:

- Wat is een e-community? Hoe kan deze zich in de toekomst gaan ontwikkelen in de zorg?
- Bestaan er momenteel e-community's in de GGZ waarin zowel cliënten, het netwerk van cliënten als GGZ-professionals een aandeel hebben? Welke waarde trachten deze e-community's in te creëren?
- Wat is de gewenste waardecreatie voor een cliënt in een e-community in de GGZ op basis van reeds beschreven klantreizen?
- Welke bijdrage levert de professional in de reeds beschreven klantreizen door een e-community in de GGZ, wanneer deze professional zich horizontaal, gelijkwaardig positioneert ten opzichte van deze klant?

- Welke aspecten in het organiseren van de werkzaamheden van e-community professionals kunnen we identificeren die bijdragen aan de gewenste waardecreatie voor een cliënt in een e-community in de GGZ?
- Wie zijn de huidige e-community professionals in de GGZ?
- Welke stimulerende en welke belemmerende elementen zien e-community professionals in de invulling van hun rol als GGZ-professional in een e-community?

1.4 Het onderzoeksmodel



Figuur 3.1: Onderzoeksmodel

In figuur 3.1 is het model van dit onderzoek weergegeven. Het onderzoek belooft tegelijkertijd 2 sporen, een theoretische studie en een casestudy. Het theoretische deel omvat een literatuur studie. Hierin worden de ontwikkeling van de GGZ e-community en de aspecten van het organiseren van de werkzaamheden van de GGZ professional in de klantreis door deze community beschreven. In de casestudy worden de ervaringen van GGZ-professionals geëxploreerd die momenteel werkzaam zijn in een digitale context die overeenkomsten heeft met de toekomstige GGZ e-community. Het theoretische deel beoogt de analyse van ervaringen van de professionals te verdiepen. In paragraaf 5.1 wordt het ontwerp van het onderzoek nader besproken.

1.5 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 schetst de context van dit onderzoek, de ontwikkeling naar de Wij-maatschappij en de transitie die de gezondheidszorg hierin doormaakt.

Hoofdstuk 3 beslaat het eerste deel van het theoretisch kader, een verkenning van het fenomeen e-community. Hierin wordt de ontwikkeling naar een ecosysteem van digitale gezondheidszorg zichtbaar.

Hoofdstuk 4 beslaat het tweede deel van het theoretisch kader, een verkenning van rol van de toekomstige zorgprofessional in een GGZ e-community op basis van klantreizen en onderbouwing uit de literatuur. Het hoofdstuk eindigt met een beschrijving van een theoretisch model met aspecten van organiseren van het werk van de professional in een GGZ e-community.

Hoofdstuk 5 bespreekt de methoden van het onderzoek. Dit behelst het onderzoeksontwerp, de dataverzameling, de data-analyse en een bespreking van de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek.

Hoofdstuk 6 toont en analyseert de resultaten van de uitgevoerde casestudy aan de hand van de aspecten van het conceptuele model en door onderlinge vergelijking van de geïnterviewde professionals. Zo wordt een beeld geschetst van stimulerende en belemmerende aspecten in het huidige werk van professionals die opereren in een digitale omgeving.

Hoofdstuk 7 bespreekt de conclusies uit het onderzoek en zet deze conclusies in een breder kader, in de discussie en beschouwing. Het hoofdstuk eindigt met aanbevelingen gericht aan professionals, het opleiden van (toekomstige) professionals, organisaties betrokken bij GGZ-zorg en van beleidsvormende organen zoals overheid, beroeps- en cliëntenverenigingen en belangenbehartigers.



Ik woon in een klein dorp, Kiel-Windeweer. De hulpdiensten doen er al gauw een kwartier over om uit te rukken naar ons dorp. 5 jaar geleden is een 30-tal bewoners getraind in reanimatie en het gebruik van AED's. Die hangen verspreid in het dorp. De groep heet GHV Kiel, en deelt met elkaar een WhatsApp groep.

Als er een melding uit ons dorp bij de alarmcentrale komt waarbij gereanimeerd moet worden, krijgen de dichtstbijzijnde bewoners uit de groep een app. Ze kunnen binnen 5 minuten ter plaatse zijn en gaan reanimeren. Soms net het verschil tussen leven en dood. De leden zijn inmiddels 4x uitgerukt.

Omdat ik kan reanimeren, zit ik in de groep. De regels voor het appen in de groep zijn streng, geen berichten die niet zakelijk zijn. En soms ontvangen we even een berichtje over onderhoud of vernieuwing van de AED's, aangevuld met instructievideo.

Figuur 2.0: De burger in de Wij-maatschappij

2 CONTEXT

2.1 Maatschappelijke transitie; op weg naar de Wij-maatschappij

De digitalisering van de maatschappij wordt wel geduid als de vierde industriële revolutie (Schwab / World Economic Forum, 2016; Volberda, 2017). Mechanisatie, massaproductie en automatisering vormden de eerste drie industriële revoluties (Volberda, 2017). Jonker (2014) noemt deze eerste drie elkaar versterkende processen samen het proces van moderniseren. De processen vereisten een hoge mate van specialisatie en kennisontwikkeling (Jonker, 2014). Gecombineerd met ééndimensionale focus op winst, leidden deze processen tot enkelvoudige – hooggespecialiseerde vormen van waardecreatie (Jonker, 2014). In de huidige vierde industriële revolutie gaat het juist om integratie. Integratie van fysieke, digitale en biologische omgevingen op basis van technologie (Volberda, 2017).

Jan Rotmans, hoogleraar transitiekunde en duurzaamheid, beschrijft hoe we leven in een verandering van tijdperk, een omwenteling (Rotmans, 2017). Hij signaleert hoe dominante maatschappelijke stelsels zijn verouderd, doordat ze “zijn gestoeld op de collectivistische arrangementen uit de negentiende eeuw”. Hij onderscheidt de nieuwe samenleving van de oude samenleving. Deze oude samenleving kent een verticale ordening op basis van zuilen, waarin de macht is geworteld in traditionele instituties. In deze oude, centraal geleide, top-down gestuurde samenleving speelt de overheid een belangrijke rol (Rotmans, 2017). Een samenleving, welke “traag maar onmiskenbaar” afbrokkelt (Rotmans, 2017).

De nieuwe samenleving beschrijft Rotmans (2017) als horizontale, decentrale ordening die van onderop wordt opgebouwd. Hij schetst deze als een “vloeibare samenleving” die bestaat uit gemeenschappen, coöperaties en netwerken, fysiek en virtueel. Hierin is niet het collectief het uitgangspunt, maar het “individueel met gepersonaliseerde arrangementen”. Rotmans wijst er op dat gepersonaliseerd moet worden onderscheiden van individualistisch. “Het moderne gepersonaliseerde individu handelt in collectieve verbanden (gemeenschappen, coöperaties) met samenredzaamheid als uitgangspunt, het is dus én persoonlijk én collectief” aldus Rotmans (2017).

In deze nieuwe samenleving ontstaat een circulaire economie, gericht op samenwerken en kennis delen op een kleinschalig niveau (Rotmans 2017). Een ontwikkeling die wordt ondersteund door democratisering van de technologie, waarin kennis en techniek zelfredzaamheid mogelijk maken (Rotmans, 2017). Rotmans (2017) ziet hoe deze nieuwe orde zich baseert op nieuwe waarden: vertrouwen, ruimte voor persoonlijke ontwikkeling, oog voor de wat langere termijn, duurzaamheid, multidisciplinariteit en co-creatie. Volberda (2017) noemt naast de invloed van technologische ontwikkelingen de invloed van sociale innovatie als versneller van de transitie. Samenwerken en zelforganisatie zijn kernbegrippen, zich uitend in de zogenoemde “21^e-eeuwse vaardigheden”: complexe problemen oplossen, kritisch denken, creativiteit, people management, coördineren van anderen, informatie- en ICT-vaardigheden, sociale en culturele vaardigheden (Volberda, 2017).

Jonker (2014) schrijft over de 'WEconomy' en 'wij-maatschappij' als hij schrijft over de nieuwe samenleving. In deze 'wij-maatschappij' zien we de kenmerken van Volberda en Rotmans: samen delen, samenwerken, duurzaamheid en met oog voor de maatschappelijke waarde. Op weg naar de Wij-maatschappij wordt door deze auteurs geschetst als de maatschappelijke transitie naar een horizontaal georganiseerde netwerk samenleving, gericht op samenwerken, co-creatie, persoonlijke ontwikkeling, het delen van kennis en duurzaamheid.

Kenmerken van de Wij-maatschappij

De Wij-maatschappij kent een horizontale, van onderop in netwerken georganiseerde, decentrale organisatie.

Kenmerkend hierin is:

**in co-creatie,
samenwerken,
gericht op het delen van kennis,
multidisciplinair,
duurzaamheid,
gericht op de unieke persoon, persoonlijke ontwikkeling, gepersonaliseerd.**

De ontwikkeling naar de Wij-maatschappij wordt versterkt door een innovatief proces van integratie van biologische, technologische en digitale omgevingen.

2.2 De maatschappelijke transitie in de zorg

In hoeverre is de in paragraaf 2.1 beschreven maatschappelijke transitie zichtbaar in de gezondheidszorg? In 2011 schrijven Huber et al. een voorstel voor verbetering van de WHO-definitie van gezondheid uit 1948. Zij signaleren dat met de continue nadruk op het bereiken van compleet fysiek welbevinden de definiëring van ziekte steeds verder wordt opgerekt. De voortgaande ontwikkeling van zorg, medische technologie en farmaceutische industrie versterken dit proces van medicalisering (Huber et al., 2011). De auteurs wijzen erop dat de wereldwijde vergrijzing en toename van chronische (ouderdom) ziekte in deze context een onhoudbare druk op het zorgsysteem zetten. Door de nadruk te verschuiven van (gezondheid)winst in overlevingsjaren naar winst in sociale participatie en coping zetten Huber et al. niet de ziekte maar de mens centraal (kernteam e-community, 2017). Huber et al. doen dit door gezondheid als concept te introduceren. Gezondheid wordt in dit concept omschreven als het vermogen tot aanpassen en het voeren van (zelf)regie in de fysieke, mentale en sociale domeinen van gezondheid (Huber et al., 2011). Met de introductie van het begrip "Positieve Gezondheid" stellen Huber en het Institute for Positive Health (I.P.H.) een betekenisvol leven en het vinden van veerkracht centraal (www.iph.nl, geraadpleegd 2018). De rol van de medicus verschuift hierdoor van het verminderen van symptomen naar empowerment van de patiënt (Huber et al., 2011). Op hun website beschrijven ze Positieve Gezondheid als het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren (www.iph.nl, geraadpleegd 2018).

Poiesz et al. (2016) reageren op Huber et al. in een discussie artikel. Ze stellen dat door het omgaan met emotionele uitdagingen te relateren aan gezondheid alle aspecten van het leven onder de definitie van gezondheid worden gebracht. Zij missen het inbegrip van cognitieve en mentale uitdagingen. Ze bepleiten dat in het concept van Huber et al. geen onderscheid wordt gemaakt tussen mensen die het aanpassingsvermogen benutten en zij die dit onbenut laten of tussen oorzaak en gevolg. Ze vinden de "gezondheidsdefinitie onbegrensd en onhanteerbaar" waardoor "scherpte in beleid" zal ontbreken. "Huisartsen vragen zich terecht af of zij wel de aangewezen discipline zijn om dit soort uitdagingen aan te pakken, tenzij er psychosomatische problemen ontstaan" (Poiesz et al., 2016).

De discussie van Poiesz et al. in reactie op Huber et al. illustreert de omwenteling beschreven door Rotmans (2017) uit paragraaf 2.1. Poiesz et al. pleiten voor scherpe afbakening, definiëring, toeschrijven aan het domein van de specialist en definiëring als onderlegger voor scherpte in beleid. Een verticale ordening in het domein van de medicus, zo lijkt het. Daartegenover stellen Huber et al. de mens met zijn vermogens tot aanpassing centraal en in een meer horizontale relatie tot de medicus.

In 2010 schreef de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) een discussienota waarin zij een nieuwe ordening van zorg op weg 2020 beschrijven. Hierin stelt de RVZ dat de zorgsector een andere weg moet inslaan, van kiezen voor zorg en ziekte (zz) naar kiezen voor gedrag en gezondheid (gg) (RVZ, 2010). In deze discussienota wordt uiteengezet hoe een groeiende en veranderende zorgvraag, meer medisch (technische) mogelijkheden, toename van kennis bij het publiek, kritischer consumenten met een toenemende behoefte aan persoonlijke dienstverlening en een rechtstreekse toegang van de burger tot informatiebronnen (door internet) de ontwikkelingen in de gezondheidszorg beïnvloeden (RVZ, 2010). De RVZ schetst een maatschappij in 2020 met meer technologische hulpmiddelen (thuiszorgtechnologie, eHealth, telemedicine, personalised medicine en technologische innovatie), een horizontalere relatie tussen zorgvrager en zorgverlener en een toename van netwerken van specialistische kennis. De RVZ bepleit naar 2020 een oriëntatie op "gedrag en gezondheid, situering van zorg thuis, in de wijk en 2.0 (digitale omgeving), 'multi' in plaats van 'mono', expertise bij de voordeur en continuïteit bij de achterdeur" (RVZ, 2010).

Hoe zien we deze toenemende oriëntatie op de individuele burger in zelfregie terug in de GGZ? In 2009 presenteert GGZ-Nederland een visiedocument als onderlegger voor het beleid van de daaropvolgende jaren (GGZ-Nederland, 2009). Hierin wordt een breuk met eenzijdig redeneren vanuit ziekte bepleit. De cliënt als burger wordt met het herstel denken centraal gezet. De cliënt als burger betekent volgens GGZ-Nederland (2009) richten op zinvolle dagbesteding, een fijne familie en vriendenkring, een prettige woonomgeving en een financieel gezonde situatie. Samenwerken buiten het zorgdomein met partners als gemeenten, woningbouwcorporaties, welzijnsorganisaties en arbeidsvoorzieningen vindt GGZ-Nederland onontbeerlijk (2009). Met publicatie van het boek Goede GGZ! hopen Delespaul et al. (2016) een hun lezers te inspireren naar tot een route naar een 'Nieuwe GGZ'. Een GGZ gericht op kleinschaligheid in de wijk met nationale digitale transformatie, waarin gebruik gemaakt wordt van multideskundigheid in de GGZ (Delespaul et al., 2016).

De omwenteling is zichtbaar in de discussie van Poiesz et al. in reactie op Huber et al, verticale specialistische ordening versus een horizontale relatie gericht op empowerment van de cliënt. Duurzame aspecten, co-creatie en persoonlijke ontwikkeling lijken de boventoon te gaan voeren. In de RVZ-nota komen eveneens 'Wij-maatschappij' factoren naar voren: van onderop, organisatie in netwerken, multidisciplinair, gepersonaliseerd, en met gebruik van de integratie van biologische, technologische en digitale omgevingen. Binnen de GGZ zijn vergelijkbare ontwikkelingen gaande. Langzaam vindt daar een overgang naar de cliënt als burger, in zijn eigen netwerk binnen de samenleving plaats. Een breuk met het traditionele redeneren vanuit ziekte. De beweging van Delespaul et al. onderscheidt zich door de omwenteling, naar een horizontaal georganiseerde samenleving met een op kleinschaligheid en netwerk gerichte GGZ en inzet van digitale mogelijkheden, stelselmatig in de traditionele sector te agenderen (<http://www.denieuweggz.nl>, geraadpleegd 2018).

De Wij-maatschappij en gezondheidszorg

Bij gezondheid gaat het om het vermogen tot aanpassen en het voeren van (zelf)regie in de fysieke, mentale en sociale domeinen van gezondheid (Huber et al. 2011).

Er is een breuk met eenzijdig denken vanuit ziekte, de cliënt als burger staat centraal.

Positieve gezondheid: het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren (www.iph.nl, geraadpleegd 2018).

Er is sprake van een horizontale, gelijkwaardige, relatie tussen cliënt en hulpverlener. In deze relatie is er sprake van oriëntatie op gezondheid en gedrag, situering van zorg thuis, in de wijk en 2.0 (in de digitale omgeving), multidisciplinariteit en toegankelijkheid van kennis laagdrempelig bij de 'voordeur'.

(GGZ) zorg zet de cliënt als burger, benaderd vanuit herstel denken, centraal.

(GGZ) zorg is gericht op samenwerken in het netwerk van de cliënt en met partners buiten het zorgdomein, kleinschalig en multi-deskundig.



Sinds 2014 ben ik de eigenaar van een orthese. Een spalk die ervoor zorgt dat ik mijn voet kan bewegen tijdens het lopen. Dat betekent sinds die tijd ook een jaarlijks bezoek aan de instrumentmaker. Mijn spalk is gemaakt door de fabrikant OttoBock.

Een paar jaar geleden ontdekte ik de Facebook site van deze fabrikant. Sindsdien volg ik hun informatie. Dat is handig. Zo ontdek ik zelf of er nog nieuwe ortheses op de markt zijn gekomen en hoef ik niet te wachten tot ik informatie krijg van de instrumentmaker. Ik kom gewoon zelf met informatie en vraag of die vernieuwing voor mij ook bruikbaar kan zijn. Daarnaast maakt OttoBock me trots. Ze zijn de fabrikant van de blades van paralympiërs en laten daar veel over zien op hun pagina.

Sinds kort realiseer ik me, dat ik volger ben van een e-community!

Figuur 3.0: Volger van een e-community.

3 THEORETISCH KADER 1 – DE e-COMMUNITY IN DE GGZ

3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk werd de huidige maatschappelijke context beschreven. We bevinden ons in een overgang van de traditionele, verticaal georganiseerde samenleving naar een horizontale, in netwerken georganiseerde samenleving, de 'Wij-maatschappij'. In deze maatschappij versnelt de technologische ontwikkeling onze mogelijkheden tot integratie van de diverse omgevingen waarin we leven en ontwikkelen. Met een Smartwatch zijn we in staat een continue, persoonlijke, stroom aan data te genereren over ons eigen welzijn. Vervolgens kunnen we die delen met onze vrienden via Strava (<https://www.strava.com>, geraadpleegd 4 maart 2018), een wereldwijd netwerk om je sportdata te delen. En zo zijn we in 3 clicks een digitale community binnengetrepen. Wat is dat, een e-community, wat kan deze voor de ontwikkelingen binnen de zorg betekenen? En hoe ontwikkelt deze e-community zich in een samenleving waarin innovatie leidt tot een verdere integratie van die diverse omgevingen?

3.2 Wat is een e-community?

Blom (2009) beschrijft in zijn "handboek communities" de community als een groep mensen met een gezamenlijk doel, belang of interesse, die door internet, de e-community, niet meer gebonden is aan een fysieke omgeving, maar een digitale. Jonker (2014) brengt de community terug tot de eenvoudige basis "wanneer twee of meer mensen vanuit een verlangen of een behoefte die ze delen een initiatief nemen". In deze community's is sprake van samen organiseren, er wordt gewerkt op basis van gedeelde principes en er worden middelen ingebracht (Jonker, 2014). Deze middelen zijn meer dan geld alleen (Jonker, 2014). Bekende voorbeelden van deze community's en de middelen die er worden ingebracht zijn Uber (taxivervoer), Marktplaats (tweedehands goederen), Facebook (sociale uitwisseling), Strava (uitwisseling sportdata). Wikipedia (geraadpleegd 4 maart 2018) beschrijft een e-community als een virtuele community waarin de leden primair met elkaar interacteren via internet, en welke kan dienen als informatiesysteem en communicatiesysteem (via onder andere sociale netwerken, chats, forums, e-mail, games, blogs en virtuele verbindingen).

De toevoeging van Jonker dat naast geld ook andere middelen kunnen worden ingebracht, maakt een e-community tot een waardesysteem op basis van transacties, breder dan geld alleen (Jonker, 2014). Van Dijck *et al.* (2016) gebruiken voor het digitale platform de metafoer van een marktplaats. Hier faciliteert het platform burgers, consumenten, bedrijven en overheden om informatie of kennis met elkaar te produceren of uit te wisselen en vraag en aanbod bij elkaar te brengen (Van Dijck *et al.* 2016). Zo speelt het platform een bemiddelende rol, gelijk een marktmeester (Van Dijck *et al.* 2016). Door deze rol, en de wijze waarop de 'marktmeester' zijn keuzes maakt omtrent de inrichting van het platform, bepaalt deze impliciet de normen waaraan gebruikers moeten voldoen (Van Dijck *et al.*, 2016). De auteurs (Van Dijck *et al.*, 2016) wijzen erop dat de verdienmodellen, technologische keuzes en economische elementen van een platform de manier waarop mensen er gebruik van maken sturen. Ze benoemen vervolgens dat geen enkel onlineplatform in een vacuüm opereert. Het positioneert zich ten opzichte van anderen met centraal hierin de positionering

van “de grote 4” (Van Dijck et al. 2016). Deze grote 4 zijn Google, Amazon, Facebook en Apple (GAFA), waarvan vele partijen (profit en non-profit) door hun interfaces, plug-ins, apps en dergelijke afhankelijk zijn (Van Dijck et al., 2016).

Van Dijck et al. (2016) formuleren een platform als “een technologische, economische en sociaal-culturele infrastructuur voor het faciliteren en organiseren van online sociaal en economisch verkeer tussen gebruikers en aanbieders, met (gebruiks) data als brandstof”. Door deze formulering vormt het digitale platform de infrastructuur waarop de e-community, het sociale en economische verkeer tussen twee of meer mensen, opereert. De e-community zelf is de virtuele gemeenschap van twee of meer mensen die vanuit een gedeeld belang of gedeelde behoefte met elkaar interacteren in een digitale omgeving.

e-Community

Een virtuele gemeenschap van twee of meer mensen die vanuit een gedeeld belang of gedeelde behoefte met elkaar interacteren in een digitale omgeving. Deze interactie betreft een breed scala: informatie uitwisseling, sociale uitwisseling / communicatie, uitwisseling of onderlinge verkoop van goederen en diensten.

Digitaal platform

Een technologische, economische en sociaal-culturele infrastructuur voor het faciliteren en organiseren van online sociaal en economisch verkeer tussen gebruikers en aanbieders, met (gebruiks) data als brandstof (Van Dijck et al., 2016).

3.3 De ontwikkeling van de e-community in de (geestelijke) gezondheidszorg

De huidige e-community 's in de GGZ

In een artikel waarin van Os (2018) pleit voor multideskundige e-community's als grondlegger voor Publieke GGZ beschrijft deze auteur het huidige netwerk van e-community's. De voorbeelden die hij noemt zijn Proud2beme.nl, PsychoseNet.nl, Drugsinfoteam.nl, Dwang.eu, Dementieweb.nl. e-Community's met “elk een eigen look and feel”, welke worden beheerd door ‘multideskundige’ professionals, die “mensen bijstaan met psychisch lijden en het navigeren in het complexe ggz-landschap”. Hij wijst op de potentie van e-community's in het bieden “social holding”, als zijnde het aangaan van verbinding en creëren van een gemeenschap voor patiënten en hun netwerk, het bieden van ervarings- en multideskundige kennis en informatie en het bieden van weerbaarheidsbevordering en zelfmanagement. Deze e-community's bieden in veel gevallen zelf toegang tot apps. Enerzijds door er informatie over te geven, anderzijds, door een link te plaatsen waar de app gedownload kan worden. Van Os (2018) wijst op het belang van het aanbieden van zowel eHealth en mHealth (zoals de apps), als de aanwezigheid van een e-community. Vanuit de e-community kan dan navigatie door en begeleiding met de online tools worden geboden. Echter, door hun karakter (en noodzaak) als publieke GGZ functie is de financiering van deze e-community's in de huidige inrichting van het GGZ domein niet voorzien ((van Os, 2018).

Van Os (2018) en Delespaul et al.(2016) pleiten voor de e-community als voorziening in een publieke GGZ. Daarnaast zien we de 'consumenten' e-community's zoals Facebook groepen waarin leden van de groep zich verzamelen rondom een gezondheidsthema.

Het onderscheid tussen een website en een e-community laat zich steeds lastiger maken, omdat de meeste websites tegenwoordig wel een contactmogelijkheid hebben. Het aspect van de wederzijdse interactie tussen mensen, zoals werd genoemd in de beschrijving van een e-community, maakt dit onderscheid scherper. De e-community biedt rondom de startpagina waar je de e-community digitaal betreedt functies en mogelijkheden die leiden tot wederzijdse interactie. Voorbeelden hiervan zijn een chatfunctie, e-spreekuur, een forum, verwijzingen of verbindingen met apps, de mogelijkheid van het plaatsen van foto's, blogs of filmpjes, mogelijkheden tot het volgen van een eHealth behandeling of offline bijeenkomsten. Tabel 3.1 illustreert de variatie van dit aanbod.

Site/e-community	Korte omschrijving	Beheer	Ch	e	F	Off	P	W	eH
MIND	Open platform voor mensen met psychische problemen en hun naasten.	C N	-	-	-	x	x	x	-
PsychoseNet	Open multideskundige e-community ter bevordering van de informatie en uitwisseling over psychose	C,N,O	-	x	x	x	x	x	-
Facebook: voorbeelden: De Nieuwe GGZ SamenSterkZonderStigma Stoornis specifieke pagina	Open facebook groepen. Al deze pagina's op Facebook richten zich op een eigen doelgroep.	C, N, O	x	-	x	-	x	x	-
Jouw Omgeving	Besloten omgeving die eHealth applicaties aanbied voor jeugdhulp organisaties	O	-	x	-	x	-	x	x
113.nl	Open website voor mensen met zelfmoordgedachten	C,N,O, research	x	x	x	-	-	x	x
Minddistrict	Besloten eHealth platform voor zorgorganisaties met persoonlijke eHealth trajecten.	O	-	x	-	x	-	x	x
Proud2BeMe	Open multideskundige e-community met informatie over eetproblemen, anorexia, eetbuienstoornis, gezond eten, lifestyle zelfacceptatie	C,N,O	x	x	x	x	x	x	x
99Gram	Open website gericht op informatie over eten, gewicht, uiterlijk, kopzorgen, eetstoornissen en zelfbeeld.	O	x	x	x	-	-	x	x
Dwang.eu	Open multideskundige site met informatie over dwangstoornis en daaraan verwante stoornissen.	C,N,O	-	x	x	x	x	x	-
Fier!	Open website gericht op informatie en behandeling over/voor geweld in afhankelijkheidsrelaties.	O	x	x	x	x	x	x	x
MiiND Nog niet operationeel.	Besloten community met groepen van 15 cliënten ontworpen om herstel van de sociale omgeving te bevorderen.	C,N,O, research							
Proeftuin Met GGZ Roermond Nog niet operationeel	Integrale zorg en ondersteuning in de (digitale) wijk.	C,O							

Tabel 3.1: niet uitputtend overzicht van variatie in het aanbod van websites en e-community's.

Verklaring kolommen op de volgende bladzijde.

Verklaring kolommen van tabel 3.1

- Site/ e-community: www adres is opgenomen in lijst geraadpleegde websites
- Korte omschrijving: basale omschrijving van het soort platform, die open toegankelijk zijn of besloten (slechts met toelating van een beheerder krijg je toegang).
- Beheer: opgezet door GGZ-organisatie of GGZ-professionals (O), cliënten of cliëntenorganisatie (C), netwerk of netwerkorganisatie (N).

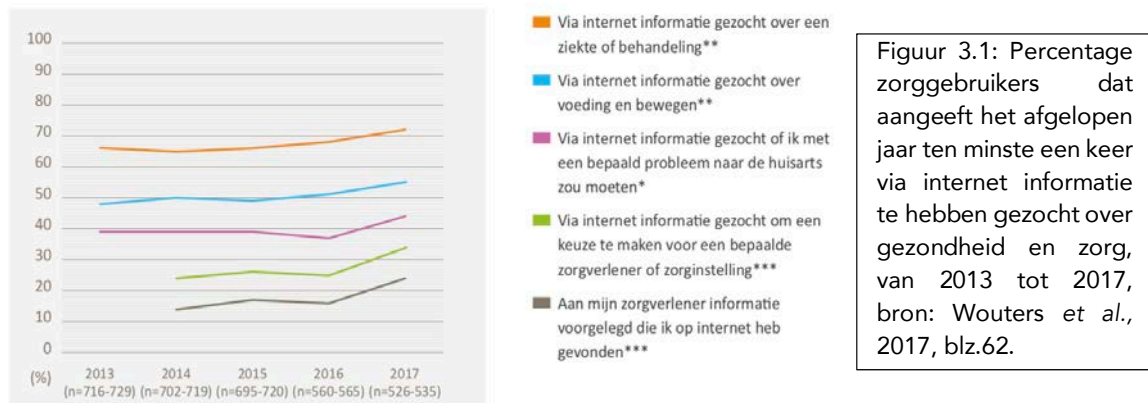
Vormen van wederzijdse interactie:

- Ch = aanwezigheid chatfunctie
- e = aanwezigheid emailsprekkuur
- F = aanwezigheid forum
- Off = aanwezigheid offline bijeenkomsten
- P = mogelijkheid tot posten van foto's, blogs of filmpjes
- W = wegwijzer voor eHealth of health applicaties
- eH = biedt ingang naar eHealth modules
- notering in kolom: X = aanwezig, - = afwezig

eHealth en consumenten eHealth

Jaarlijks wordt door Nictiz en het Nivel een onderzoek naar het gebruik van eHealth in Nederland uitgevoerd (Wouters *et al.*, 2017). In de eHealth-monitor 2017 definiëren Wouters *et al.*: "eHealth is het gebruik van hedendaagse informatie en communicatietechnologieën, in het bijzonder internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren". Het kernteam e-community vat deze definitie krachtig samen als "digitalisering van de gezondheidszorg" (2017). De e-community, zoals hierboven gedefinieerd, beschrijft de gemeenschap waarbinnen de digitale interactie plaatsvindt. eHealth is betreft de digitale gezondheidszorg die in een e-community in de zorg geboden of genoten wordt.

Wouters *et al.* (2017) constateren dat het gebruik van eHealth achter blijft bij het aanbod doordat er veel onbekendheid en onduidelijkheid bij zowel zorggebruikers als zorgverleners bestaat. Medisch specialisten ervaren onduidelijkheid over wat wel of niet mag met betrekking tot eHealth (Wouters *et al.*, 2017). Eén derde voelt zich niet competent in het voeren van een e-consult en heeft vragen over mogelijke risico's op het gebied van privacy (Wouters *et al.*, 2017). Vier op de tien artsen zijn overtuigd dat online contact veilig is, zes op de tien heeft deze overtuiging niet (Wouters *et al.*, 2017). Er is wel sprake van een toename in het aantal zorggebruikers dat zelf informatie op internet opzoekt over gezondheid en zorg (figuur 3.1, bron: Wouters *et al.*, 2017, blz. 62), een toename in het gebruik van het e-consult (figuur 3.2, bron: Wouters *et al.*, 2017, blz. 45) en het gebruik van zelfmanagement functies en online behandelingen onder chronisch zieken (figuur 3.3, bron: Wouters *et al.*, 2017, blz. 63). Zorggebruikers denken dat ze bij een e-consult beter kunnen nadenken over hun vraag (Wouters *et al.*, 2017). Ze verwachten minder persoonlijke aandacht in een e-consult en zien deze vooral als instrument voor eenvoudige vragen (Wouters *et al.*, 2017).



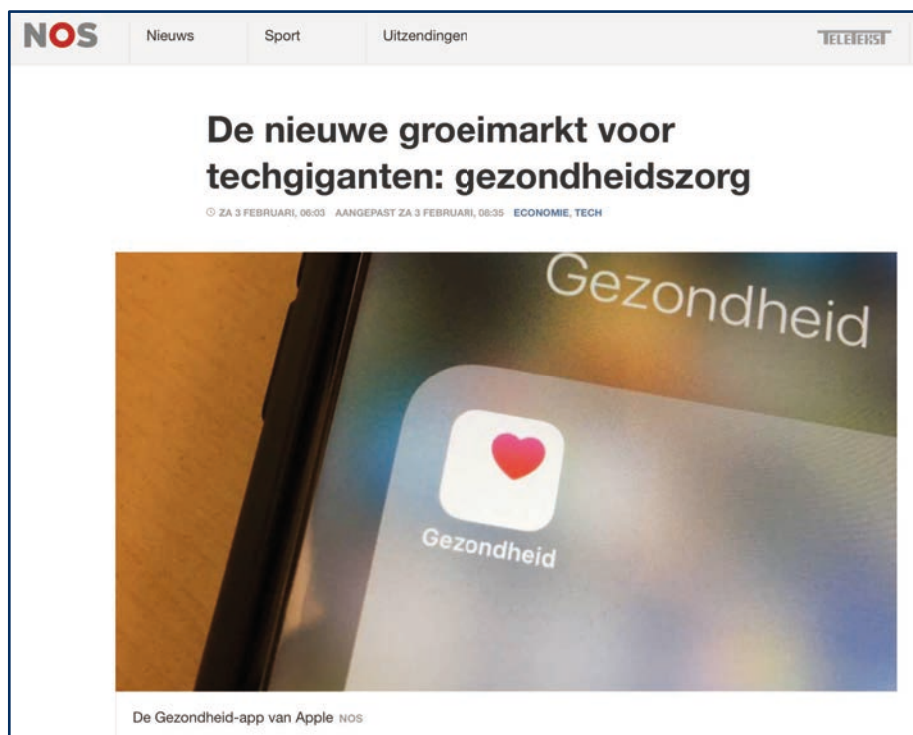
Het kernteam e-community somt de barrières bij de belangrijkste betrokkenen op in de paper over het draagvlak van de e-community (figuur 3.4, bron: kernteam e-community, 2017, blz.20). Hier worden de onbekendheid en gebrek aan vertrouwdheid in gebruik bij de belangrijkste partijen, de mate van aanbod sturing en de financiële drempels als voornaamste factoren genoemd (kernteam e-community, 2017).



Figuur 3.4: Overzicht belangrijkste barrières bij belangrijkste betrokkenen eHealth.
 Bron: kernteam e-community, 2017, blz. 20.

Esmeijer et al. (2015) onderscheiden binnen eHealth consumenten-eHealth. Het betreft hier op de consumentenmarkt gerichte digitale en online producten en diensten, welke niet "via de traditionele 'medische' kanalen hun weg naar patiënten en consumenten vinden" (Esmeijer et al., 2015). De toepassingen bestrijken een heel breed terrein, waaronder gezondheids-apps (zoals Moodpath, Moods, Happify) en de 'Internet of Things' (zoals Fitbit, Google Glass, Apple Watch, digitale weegschalen, bloeddrukmeters, schoenen met sensoren, draadloze sensoren) (Esmeijer et al., 2015). Gecombineerd gebruik van deze apps en sensoren creëert een ecosysteem. In het centrum van dit systeem bevindt zich vaak een afhankelijkheid van Apple of Google, waar data verhandeld worden (Esmeijer et al., 2015).

Het gebruik van consumenten eHealth neemt toe (Wouters et al., 2017). De App Store en Google Play bieden meer dan 97.000 apps op het gebied van fitness en gezondheid (Esmeijer et al., 2015). De toename wordt door de eerder genoemde GAFA opgepikt. Deze techbedrijven richten zich steeds meer op de groeiende gezondheidsmarkt, getuige een recente stap van Amazon (afbeelding 3.5). Op 3 februari 2018 publiceerde de NOS een bericht over de aankondiging van dit bedrijf om met nieuwe technologie gezondheidszorg te gaan regelen voor medewerkers en in een latere fase de reguliere markt (www.nos.nl, geraadpleegd 3 februari 2018; afbeelding 3.5).



Afbeelding 3.5:screenshot: <https://nos.nl/artikel/2215075-de-nieuwe-groeimarkt-voor-techgiganten-gezondheidszorg.html> geraadpleegd 3 februari 2018.

In het advies "Consumenten-eHealth", gepubliceerd in 2015, schrijft de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg dat in het huidige zorgsysteem consumenten eHealth nog geen significante rol speelt. De RVZ (2015) voorziet in de toekomst wel een gedeeltelijke vervlechting van consumenten-eHealth en reguliere zorg. De RVZ (2015) verwacht dat consumenten-eHealth de reguliere zorg op onderdelen gaat vervangen. Ze schetst in het advies een beeld waarin zorg meer tijd- en plaats onafhankelijk wordt (RVZ, 2015). En waarin de relatie tussen patiënt en hulpverlener verandert. Door gebruik van consumenten-eHealth kunnen mensen zelf regie nemen over hun gezondheid, en hebben ze meer mogelijkheden voor zelfdiagnostiek en zelfbehandeling (RVZ, 2015). De RVZ voorziet zorgverleners die zich meer toeleggen op complexe diagnostiek en gezamenlijke besluitvorming rondom persoonlijke afwegingen van de patiënt. Esmeijer *et al.* (2015) beschrijven een vergelijkbare beweging in de verhouding tussen patiënt en zorgverlener. Ze zien een nieuwe verhouding ontstaan waarin (organisatie van) gezondheid een gedeelde verantwoordelijkheid tussen patiënt en zorgprofessional wordt (Esmeijer *et al.*, 2015). Ze wijzen bovendien op de toegevoegde waarde van nieuwe datasets (Big Data) die verzameld worden met (consumenten)-eHealth. Vervolgens benoemen ze de grote impact van voor de gezondheidszorg nieuwe (commerciële) platformen, als "'control points' of gatekeepers in het ecosysteem" (Esmeijer *et al.*, 2015).

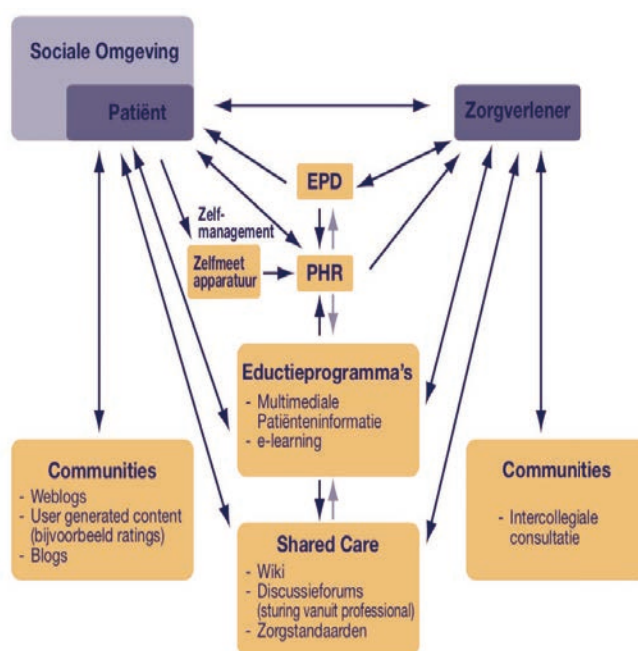
Zowel TNO (Esmeijer *et al.*, 2015), de RVZ (2015) als medewerkers van Nictiz (Keur, 2017) besteden aandacht aan risico's en morele dilemma's van eHealth en consumenten-eHealth. Esmeijer *et al.* (2015) wijzen op de het gebrek aan transparantie in het gebruik van data en aannames achter analyses van eHealth producten en diensten. Tevens zien ze een gebrek

aan voor de consument inzichtelijke kwaliteitsbeoordelingen van een toepassing of beoordeling van toepasbaarheid in een zorg-setting (Esmeijer *et al.*, 2015). Daarnaast wijzen ze op de het belang van de waarborging van privacy, de technologische barrières tussen de diverse digitale toepassingen, de beperkingen rondom de huidige financieringsstructuur en de scepsis van de huidige medische professional (Esmeijer *et al.*, 2015). De RVZ (2015) bespreekt het risico van medicalisering, van veranderende machtsverhoudingen, nieuwe verdienmodellen, het delen van gegevens en de toegankelijkheid ervan en dilemma's rondom (on) mogelijkheden tot zelfmanagement.

Het laatste dilemma komt aan de orde in een interview met 2 medewerkers van Nictiz (expertisecentrum voor eHealth) door Keur (2017). Hierin wordt besproken of eHealth gezondheidsverschillen kunnen zal veroorzaken. Nictiz wijst op het belang van de aandacht voor de diversiteit van gebruikers. Ook mensen met minder gezondheids- of digitale vaardigheden moeten met eHealth overweg kunnen (Keur, 2017). Het vraagstuk rondom de inrichting van het inzien van medische gegevens wordt in dit interview besproken als dilemma. Nictiz heeft rondom deze discussie een argumentenwijzer (www.kennismagazine.nictiz.nl, geraadpleegd 11 maart 2018) ontwikkeld waarmee zij het dilemma in gesprek hopen te brengen. Ze wijzen vooral op de diversiteit van mensen. Wat voor de ene persoon een goede oplossing lijkt (juist niet direct inzichtelijk maken van informatie maar deze eerst bespreken met de arts), is voor de ander een veel minder passend antwoord (waarom wachten op het bespreken van een uitslag als je die direct online kunt raadplegen?) (Keur, 2017). Het door Esmeijer *et al.* (2015) en de RVZ (2015) benoemde dilemma van mogelijke ongewenste effecten van het gebruik van Big Data wordt als laatste dilemma in het interview besproken (Keur, 2017). Hoe wordt de privacy gehandhaafd, en hoe geeft de "data-donor" toestemming voor het gebruik van zijn data? (Keur, 2017).

Het ecosysteem van (consumenten) eHealth

De typering van een ecosysteem waarin we gebruik maken van apps en sensoren, waar we websites en forums raadplegen om informatie te vinden, gegevens uit wisselen, deskundigen raadplegen, online behandelingen volgen of zelf onze gezondheidsgegevens bijhouden schetst een nieuw soort digitale gezondheidsomgeving. In 2010 publiceerde de RVZ figuur 3.6 (RVZ, 2010) in haar discussienota's (Gezondheid 2.0, blz. 43; Zorg voor je gezondheid, blz. 36) waarin ze de toekomstige ontwikkelingen in de zorg schematisch weergeeft.

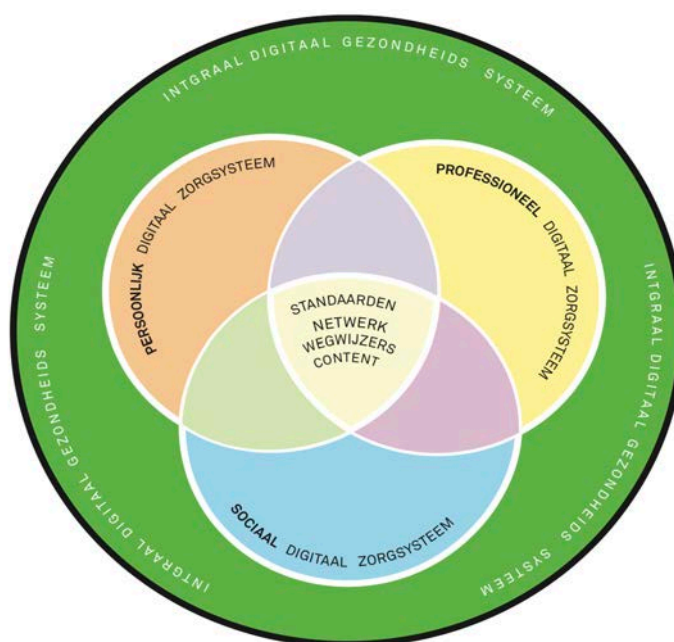


Figuur 3.6, gezondheidszorg 2.0, bron: RVZ (2010), Gezondheid 2.0, blz.43; RVZ (2010), Zorg voor je gezondheid, blz. 36.

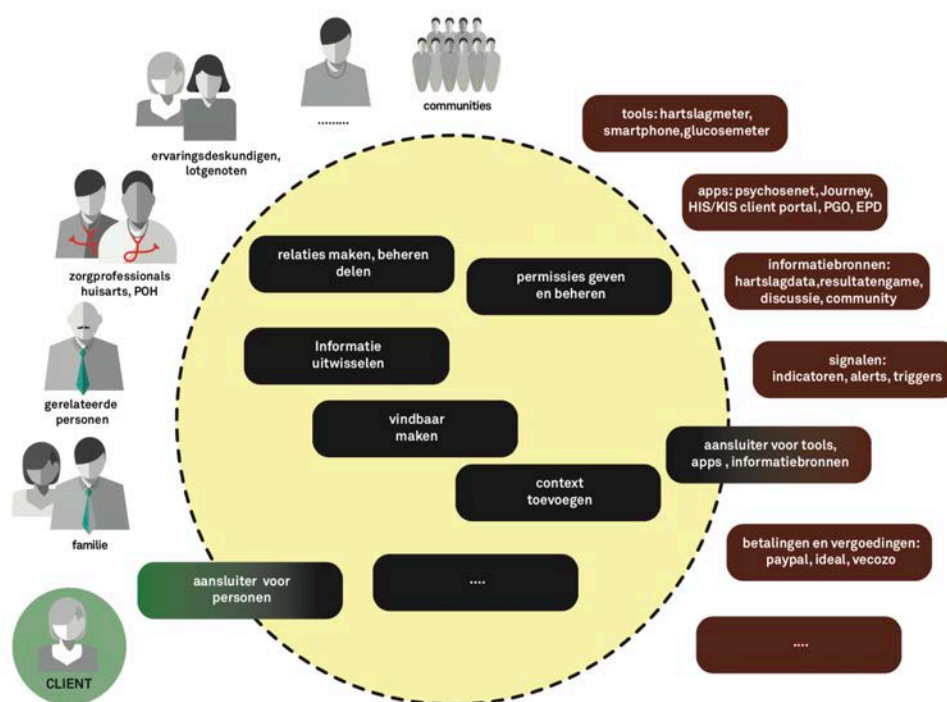
Wat opvalt in de figuur is dat door de vormgeving niet zichtbaar is dat een deel van de functies die hier weergegeven worden, geleverd (gaan) worden binnen consumenten-eHealth. De geleidelijke grens tussen data afkomstig van 'lifestyle' e-community's (zoals we zien bij het gebruik van metingen in Strava, de sport-app), data afkomstig van bijvoorbeeld cliëntenplatforms en data afkomstig van digitale professionele zorgomgevingen is niet zichtbaar. Zoals in de beschrijving van consumenten-eHealth aan de orde kwam verwacht de RVZ (2015) een gedeeltelijke vervlechting. Echter, het feit dat een (groot) deel van de mogelijkheden en middelen binnen eHealth in de toekomst afkomstig is van andere sectoren dan de huidige reguliere zorgpartijen, zal de toegankelijkheid voor de burger / consument beïnvloeden. Zij hebben immers via deze kanalen rechtstreekse toegang tot bijvoorbeeld informatie, sensoren voor registratie, zelfonderzoek betreffende hun gezondheid, zonder tussenkomst van de reguliere zorgpartijen.

Het kernteam e-community (2017) herkent 3 verschillende omgevingen binnen digitale zorgsystemen. Op basis van klantreizen werkten zij een integraal digitaal gezondheidssysteem uit (kernteam e-community, 2017). Zij onderscheiden een persoonlijk digitaal zorgsysteem, een professioneel digitaal zorgsysteem en een sociaal digitaal zorgsysteem (figuur 3.7, bron: kernteam e-community, 2017, blz 15).

Tussen deze 3 systemen liggen momenteel nog een groot aantal drempels (kernteam e-community, 2017). Zo gaan gebruiksnamen en wachtwoorden niet mee van de ene omgeving naar de andere. In ieder systeem moet de gebruiker opnieuw vrienden, familie of hulpverleners uitnodigen om informatie te kunnen delen. Gegevens worden nauwelijks gedeeld tussen de systemen, er zit geen logica in de onderlinge verbinding van apps (kernteam e-community, 2017). Het kernteam bepleit het mogelijk maken van deze verbindingen, op weg naar een integraal digitaal gezondheidssysteem (2017). Dit zou benaderd moeten worden, zo stellen zij voor, door uitwisseling van sociale netwerk informatie, uitwisseling van content en het aanbrengen van wegwijzers met meta-informatie over de content (figuur 3.8, bronkernteam e-community, 2017, blz. 17). Uit deze laatste adviezen valt op te merken dat het groeien naar een integraal digitaal gezondheidssysteem meer is dan het tot stand brengen van koppelingen. Zij die het gebruiken zullen elkaar moeten vinden in het gebruik en in het naar elkaar groeien van omgevingen en belangen.



Figuur 3.7, Het Integraal Digitaal Gezondheidssysteem.
Bron: White Paper, kernteam e-community, 2017, blz. 15.



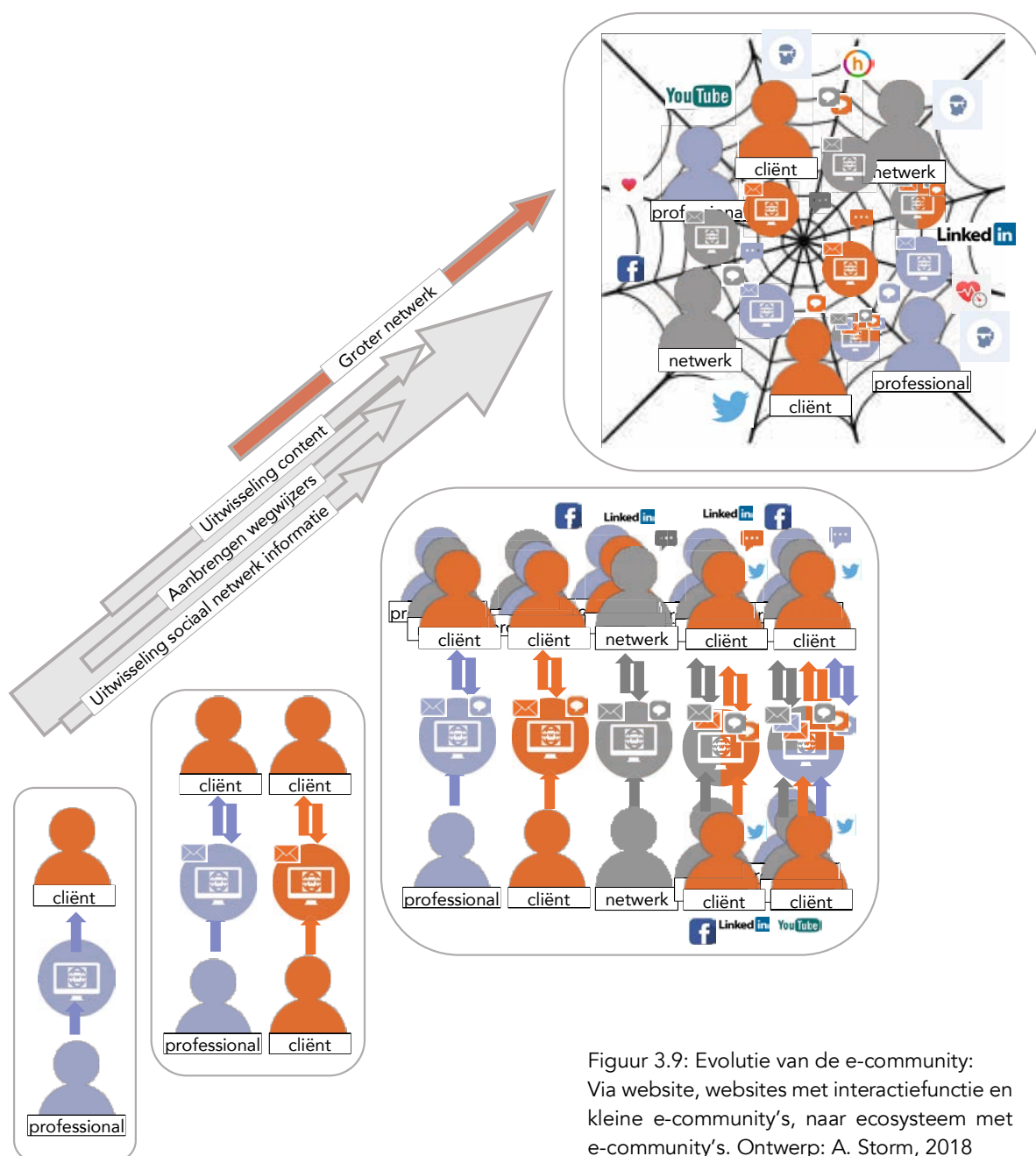
Figuur 3.8, Conceptuele koppelingen die het integraal Digitaal Gezondheidssysteem mogelijk maken. Bron: White Paper, kernteam e-community, 2017, blz. 17.

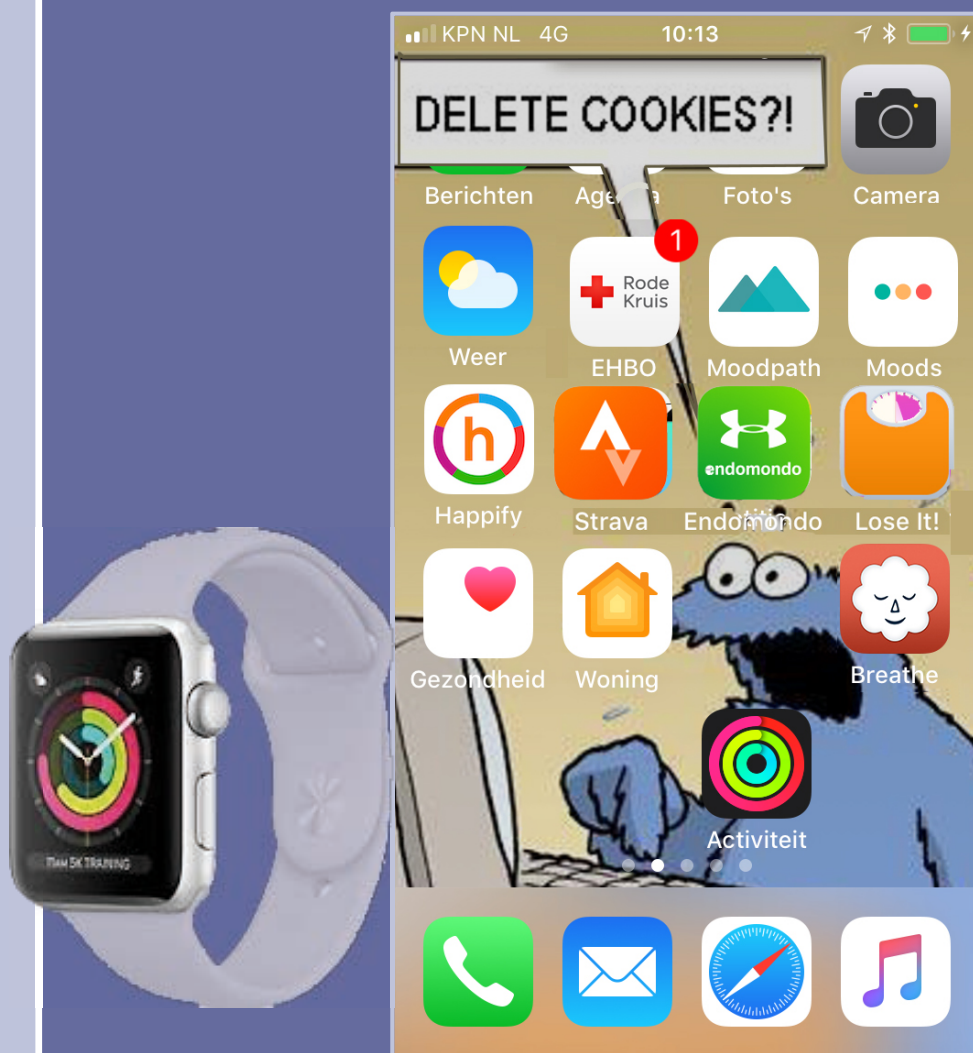
Naast het beschrijven van de route naar integratie van de diverse gezondheidssystemen benoemt het kernteam het belang van het bevorderen eHealth gebruik onder consumenten en zorgverleners (kernteam e-community, 2017). Het kernteam adviseert de introductie van een betaaltitel voor eHealth, introductie van een persoonlijk digitaal gezondheidsdossier, het aangaan van nieuwe vormen van samenwerking en een aanpak op lokaal niveau met daarom/overheen een lerende omgeving (kernteam e-community, 2017).

De GGZ e-community groeit naar het ecosysteem van de digitale gezondheidsomgeving.

Deze paragraaf startte met een uiteenzetting van het fenomeen e-community. Kenmerkend voor deze gemeenschap is het gedeelde belang of de gedeelde behoefte van waaruit interactie in een digitale omgeving ontstaat. Van Os (2018) omschrijft de toegevoegde waarde van de e-community in de GGZ als het bieden van sociale holding, als informatie bron en als middel om zelfhulp en zelfredzaamheid te stimuleren. eHealth zou gezien kunnen worden als de zorg die in een e-community geboden kan worden. Het hele bereik van reguliere zorg (van preventieve tot curatieve en ondersteunende) is te herkennen in het spectrum van eHealth. Wat opvalt is dat een vergelijk tussen de reguliere zorg en digitale varianten in een eHealth omgeving soms moeilijk is te maken. Wanneer we de context van maatschappelijke transitie zoals die in hoofdstuk 2 werd geschetst hier overheen leggen wordt duidelijk waarom het lastig te vergelijken is. De reguliere zorg heeft zich in de afgelopen eeuw ontwikkeld tot de huidige, naar specialismen en aandoeningen georganiseerde zorg, gericht op genezing. De eHealth ontwikkelingen hebben door hun digitale aard veel meer kenmerken van netwerken, verbindingen en integratie van de diverse omgevingen in zich. In de beschrijving van eHealth en consumenten-eHealth zien we dat deze naar elkaar toe groeien en vervlochten raken. Hiermee ontstaat een vervlechting van

omgevingen waarin de traditionele patiënt uit de zorg tegelijkertijd de consument van lifestyle apps is. Deze burger heeft hierdoor direct de beschikking over zijn eigen middelen zoals meten van lichaamsfuncties, informatie over zijn gezondheid en de keuze tot het volgen van een online behandeling. Wanneer we kijken naar de geschetste toekomst zien we een totstandkoming van koppelingen tussen de diverse digitale zorgsystemen, met inbegrip van zowel eHealth als consumenten-eHealth. Zo ontstaat een (wellicht veilige) integratie in het dagelijks gebruik van burgers, zorgprofessionals en hun omgeving. We groeien dan toe naar een ecosysteem van digitale gezondheidszorg, naast de gezondheidszorg 'on the ground'. In figuur 3.9 is deze evolutie van websites met een enkele contact functie, zoals chat en forum, via een geïsoleerde e-community naar een ecosysteem met koppelingen en interactief gebruik weergegeven.





Sinds deze zomer draag ik een iWacht. Via de sensor op mijn pols volg ik mijn dagelijkse activiteiten. Ik krijg een signaal als ik te weinig sta, als ik even rustig moet ademen en ik meet mijn hartslag tijdens het sporten. Dagelijks kijk ik hoe actief ik ben. Sinds ik het horloge draag, beweeg ik meer!

De afgelopen maanden heb ik een aantal gezondheidsapps op mijn telefoon gezet. Ontdekken wat er zoals bestaat op dat gebied en hoe ze werken.

De apps die me informatie geven over het sporten gebruik ik veel. De apps die ik heb geplaatst om te testen worden makkelijk aan mijn aandacht onttrokken.

Figuur 4.0 De sporter, gebruiker van mHealth

4 THEORETISCH KADER 2 – DE PROFESSIONAL IN DE GGZ e-COMMUNITY

4.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk werd beschreven hoe de digitale omgeving binnen een e-community zich kan gaan ontwikkelen richting een ecosysteem van digitale gezondheidszorg. In dit hoofdstuk zal gekeken worden welke waardecreatie plaatsvindt tussen cliënt en professional in een e-community. Door het bestuderen van klantreizen wordt een beeld gevormd welke eisen er aan professionals worden gesteld in de reis van de cliënt in een e-community. Zo ontstaat er een beeld van de toekomstige zorgprofessional.

In een e-community draait het om gedeelde belangen en gedeelde behoeften. Door dit wederkerige karakter wordt vervolgens gekeken hoe wederzijdse waardecreatie in een GGZ e-community eisen stelt aan het organiseren van werk van de professional. Deze eisen worden aan het eind van dit hoofdstuk in een theoretisch model omgezet naar aspecten van het organiseren van het werk van de professional in een GGZ e-community.

4.2 Klantreizen; welke waarde heeft de e-community voor GGZ cliënt 2.0 ?

De digitale ontwikkeling raakt steeds verder geïntegreerd in het dagelijks leven van burgers. In paragraaf 2.2 en paragraaf 3.3 werd geschetst hoe deze ontwikkeling zich binnen de zorgsector manifesteert. Burgers hebben door digitale mogelijkheden rechtstreekse toegang tot informatie, zelfdiagnostiek, zelfhulptools en online hulpverlening. De burger is zo zelf in staat regie te nemen over een deel van zijn gezondheidsvraagstuk. De burger raakt daardoor ook in staat om anderen informatie te geven over zijn oplossingen rond een gezondheidsvraagstuk, het toepassen van 'ervaringskennis'. Jonker (2014) wijst er op dat hier sprake is van prosumptisme: bij gedeelde waardecreatie, zoals we dat zien in een e-community, is de burger tegelijkertijd consument en producent. Producent doordat de informatie, kennis, waarde die gecreëerd wordt gedeeld kan worden, consument door deze te ontvangen (Jonker, 2014). Zo ontstaat in een e-community co-creatie. Jonker omschrijft co-creatie als de ambitie van mensen om samen waarde(n) te creëren en vervolgens die waarde(n) te delen.

Welke waardecreatie bestaat er in een e-community voor een GGZ cliënt 2.0 ('van de toekomst')? Het kernteam e-community (2017) heeft getracht hier een beeld van te krijgen door klantreizen van de toekomstige (GGZ) cliënt te ontwerpen. Voor deze thesis is zowel gebruik gemaakt van het klantverhaal uit de White paper (klantverhaal Floris, kernteam e-community, 2017), als van een door kernteam ontworpen klantverhaal welke niet in de White paper is opgenomen (klantverhaal Bram, verkregen via M. Milo, 2017). Beide klantreizen betreffen GGZ-cliënten.

In tabel 4.1 is geïnventariseerd welke behoeften en klantwaarden in deze klantreizen naar voren komen. Hieruit komt naar voren dat de cliënten zelf vorm geven aan hun route door de digitale omgeving en op diverse momenten de weg gewezen worden door ervaringsdeskundigen of professionals. Ze ervaren een lage drempel naar informatie: ze

Behoefte/klantwaarde	Klantreis Bram	Klantreis Floris
Ervaringsinformatie	Ervaringsinformatie in Forum, reviews, chatgesprek met ervaringsdeskundigen	Moeder krijgt info van Ypsilon. Ervaringsdeskundige Psychosenet
Toegankelijk, laagdrempelig	Krijgt medicatie consult na bezoek Psychosenet op basis van vraag, zonder verwijzing. Kan in avond chatten met ervaringsdeskundige. Zelf afspraak plannen in planmodule.	Apps direct kunnen inzetten. Signaleringsplan voor netwerk en hulpverleners toegankelijk. Informatie tussen professionals deelbaar. Moeder kan informatie vinden.
Beschikbaar op eigen tijd	Chatgesprek ervaringsdeskundige Slaapcursus en eHealth module op eigen tijd doorlopen.	Mindfulness op eigen tijdstip eHealth op eigen tijdstip
Informatie/kennis van een professional	Videoconsult psychiater	Professional toegankelijk voor netwerk.
Maatwerk	Therapie door GGZ medewerker Op basis van zoektermen wordt informatie toegestuurd. Keuze therapie in online therapy matching centre Op basis van review therapeut kiezen.	Shared decision making Digitaal monitoren mediatie gebruik.
Zelfhulp	Krijgt advies waar hij informatie kan vinden, welk verhaal hij kan lezen, waar hij informatie over therapie kan vinden. Kiest eigen eHealth module.	Slecht slapen in kaart brengen met sleeptracker. Dagboek (app) bijhouden op advies arts. Mindfulness app gebruiken. eHealth module volgen. Online signaleringsplan. Online zelfhulp groep
Zelf regie voeren	Krijgt advies over nuttige apps. Kan zelf zijn dossier delen met huisarts en GGZ hulpverlener. Kan zelf hulpverlener kiezen. Kan eigen afspraak plannen, kan eigen eHealth kiezen.	Online zelfhulp groep en zelfregie groep. Beslist wie hij wel en niet in zijn netwerkgroep toelaat.
Opbouwen sociaal netwerk	Kan review delen, krijgt reacties en raakt in chatgesprek. Kan met netwerkkapp netwerk in kaart brengen. Vindt mensen in zijn wijk. Vindt een buddy.	Sportinformatie delen op social media. Netwerk signaleert dat het niet goed gaat en wordt geactiveerd door hulpverleners (wijkteam). Vindt een buddy. Moeder kiest netwerk voor zichzelf en kan informatie delen.
Eigen ervaring delen	Kan review schrijven, kan deelnemen aan forum.	Lotgenotenforum op Psychosenet. Online zelfhulpgroep
Privacy	Veilig dossier delen, info uit app kunnen delen.	Veilig informatie uit app delen met arts. Delen info (huis)arts en justitie over IBS.
Aandeel GGZ professional in route	Korte stukken op hele route: videoconsult, gerichte therapiesessies na online keuze, modereren van informatie die tijdens route gevraagd en gezocht wordt.	Tijdens intensieve fase van opname, daar omheen op momenten dan informatie of kennis nodig is benaderbaar voor cliënt, netwerk en collega's zoals huisarts.

Tabel 4.1: Behoeften van klanten e-community, beschreven in de klantverhalen (bron: kernteam e-community en M.Milo, 2017)

kunnen anoniem de digitale omgeving betreden en kunnen rechtstreeks in contact komen met GGZ professionals wanneer ze een gerichte vraag hebben. Het is toegankelijk, zonder verwijzing komen ze in contact met een GGZ professional. Ze kunnen op hun zelf gekozen moment chatten of therapie sessies doorlopen. Ze vinden en verstrekken ervaringsinformatie. Ze ontvangen hulp op basis van hun persoonlijke vraag. Er is sprake van maatwerk. Ze zijn in staat zelf regie te voeren, door eigen afspraken te plannen, zelf een behandelaar te kiezen die past, zelf modules te kiezen of deel te nemen aan een zelfhulp groep. De e-community geeft ze extra mogelijkheden tot het in kaart brengen, vergroten, activeren of onderhouden van hun netwerk. Het biedt mogelijkheden om zelf ervaringen te delen en zo betekenisvolle ervaringen opdoen. In dit online verkeer is een gewaarborgde privacy een belangrijke randvoorwaarde.

4.3 De professional in de klantreis

De klantreizen die hierboven worden gebruikt zijn ontworpen, ze zijn hypothetisch. Desondanks geven ze inzicht in behoeften van de toekomstige klant van de e-community beschreven in paragraaf 3.3. Zo zijn ze ondersteunend aan het vormen van een beeld van de rol van de toekomstige professional tijdens deze reis. Welke bijdrage levert de professional in de hierboven gebruikte klantreizen door een e-community in de GGZ, wanneer deze professional zich horizontaal, gelijkwaardig positioneert ten opzichte van de cliënt?

Behoefte/klantwaarde	Werkzaamheden professional in een GGZ e-community
Ervaringsinformatie	Stimuleren tot delen ervaringen Moderatie van informatie (is het deelbare informatie?). Leren uit ervaringskennis
Toegankelijk, laagdrempelig	Korte termijn: vindbaar, benaderbaar Lange termijn: betaalbaar
Beschikbaar op eigen tijd	Flexibel (werktijden) In stand houden 24 hrs informatievoorziening
Informatie/kennis van een professional	Up-to-date houden kennis, kennis over eHealth en mHealth producten zoals apps, VR, eHealth programma's. Verbinden van lokale en internationale kennis. Delen van informatie van en met cliënt en andere professionals.
Maatwerk	Generieke informatie toepasbaar maken in persoonlijke omgeving. Persoonlijk en personalised.
Zelfhulp	Wegwijzer, vergaren kennis over modules die cliënt zelf kan doorlopen.
Zelf regie voeren	Coachen
Opbouwen sociaal netwerk	Kennis van netwerken, zelf in staat zijn netwerk te vormen, benaderbaar zijn door netwerk (familie, vrienden, buurt, wijk), eigen professionele netwerk onderhouden.
Eigen ervaring delen	In staat zijn eigen ervaringen in te zetten op wijze die toevoegt in klantreis.
Privacy	Bijdragen aan omgeving waarin privacy gewaarborgd kan worden.
Aandeel GGZ professional in route	In staat zijn korte delen op een route in te vullen, verder kunnen werken op informatie van anderen, inclusief de cliënt en zijn netwerk.

Tabel 4.2: De werkzaamheden van de professional in de klantreis van de GGZ client in een e-community; gebaseerd op klantverhalen kernteam e-community en M.Milo, 2017, tabel xx.

Wanneer we naast de klantreis de werkzaamheden van de professional neerzetten vormen we ons een beeld van de rol van de professional in deze reis (tabel 4.2). In de klantroute door de e-community heeft de GGZ professional een faciliterende en coachende rol. De professional staat niet aan de poort van de route. De route begint bij de vraag van de cliënt. Ergens onderweg op deze reis wordt de professional geraadpleegd. Soms met een korte vraag, soms voor een uitgebreider consult, soms voor een therapie van een aantal sessies.

De professional helpt de cliënt zelf zijn informatie, oplossingen, antwoorden te vinden en doet dit op een persoonlijke, op de unieke cliënt toegesneden wijze. Dit wordt ondersteund met een open houding, waarin eigen ervaringskennis een rol van betekenis mag hebben, net als het ruimte maken voor de ervaringskennis van de cliënt. In dit proces is de professional toegankelijk, goed te vinden en laagdrempelig te raadplegen. De professional heeft een wegwijzerfunctie met betrekking tot ontwikkelingen in eHealth en mHealth en weet kennis over de ontwikkelingen up-to-date te houden. De professional wordt gekozen door de cliënt en zijn werk wordt achteraf beoordeeld. De professional ontvangt een rating op basis waarvan andere cliënten hun keuzes maken.

Door de mate waarin informatie gedeeld kan worden, kan de professional gemakkelijk geraadpleegd worden door andere zorgverleners. Dit vereist een hoge mate van samenwerken met soms onbekende andere professionals en het onderhouden van een professioneel netwerk. Daarnaast heeft de professional een rol in het beoordelen, verstrekken en modereren van informatie. Of het vertrekken van informatie op basis van moderatie van anderen. Dit kan zelfs op internationale schaal plaatsvinden als het gaat over het beoordelen van apps of advies over sites voor informatie.

Door het koppelen van dossiers wordt van de professional tevens verwacht verder te kunnen werken met informatie die verzameld is door anderen (zie inzet figuur 4.1). Belangrijke randvoorwaarde voor zowel professional, cliënt als netwerk in deze werkwijze is het bestaan van veilige, privacy borgende verbindingen.

Vanaf volgend jaar al 'persoonlijke gezondheidsomgeving'

Burger krijgt regie over eigen medische gegevens

Gijs Herderscheë
Den Haag

Iedereen kan volgend jaar zijn medische gegevens in eigen beheer krijgen op de computer, tablet, geheugenkaart of mobiele telefoon. Degenen die dat willen kunnen die informatie delen met zorgverleners.

Dit kondigt minister Bruno Bruins (VVD) voor Medische Zorg en Sport aan in een interview met de Volkskrant. Met 3 miljoen euro subsidieert hij de ontwikkeling van deze zogenaamde persoonlijke gezondheidsomgeving (pgo) door een samenwerkingsverband van patiënten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en het Nationaal ict-instituut voor de zorg.

De opslag van patiëntgegevens is een politiek gevoelig dossier. Begin deze eeuw trokken opeenvolgende kabinetten in totaal 300 miljoen euro uit voor de ontwikkeling van een elektronisch patiëntendossier, EPD. In 2011 verwierp de Eerste Kamer echter de wet die landelijke invoering van het EPD mogelijk moest maken. Senatoren vonden dat de privacy van patiënten onvoldoende gewaarborgd was.

De nieuwe persoonlijke gezondheidsomgeving verschilt in twee opzichten wezenlijk van het EPD. Er komt niet één systeem voor alle Nederlanders: burgers bepalen individueel welke gegevens in de pgo komen. Dat doen zij in overleg met hun zorgverle-

ners die de gegevens beschikbaar stellen zoals huisarts, ziekenhuis, fysiotherapeut, apotheken en ggz-hulpverlener. Burgers bepalen zelf welke informatie zij met welke zorgverleners willen delen.

Er worden in de zorg overal patiëntgegevens verzameld, zegt Bruins. 'Er zijn al apps op de markt waar je die gegevens kunt bundelen. Nu worden de spelregels vastgelegd. Er wordt nu een praktijkproef gedaan, die in de zomer afgerond moet zijn.'

Het wordt veiliger dan DigiD, maar toch te hanteren door laaggeletterden

Het is de bedoeling dat het systeem volgend jaar beschikbaar komt voor iedereen. De beveiliging zal aan de hoogste eisen voldoen, zegt Bruins. Die wordt beter dan DigiD, het beveiligde digitale communicatiesysteem van de overheid, belooft de Patiëntenfederatie. 'Maar', zegt Bruins, 'wel zo dat de goede gegevens paraat zijn als ze nodig zijn. Ook moet het wel zo worden geregeld dat iedereen ermee overweg kan, ook laaggeletterden.' De Autoriteit Persoonsgegevens, die waakt over de privacy, kent het initiatief en laat weten

het met belangstelling te volgen.

Een betere gegevensuitwisseling moet misverstanden tussen zorgverleners over bijvoorbeeld medicijngebruik voorkomen. De Patiëntenfederatie voorziet ook nieuwe impulsen voor de digitale zorg, die snel opkomt. 'Vroeger moest een patiënt met hartritmestoornissen voor contact met de specialist naar het ziekenhuis. Nu kun je, als je zelf je hartritme thuis afleest, die doorgeven aan een controlepost die 24 uur per dag, zeven dagen per week open is. Als daar afwijkingen worden geconstateerd, kunnen ze meteen ingrijpen. Desnoods een ambulance sturen. Dat geeft een enorme rust.' Dit soort vormen van e-health kunnen op termijn via de pgo worden uitgebreid, denkt de Federatie.

De afgelopen jaren stelde Bruins' voorganger Edith Schippers al 125 miljoen subsidie voor ziekenhuizen, de geestelijke gezondheidszorg en andere zorgverleners om hun gegevens toegankelijk te maken voor patiënten. Via het 'landelijk schakelpunt' wisselen ziekenhuizen, apotheken en huisartsen nu al op regionaal niveau informatie uit, mits patiënten daar zelf toestemming voor geven. Vrijwel alle apotheken en ziekenhuizen en 80 procent van de vijfduizend huisartsenpraktijken zijn inmiddels aangesloten.

PAGINA 12-13

'De burger mag niets merken van het systeem achter de schermen'

Figuur 4.1: artikel Volkskrant 19 maart 2018, burger beschikt over eigen medische gegevens en koppelt professional.

De zorgprofessional van de toekomst.

In het boek met de pakkende titel *The patient will see you now* (Topol, 2015) beschrijft de auteur de democratisering van de geneeskunde ten gevolge van digitalisering. De paternalistische arts uit het verleden wordt geconfronteerd met een 'hyperconnected' burger. Deze burger kan over zoveel informatie beschikken, wereldwijd, zelf gemeten en digitaal beoordeeld, dat de paternalistische arts de gelijke wordt van die burger. De arts is niet meer de eigenaar van de informatie, dat is de patiënt zelf. Topol voorspelt dat de toekomstige arts zijn toegevoegde waarde heeft door informatie te combineren met empathie en het bieden van inspiratie en steun, in het proces van gezond worden of gezond blijven (2015).

De Federatie Medisch Specialisten schreef in 2017 een visiedocument Medisch Specialist 2025. Hierin wordt geanticipeerd op de verschuiving, die in hoofdstuk 2 beschreven werd, van gerichtheid op het zorgsysteem naar de behoefte van de patiënt als uitgangspunt. De moderne medisch specialist in 2025 hanteert positieve gezondheid als uitgangspunt, aldus deze Federatie (2017). De vaardigheid echt samen te beslissen wordt hierin sterk benadrukt. Hierbij heeft de patiënt toegang heeft tot betrouwbare en objectieve informatie en eigen gezondheidsdata en is de specialist in staat wensen, ervaringen en belevingen van de patiënt te volgen en er op te anticiperen. De medisch specialist wordt adviseur, innovator, klinisch leider en bevlogen professional (Federatie Medisch Specialisten, 2017).

De Federatie Medisch Specialisten (2017) voorziet vier ontwikkelingen naar 2025. De eerste ontwikkeling is naar een relatie van samenwerken en stimuleren van zelfregie tussen de unieke patiënt en diens omgeving en de specialist vanuit een holistische benadering. Bij deze ontwikkeling benadrukt de Federatie het belang van de eigen professionele 'performance'. Hierbij wordt de nadruk op de persoonlijke ontwikkeling van de specialist, inclusief zelfkennis, zelfzorg en persoonlijke fitheid, inbegrepen. De tweede ontwikkeling is richting netwerkgeneeskunde, met zorgnetwerken van verschillende professionals waarin de behoefte van de patiënt het uitgangspunt vormt. De derde ontwikkeling is naar betrokkenheid bij het stimuleren van gezondheid en gedrag. Hier is een belangrijke rol voor preventie, gezonde leefstijl en de relatie tussen leefstijl, gezondheid, ziekte en functioneren. De laatste ontwikkeling die de Federatie voorziet is de rol in het bedenken, ontwikkelen en beoordelen van innovaties in de zorg (Federatie Medisch Specialisten, 2017).

De hier beschreven ontwikkelingen worden eveneens beschreven door de Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen (van Vliet *et al.*, 2016). In het toekomstadvies van deze commissie staat functioneren, veerkracht en eigen regie van de burger centraal. Er wordt gekoerst op een zorg geleverd in arrangementen, ruimte biedend aan pluriformiteit, uitgevoerd door intersectorale, multidisciplinaire teams met een mix van bekwaamheden (van Vliet *et al.*, 2016).

De GGZ professional in een e-community

- **Vergaart, modereert, stimuleert tot verzamelen en delen van (ervarings-) informatie.**
- **Is empathisch, biedt inspiratie en steun en kent zichzelf in dit proces.**
- **Stimuleert gezond worden en gezond blijven, stimuleert gezondheid en gedrag.**
- **Werkt samen, stimuleert zelfregie, is een wegwijzer in de community, coacht.**
- **Werkt in pluriforme netwerken (zowel van de cliënt als professioneel).**
- **Is toegankelijk, laagdrempelig en blijft betaalbaar.**
- **Waarborgt eigen persoonlijke ontwikkeling.**
- **Is innovatief.**
- **Waarborgt privacy.**

4.4 Wederkerige waardecreatie in een GGZ e-community in de Wij-maatschappij.

In het vorige hoofdstuk is een beschrijving van de ontwikkeling van de e-community richting het ecosysteem van de digitale gezondheidsomgeving uiteengezet. Dit hoofdstuk start met een analyse van klantreizen in paragraaf 4.2. In paragraaf 4.3 is de rol van de professional tijdens de reis door dit toekomstige ecosysteem beschreven. Deze paragraaf beschrijft de wederkerige waardecreatie die plaatsvindt tussen de cliënt en de professional in een GGZ e-community. Vervolgens wordt gekeken welke aspecten van belang zijn om deze wederkerige waardecreatie tot stand te brengen. Deze aspecten vormen het conceptueel model dat bijdraagt aan het inzicht in het organiseren van het werk van de professional in de e-community.

Wederkerige waardecreatie

Jonker (2014) betoogt dat in de Wij-maatschappij een nieuw model van waardecreatie ontstaat. Hij wijst erop dat transacties de basis van waardecreatie vormen. In de verticaal georganiseerde samenleving is waardecreatie vrijwel exclusief gebaseerd op geld als transactiemiddel en vrijwel exclusief belegd in organisaties. In de ontwikkeling naar de Wij-maatschappij verschuift deze naar een pallet van transactievormen en -middelen, waarin ook niet zichtbare kosten worden meegenomen. Zo ontstaan "organiseermodellen" waarin de oude verticaliteit wordt aangevuld met horizontaal organiseren in netwerken. Deze horizontale verhouding introduceert dat er samen wordt vormgegeven aan waardecreatie, samen met elkaar en met andere partijen, in netwerken. Zo ontstaat een generatie transactiemodellen waarin het gaat om wederkerige waardecreatie (Jonker, 2014).

In paragraaf 3.2 werd gedefinieerd dat in een e-community sprake is van een gedeeld belang of een gedeelde behoefte tot interactie in een digitale omgeving. Door dit gedeelde belang en de gedeelde behoefte ontstaat samen organiseren op basis van gedeelde principes en het gezamenlijk inbrengen van middelen, de wederkerige waardecreatie (Jonker, 2014). De

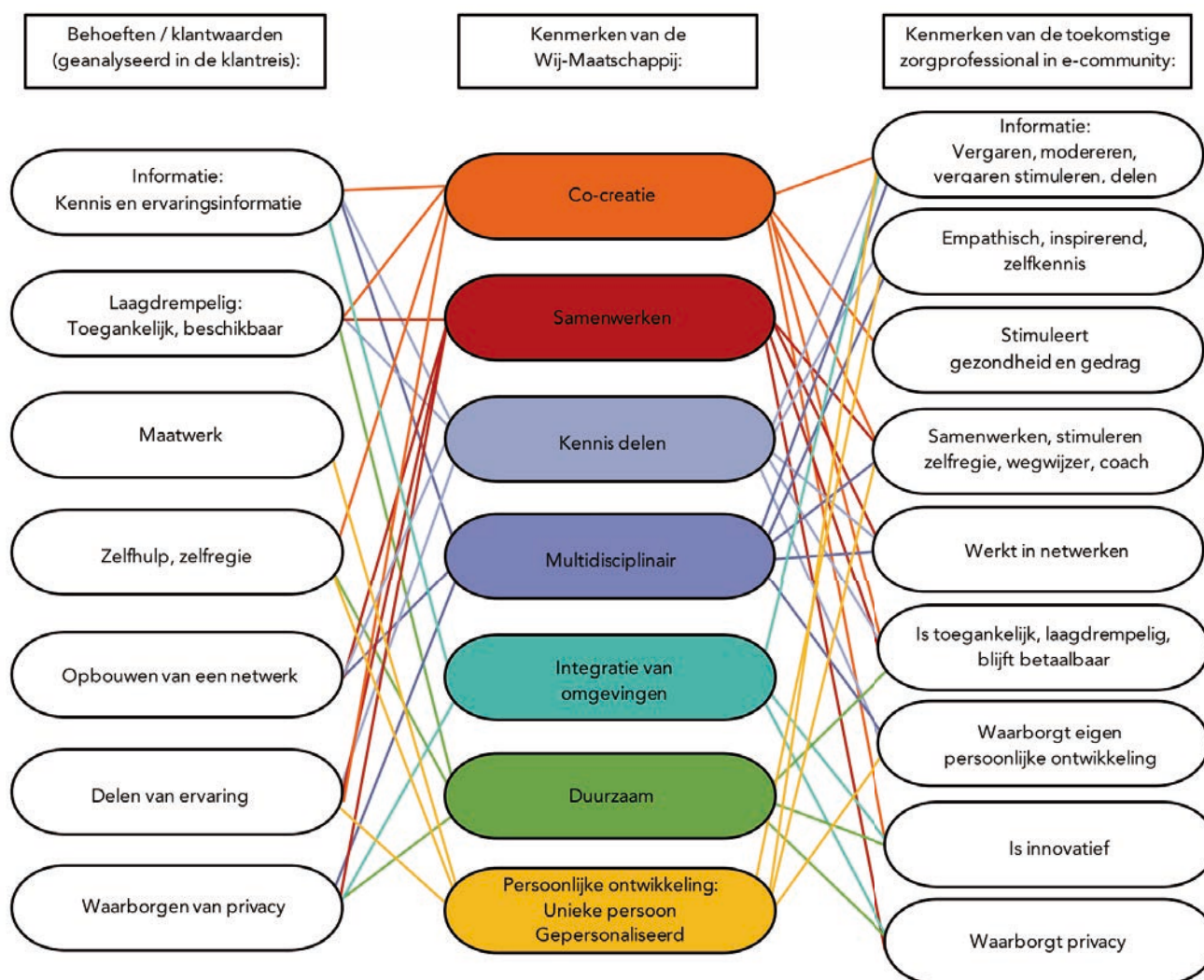
waardecreatie is niet alleen wederkerig, maar door de horizontale samenwerking ook meervoudig, het creëert waarde voor alle betrokken partijen (Jonker, 2014). Dit proces is niet lineair, zoals we zien bij traditionele beschrijvingen van waardecreatie in een waardeketen. Het proces is cyclisch, waar in plaats van de keten het netwerk centraal komt te staan. Zo verschuift waardecreatie van een proces in organisaties naar samen organiseren. Waarbij het netwerk belang en waarde krijgt (Jonker, 2014).

Wederkerige waardecreatie in een GGZ e-community

Van welke wederkerige waardecreatie is sprake in een GGZ e-community? In hoofdstuk 2 werd beschreven hoe de GGZ zich ontwikkelt naar zorg waarin de cliënt als burger, benaderd van uit herstel denken, centraal wordt gezet. De zorg is gericht op samenwerken in het brede netwerk van de cliënt, en vereist multi-deskundigheid. In deze beschrijving zitten alle kenmerken van het door Huber et al. (2011) beschreven concept van gezondheid. Waarin gezondheidszorg zich richt op het vermogen tot aanpassen en het voeren van (zelf)regie in de fysieke, mentale en sociale domeinen van gezondheid (Huber et al., 2011), waarvoor netwerk en multi-deskundigheid nodig zijn. Dit concept werd door Huber et al. geherformuleerd als positieve gezondheid, het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren (www.iph.nl, geraadpleegd 2018). In een GGZ e-community draait het om het creëren van GGZ zorg, gecreëerd door cliënten, hun netwerk en zorgprofessionals in een netwerk. De wederkerige waardecreatie in een GGZ e-community kan worden samengevat als het creëren van positieve gezondheid.

De klantreizen die zijn geanalyseerd in paragraaf 4.2 en 4.3 zijn ontworpen met deze horizontale relatie en het creëren van positieve gezondheid als uitgangspunten (kernteam e-community, 2017). Uit deze klantreizen komen behoeften, klantwaarden van de cliënten naar boven (tabel 4.1): de behoefte aan informatie in de vormen van kennis en ervaringsinformatie, laagdrempeligheid (toegankelijk en beschikbaar), maatwerk, zelfhulp en zelfregie, het opbouwen van een netwerk, het delen van ervaringen en waarborging van de privacy. Deze klantreisbehoeften zijn te zien als behoeften van burgers in een Wij-maatschappij. Ze zijn immers voortgekomen uit een klantreis met uitgangspunten van de Wij-maatschappij.

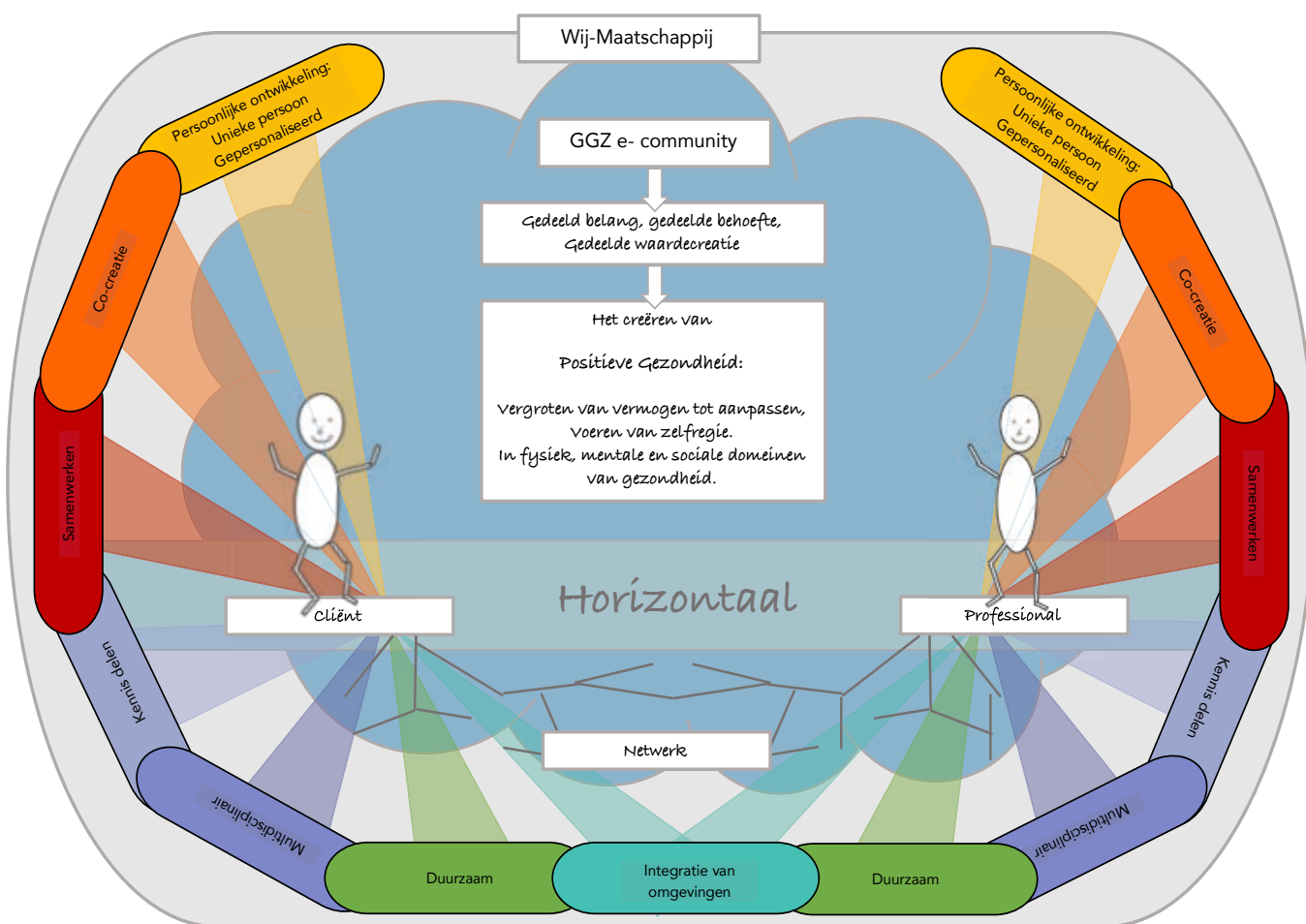
Figuur 4.2 verbindt de klantwaarden (links) met de in hoofdstuk 2 beschreven kenmerken van de Wij-maatschappij (midden). In de figuur zijn ook de kenmerken van de toekomstige zorgprofessional (rechts) in een e-community verbonden met de kenmerken van de Wij-maatschappij uit hoofdstuk 2. Figuur 4.2 maakt inzichtelijk hoe klantwaarden en kenmerken van professionals zijn te bundelen tot kenmerken uit de Wij-maatschappij. Er zijn vanuit de waarden aan de linker en rechter zijde verbindingen gemaakt met diverse verschillende kenmerken in het midden van de figuur. Dit illustreert dat de beschreven kenmerken met elkaar overlappen. Zo wordt in co-creatie zelfhulp gestimuleerd. Zelfhulp stimuleren is vooral effectief als de professional in staat is de cliënt te benaderen als unieke persoon. Door in deze kenmerken te bundelen maar ook te onderscheiden, worden op een modelmatige manier de diverse aspecten van de wederkerige waardecreatie belicht.



Figuur 4.2 : de kenmerken van de Wij-maatschappij verbonden met behoeften / klantwaarden (links) en kenmerken van de toekomstige zorgprofessional in een e-community (rechts).

Aspecten van wederkerige waardecreatie in een GGZ e-community in de Wij-maatschappij.

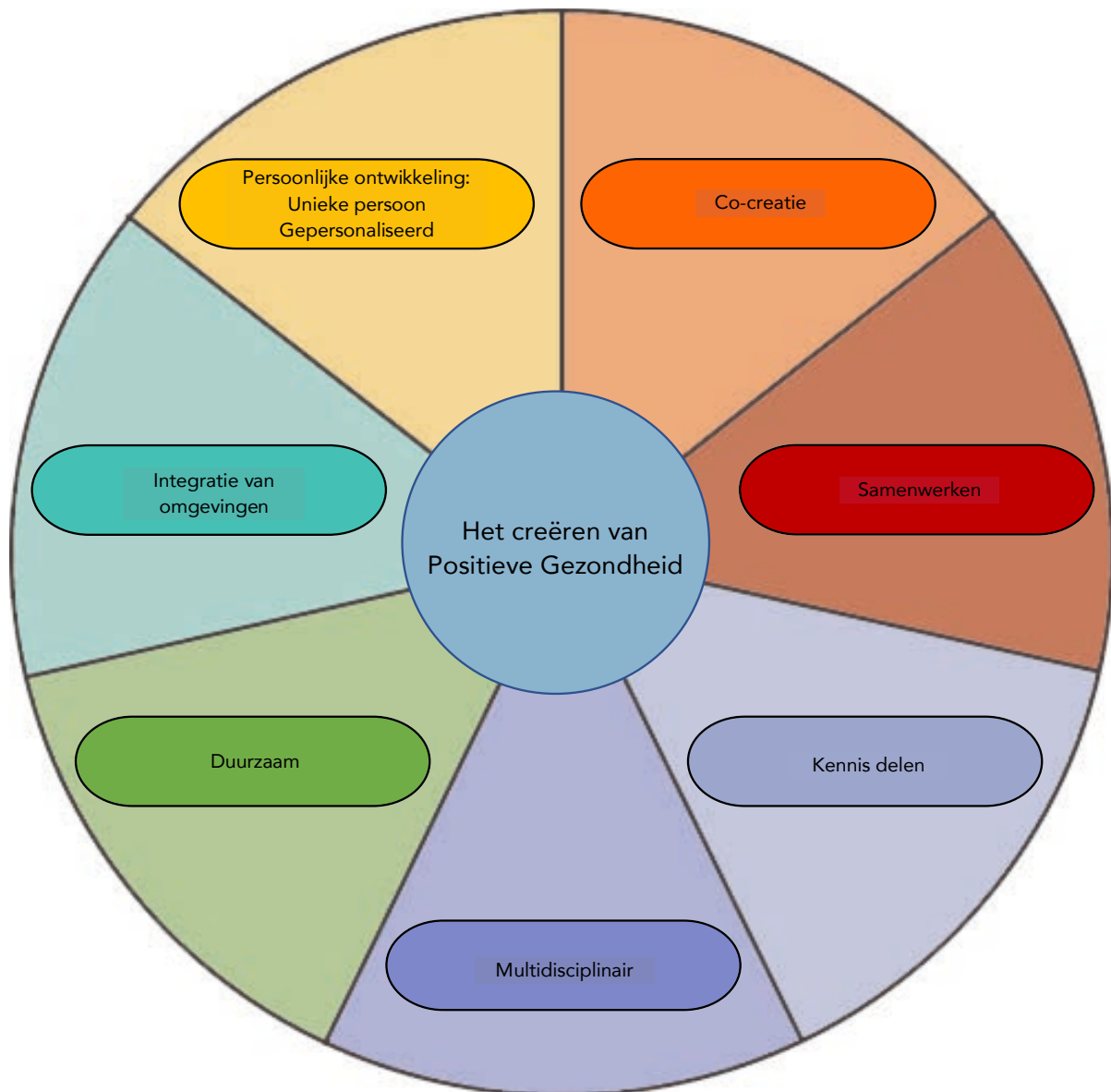
In een Wij-maatschappij vormt een GGZ e-community een digitale gezondheidsomgeving waarin cliënt en zorgprofessionals met hun beider netwerken werken aan positieve gezondheid. De wederkerige waardecreatie in de GGZ e-community bestaat uit dit creëren van positieve gezondheid. Dit doen zij in een horizontale relatie met elkaar. In figuur 4.3 is dit schematisch weergegeven. De hele omtrek van de figuur behelst de Wij-maatschappij. Daarin bevindt zich een GGZ e-community, weergegeven als een wolk. In deze wordt horizontaal samengewerkt tussen cliënt en professional, met inbegrip van beider netwerken. Zij werken aan het creëren van positieve gezondheid. Daarvoor zijn de kenmerken nodig die we herkennen uit de Wij-maatschappij in figuur 4.2 en 4.3: persoonlijke ontwikkeling, co-creatie, samenwerken, kennis delen, multidisciplinair, duurzaam en integratie van omgevingen met behulp van innovatie.



Figuur 4.3 : De GGZ e-community in een Wij-maatschappij. In deze e-community bestaat de wederkerige waardecreatie tussen cliënt en professional uit het creëren van positieve gezondheid. Voor cliënt en voor professional voldoet deze wederkerige waardecreatie aan kenmerken van de Wij-maatschappij.

4.5 Conceptueel model: Aspecten in het organiseren van de werkzaamheden van professionals in een GGZ e-community

Door hun aandeel in de wederkerige waardecreatie geven de Wij-maatschappij kenmerken uit figuur 4.3 richting aan het organiseren van de werkzaamheden van de professional in een GGZ e-community. Vanuit het gezichtspunt van de professional zijn het aspecten die het werk in de GGZ e-community richten. Dit is weergegeven in figuur 4.4. Co-creatie, samenwerken, kennis delen, multidisciplinair, duurzaam, integratie van omgevingen met behulp van innovatie en persoonlijke ontwikkeling vormen de aspecten van het organiseren van het werk van de professional in een GGZ e-community. Zo ontstaat een conceptueel model welke de basis vormt voor het kwalitatieve onderzoek, de exploratie van de rol van de GGZ-professional in de reis van de klant in een (toekomstige) e-community. In deze paragraaf worden deze aspecten ieder afzonderlijk naar werkdefinities uitgewerkt. Hierbij wordt gestart van uit de kern van het model: het creëren van positieve gezondheid.



Figuur 4.4: Conceptueel model: aspecten van het organiseren van werk van de professional in een GGZ e-community.

De kern van het model: werken vanuit de bedoeling, het creëren van positieve gezondheid.

In hoofdstuk 2 werden kenmerken van de Wij-maatschappij beschreven. Hierin wordt decentraal, van onderop georganiseerd. Door vertrouwen (Rotmans, 2017), samenwerken en zelforganisatie (Volberda, 2017) is de Wij-maatschappij in staat decentraal, van onderop te organiseren.



Figuur 4.5: Door de denkrichting vanuit de bedoeling naar de systeemwereld te laten lopen wordt handelen ingericht vanuit verantwoordelijkheidsgevoel. Bron: Hart, 2014.

Hart et al. (2013) beschrijven in het boek 'Verdraaide Organisaties' hoe eigenaarschap en verantwoordelijkheidsgevoel vergroot worden door werk te organiseren vanuit betekenisgeving. In dit werk onderscheiden zij de bedoeling, de leefwereld en de systeemwereld. De bedoeling beschrijven ze als dat waar het in het werk om te doen is. De leefwereld beschrijven ze als de wereld waarin de waardecreatie tussen professional en klant in het hier en nu plaatsvindt. De systeemwereld beschrijven ze hij als de wereld van de protocollen, regels en prestatie-indicatoren. Deze systeemwereld wordt ontworpen om bedoeling en leefwereld te ondersteunen. Echter, in een controle gedreven omgeving, zal de focus verplaatsen van de bedoeling naar de systemen, die het handelen gaan dicteren (Hart

et al., 2013). Door handelen te laten voortkomen uit visie en betekenisgeving, de bedoeling, wordt dit handelen in de leefwereld juist ingericht vanuit verantwoordelijkheidsgevoel (Hart et al., 2013). Hart et al. (2013) illustreren dit met een model (figuur 4.5) waarin de richting van het handelen, de pijl, vanuit de bedoeling geladen wordt. Werken vanuit de bedoeling stimuleert op deze wijze werken dat kenmerkend is voor de organisatie van de Wijmaatschappij. Het verhoogt zelfregie en vertrouwen.

In het conceptuele model in figuur 4.4 is deze redeneer trend voortgezet door in het hart van het model het gedeelde belang van wederkerige waardecreatie te plaatsen. De bedoeling van de uitwisseling tussen cliënt en professional in een e-community is het creëren van positieve gezondheid. De factoren die het organiseren van de werkzaamheden van de professional beschrijven moeten dus steeds beschreven worden vanuit deze bedoeling, het creëren van positieve gezondheid.

Co-creatie

Hart et al. (2017, Anders Vasthouden, blz. 96) definiëren co-creatie als het samen creëren van waarde dwars door organisatiegrenzen heen. Om dat te realiseren beschrijven Hart et al. (2017) het proces van co-creatie als volgt. De professional ziet het vraagstuk eerst helemaal als het vraagstuk van de ander. Zo gunt de professional de ander zijn probleem en het vinden van zijn eigen oplossing. Niet om de ander te verwaarlozen of aan zijn lot over te laten, maar vanuit de gedachte dat de oplossing kwalitatief beter wordt als deze ook echt van de ander is. Door wel naast de ander te gaan staan, in co-creatie, wordt betekenisvol onderzocht welke mogelijke oplossingen voor handen zijn. Vervolgens wordt met de ander gezamenlijk gewerkt naar de oplossing. Zo wordt een proces doorlopen waarin de eindresultaten dicht bij de wensen van de vrager liggen (Hart et al., 2017). Het proces

wordt door Hart *et al.* (2017) samengevat als het verschuiven van het aanreiken van de oplossing naar het vergroten van oplossend vermogen.

Op welke wijze kan co-creatie worden ingezet door de professional voor het creëren van positieve gezondheid? In de klantreizen van Bram en Floris (tabel 4.1), zijn momenten van co-creatie tussen cliënt en ggz-professional te identificeren. De chats waarin de vraag van de cliënt uitgebreid wordt geëxploreerd, om te komen tot keuzes in de te volgen route zijn een voorbeeld. Het medicatie-consult, het volgen van eHealth modules, het proces dat zich afspeelt tijdens een videoconsult zijn voorbeelden waarin met een professional in co-creatie een herstelproces van een cliënt kan versterken. De cliënten krijgen advies waar ze informatie kunnen vinden. Informatie waarmee ze zelf hun oplossend vermogen kunnen vergroten. De ontwikkeling die ze in dat proces doorlopen, kan tot uiting komen in een nieuwe rol in een netwerk, forum of review. Daar kunnen cliënten met nieuwe inzichten andere cliënten op weg helpen. In de kern wordt steeds een proces doorlopen waarin het oplossend vermogen, het vermogen tot het voeren van zelfregie wordt vergroot.

In hoofdstuk 2 van het boek "Ruimte voor regie" (red. van den Brink *et al.*, 2013) bespreken Timmermans en Havers het generiek model Zelfmanagement. Hierin worden competenties voor zorgverleners besproken die nodig zijn om zelfmanagement bij mensen met een chronische aandoening te stimuleren. De competenties die in het model genoemd worden zijn het vermogen tot kennisoverdracht, coachvaardigheden en het wegwijzen naar voorzieningen (Timmermans en Havers, red. van den Brink *et al.*, 2013). De overgedragen kennis is afhankelijk van een combinatie van vakbekwaamheid en coachingsvaardigheden. Bij de rol in het wegwijzen naar voorzieningen, wijzen de auteurs op het belang van de verbinding met het professionele netwerk om zo goed mogelijk geïnformeerd te zijn (Timmermans en Havers, red. van den Brink *et al.*, 2013). Een belang dat besproken wordt onder het aspect multidisciplinair. In hoofdstuk 23 van hetzelfde boek gaan Buiting en van Veenendaal (red. van den Brink *et al.*, 2013) dieper in op de persoonlijke kenmerken van de professional welke nodig zijn voor het stimuleren van zelfregie. Deze worden besproken onder het aspect persoonlijke ontwikkeling.

Het proces van co-creatie, waarin de professional echt aansluit bij het verhaal van de unieke cliënt, vraagt van de professional te kunnen variëren, passend bij de variatie onder cliënten. Het vereist dat de professional de eigen beweegruimte vorm kan geven. De professional moet niet zelf vastzitten in een strak korset van regels en richtlijnen. De invulling van de werkzaamheden van de professional moet vorm krijgen vanuit een richtinggevend kader. Dit kader van de werkzaamheden, het creëren van positieve gezondheid, de bedoeling, geeft richting. En manier van richting geven die het handelen niet naar de letter inricht, maar naar geest van het kader (Hart *et al.*, 2017). Zo houdt de professional voldoende ruimte om te manoeuvreren in het proces van de unieke cliënt, vertrekkend vanuit de eigen vakbekwaamheid.

Zo wordt, vanuit het belang van het vergroten van oplossend vermogen in co-creatie, door de auteurs de parallel getrokken naar het organiseren van werkzaamheden van een professional. Door *organiseer*denken in de plaats te zetten van *organisatie*denken wordt gestart bij de waardecreatie tussen cliënt en professional, en niet bij de abstracte organisatie

(Hart et al., 2017). Ook de professional zelf wordt uitgedaagd tot het aangaan van een passende uitdaging, gelijk het proces tussen cliënt en professional (Hart et al., 2017).

Positieve gezondheid werd in hoofdstuk 2 beschreven als het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren. Door het proces van co-creatie te zien als het proces waarin het oplossend vermogen van de cliënt wordt vergroot, past deze bij de essentie van positieve gezondheid. In dit proces wordt gezondheid en gedrag gestimuleerd. Hiervoor is werken van uit de geest van de gewenste waardecreatie als richtinggevend kader noodzakelijk om voldoende manoeuvreerruimte te behouden. Het vereist coaching vaardigheden, het fungeren als wegwijzer, vaardigheden in het vergaren en delen van kennis (besproken onder het aspect kennis delen). De professional richt het werk in door steeds op zoek te zijn naar een passende uitdaging. Een proces waarin een professional zelf de regie over zijn/haar eigen werkplezier ter hand neemt. Dit laatste stelt eisen aan de persoonlijke ontwikkeling van de professional, welke besproken worden onder het aspect persoonlijke ontwikkeling.

*Werkdefinitie van het aspect **co-creatie** in het organiseren van het werk van de professional in een GGZ e-community:*

Co-creatie is het gezamenlijk creëren van waarde, door organisatiegrenzen heen, waarin het oplossend vermogen van de cliënt wordt vergroot. Een proces dat er op gericht is het vermogen tot zelfregie te vergroten.

Dit vereist van de professional vakbekwaamheid, coachvaardigheden, het vergroten van oplossend vermogen, het stimuleren van gezondheid en gedrag, stimuleren van zelfregie en het fungeren als wegwijzer.

De professional richt het eigen werk en het creëren van werkplezier in vanuit een vergelijkbaar proces van zelfregie. Dit betekent werken vanuit de geest van gewenste waardecreatie als richtinggevend kader. Hiermee zorgt de professional voor voldoende beweegruimte om flexibel te kunnen opereren in de co-creatie met de cliënt.

Samenwerken

In het boek 'Leren samenwerken tussen organisaties' geven Kaats en Opheij (2014) handvatten en inzichten om samenwerking gestalte te geven. Hoewel het boek is gericht op samenwerken tussen *organisaties*, geeft het inzicht in hoe samenwerking te *organiseren* in een horizontale, gelijkwaardige verbinding tussen organisaties. Het boek is opgebouwd rond een visie op samenwerken. Deze visie wordt door Kaats en Opheij als volgt geformuleerd (2014, blz. 17): "Een samenwerking is kansrijk als mensen en organisaties zich met elkaar weten te verbinden in een betekenisgevend proces dat recht doet aan de belangen en gericht is op een betekenisvolle ambitie."

Het proces van samenwerken tussen organisaties is een proces waarin de horizontale, op gelijkwaardigheid gebaseerde component van de relatie, net als bij e-community 's, een

belangrijke rol speelt. Kaats en Opheij (2014) zetten de kenmerken van deze horizontale samenwerking uiteen. Hierin hebben meerdere partijen een deel van de oplossing in handen, waardoor er sprake is van gedeelde macht, met een onduidelijk machtscentrum en wisselende verantwoordelijkheid. Beide partijen in de samenwerking geven een deel van hun autonomie op, vanuit de veronderstelling daar meer voor terug te krijgen. De partijen creëren met elkaar een nieuwe werkelijkheid, waarin het creëren van waarde vanuit heterogeniteit de meeste toegevoegde waarde geeft. Vanwege deze horizontale ordening van de samenwerking is het van belang goed te formuleren wat de gedeelde ambitie van de samenwerking is (Kaats & Opheij, 2014). Deze staat immers centraal in de samenwerking.

De auteurs wijzen daarnaast op het belang van de relatie tussen mensen in samenwerken, balanceren tussen vertrouwen en waakzaamheid (Kaats & Opheij, 2014). Vertrouwen wordt door de auteurs uitgesplitst in vertrouwen als dispositie, institutioneel vertrouwen en interpersoonlijk vertrouwen. Bij vertrouwen als dispositie is hun startpunt dat de mens in wezen goed, tot het goede geneigd is. De auteurs geven aan dat bij institutioneel vertrouwen zeggenschap wordt belegd bij een daartoe in het leven geroepen institutie. Ze beschrijven interpersoonlijk vertrouwen als het vertrouwen dat betrekking heeft op de relatie tussen mensen, die gevormd wordt door cognitieve verwachtingen, bereidheid je afhankelijk te maken van de ander op basis van bijvoorbeeld eerdere ervaringen of vertrouwenwekkend gedrag. Bij het reguleren van waakzaamheid speelt de inschatting in hoeverre er misbruik gemaakt kan worden van het geboden vertrouwen (Kaats & Opheij, 2014). Om een samenwerking in stand te houden wijzen Kaats en Opheij (2014) op het belang van waardecreatie voor alle partijen, gelijk de wederkerige waardecreatie van Jonker (2014).

Wat betreft samenwerken in netwerken, zoals in het beschreven ecosysteem van de digitale gezondheidsomgeving, wijzen Kaats en Opheij (2014) op enkele specifieke voorwaarden aan organiseren. Samenwerken in netwerken wordt volgens de auteurs verbeterd wanneer er sterkere verbindingen tussen netwerken bestaan en er efficiëntie bestaat in de mate waarin bronnen, vaardigheden en informatie tussen en in netwerken elkaar versterken (Kaats & Opheij, 2014). Deze verbindingen en efficiëntie worden gefaciliteerd door technologie.

Op welke wijze kan samenwerken worden ingezet door de professional voor het creëren van positieve gezondheid? In figuur 4.2 is samenwerken zowel aan klanzijde als aan de zijde van de professional verbonden met laagdrempeligheid, toegankelijkheid en beschikbaarheid. In termen van Kaats en Opheij (2014) vergroten deze vertrouwenwekkend gedrag dat past bij interpersoonlijk vertrouwen. Het opbouwen van een netwerk vergroot zowel aan klanzijde als aan de zijde van de professional de kwaliteit van verbindingen in het samenwerkingsnetwerk. Delen van ervaringen zal aan beider zijde van de samenwerking bijdragen aan interpersoonlijk vertrouwen. Het waarborgen van privacy dat aan de beide zijden in figuur xx-1 is verbonden aan samenwerken, wijst op het belang dat privacy speelt in zowel het opbouwen van institutioneel vertrouwen als in het reguleren van waakzaamheid.

*Werkdefinitie van het aspect **samenwerken** in het organiseren van het werk van de professional in een GGZ e-community:*

Samenwerken weet cliënt en professional te verbinden in een betekenisgevend proces dat recht doet aan de wederzijdse belangen en gericht op een betekenisvolle ambitie.

Hiertoe is het in de **horizontale samenwerking** binnen een e-community van belang:
dat er sprake is van een goede, herkenbare, formulering van de betekenisvolle ambitie,
dat er voldoende ruimte is voor heterogeniteit,
dat sterke netwerkverbindingen kunnen worden gevormd en
dat er oog is voor de vorming van vertrouwen en de invloed van waakzaamheid.

Kennis delen

Op welke wijze kan kennis delen worden ingezet door de professional voor het creëren van positieve gezondheid? Figuur 4.2 laat zien dat voor het delen van kennis zowel voor de cliënt als de professional van belang is dat zij beschikken over toegankelijke up-to-date informatie, ervarings- en zelfkennis. Deze informatie halen zij op en delen ze in een netwerk. Ze ontwikkelen vaardigheden om hun kennis te onderhouden. Wat betreft informatie wijzen Fitzsimmons *et al.* (2014) op de extra dimensie van de rol van informatie in een virtuele waardeketen. Hier zal oog moeten zijn voor de wijze waarop informatie wordt verzameld, georganiseerd, geselecteerd, gesynthetiseerd en gedistribueerd (Fitzsimmons *et al.*, 2014).

Het tempo waarin kennis veroudert neemt toe (van Vliet *et al.*, 2016). Deze toename vereist dat de toekomstige professional tijdens het werkende leven in teams, organisaties en netwerken moet blijven leren om goed aan te sluiten bij veranderende hulp- en zorgvragen (van Vliet *et al.*, 2016). Professionals worden steeds meer 'kenniswerkers', ze doorlopen een continue proces van openstaan voor nieuwe kennis en inzichten op basis waarvan ze eigen handelen bijstellen (van Vliet *et al.*, 2016). Dit gebeurt in een mix van formele en non-formele leervormen en informeel leren op de werkplek met gebruik van technologie en online leren (van Vliet *et al.*, 2016). Deze vormen van leren vereisen dat professionals zelf verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen leren, kennis en ervaringen delen, kennis ontwikkelen op basis van reflectie en uit ervaringskennis van burgers (van Vliet *et al.*, 2016). De lerende vaardigheden

Inzicht hebben in de bruikbaarheid en betrouwbaarheid van informatiebronnen; Gegevens kunnen opslaan en deze eenduidig kunnen vastleggen; Kunnen beoordelen van informatie die burgers zelf toevoegen aan hun gezondheidsdossier en de interpretatie van zelfmetingen; Inzicht hebben in de werking van ICT-systemen zoals EPD's in relatie tot zorg- en organisatieprocessen; Kunnen afwegen of voor behandeling eHealth kan worden ingezet of dat face-to-face-zorg of begeleiding noodzakelijk is; Verantwoordelijk, veilig en nauwkeurig kunnen omgaan met (digitale) gegevens met respect voor privacy; Kennis hebben van de gedragsregels voor het digitaal verwerken van gegevens.
--

Figuur 4.6: Digitale vaardigheden toekomstige zorgprofessionals (van Vliet *et al.*, 2016):

van toekomstige zorgprofessionals bestaan daarnaast uit uitgebreide digitale vaardigheden (van Vliet et al., 2016, figuur 4.6).

De hier geschetste vorm van leren is sterk afhankelijk van de lerende omgeving rond professionals. Het team is een lerend collectief, dat zich kenmerkt door een hoge mate van openheid en onderling vertrouwen (van Vliet et al., 2016). “Men spreekt er op een lerende manier over het werk, overdenkt de manier van werken, is nieuwsgierig naar hoe het anders kan, en leert van fouten en successen” (van Vliet et al., 2016, blz. 41). Dit vindt zowel in teams als in team en organisatie overstijgende netwerken plaats, waardoor online community’s ontstaan (van Vliet et al., 2016).

*Werkdefinitie van het aspect **kennis delen** in het organiseren van het werk van de professional in een GGZ e-community:*

In de digitale omgeving, waarin kennis snel veroudert, is kennis delen afhankelijk van de wijze waarop informatie wordt vergaard, kennis up-to-date wordt gehouden en wordt geïntegreerd met ervaringskennis van burgers en professionals uit het netwerk. Dit vereist een open lerende omgeving gebaseerd op vertrouwen. Professionals nemen in hoge mate zelf verantwoordelijkheid voor leren, kennis vergaren en ervaringen delen.

Om kennis te kunnen delen ontwikkelen professionals **digitale vaardigheden** waaronder het inschatten van bruikbaarheid en betrouwbaarheid van digitale bronnen, het hanteren van gegevens in een digitale omgeving, het beoordelen en interpreteren van informatie die door burgers wordt aangereikt, inzicht in ICT in relatie tot hun werkzaamheden, afwegingen maken rond de inzet van eHealth, verantwoordelijk en veilig kunnen omgaan met gegevens en kennis hebben van gedragsregels voor digitaal werk.

Multidisciplinair

Het toekomstadvies voor leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk (van Vliet et al., 2016) toont samenhang tussen de hier beschreven aspecten co-creatie (waarin vakbekwaamheid tot uiting komt), samenwerken, kennis delen en multidisciplinair werken. De auteurs schrijven: “toerusting van professionals kenmerkt zich steeds meer door samenhang tussen vakbekwaamheid, samenwerkend vermogen en lerend vermogen.” (van Vliet et al., 2016, blz. 10). In de omschrijving van het aspect samenwerken werd kort het belang van werken in en met het netwerk benoemd. Een groot en sterk verbonden pluriform netwerk vergroot de kwaliteit van horizontale samenwerking. In het netwerk wordt gewerkt vanuit verschillende invalshoeken, waardoor multidisciplinair werken van groot belang wordt.

Boenink et al. (2010) wijzen op het voordeel van multidisciplinair werken voor een cliënt door het samenvoegen gecoördineerde inzichten vanuit verschillende disciplines. Dit belang neemt volgens de auteurs toe bij een toename van complexiteit van cliënten gecombineerd met de toename van technologische mogelijkheden en toename van het aantal subspecialismen. De auteurs maken in hun beschrijving van complexiteit onderscheid in complexiteit door het bestaan van problemen in meerdere (medische) domeinen,

complexiteit door onderlinge verwevenheid en beïnvloeding van problemen en complexiteit door ambiguïteit van problemen. Met ambiguïteit bedoelen zijn inconsistente of niet op evidence based informatie gebaseerde oplossingen voor problemen. In dit onderscheid wijzen zij op de verschillende strategieën die nodig zijn om complexiteit te hanteren. Problemen in meerdere (medische) domeinen vereisen kennis vergaren in deze domeinen. Onderling verweven en elkaar beïnvloedende problemen vereisen kennis vergaren, integreren en synthetiseren van deze kennis. Bij ambiguïteit zijn meerdere oplossingen mogelijk en moet consensus door “rijke” communicatie (zoals face-to-face overleg) worden bereikt (Boenink et al., 2010).

Deze variatie in strategieën vereist van de professional een brede variatie aan vaardigheden. Vaardigheden voor het vergaren van informatie, besproken onder het aspect kennis delen. Vergaren van informatie vereist het opbouwen en onderhouden van een netwerk waarin deze informatie wordt opgehaald. Hoe complexer de aard van de problemen hoe meer de professionals moeten gaan integreren en in staat moeten zijn tot verantwoording afleggen in een transparant en helder besluitvormingsproces, conflicthantering, taken en verantwoordelijkheden delen en toetsen en effectief samenwerken met respect voor de dynamiek van samenwerken (Boenink et al., 2010). Naarmate er van meer ambiguïteit van informatie sprake is worden persoonlijke aspecten als zelfreflectie en leiderschap belangrijk (Boenink et al., 2010).

Op welke wijze kan multidisciplinair werken worden ingezet door de professional voor het creëren van positieve gezondheid? In figuur 4.2 is het aspect multidisciplinair aan zijde van de cliënt verbonden met informatie, het opbouwen van het netwerk waarin deze gedeeld wordt en het daarin waarborgen van de privacy van de cliënt. Voor dit werken in het netwerk is aan de zijde van de professional in figuur 4.2 zichtbaar dat deze informatie moet genereren in het netwerk, het netwerk moet opbouwen en onderhouden, moet samenwerken. De verbindingen met het empathisch vermogen, inspireren, zelfkennis en de eigen persoonlijke ontwikkeling in figuur 4.2 worden belangrijker wanneer de informatie meer elkaar tegensprekende aspecten bevat. Het aspect multidisciplinair werken is sterk verbonden met co-creatie, samenwerken, kennis delen, maar naarmate de complexiteit van het werk groter wordt ook met de persoonlijke zelfreflecterende vermogens van de professional.

*Werkdefinitie van het aspect **multidisciplinair** in het organiseren van het werk van de professional in een GGZ e-community:*

De professional in een GGZ e-community is in staat te werken met informatie en kennis uit een pluriform netwerk. Dit netwerk bestaat uit het netwerk van de cliënt en het brede, professionele netwerk. Hiertoe dient de professional in staat te zijn dit netwerk op te bouwen en te onderhouden en in te zetten bij problemen die qua aard en complexiteit de eigen kennis overschrijden.

Om te werken in dit pluriforme multidisciplinaire netwerk moet de professional beschikken over vaardigheden in besluitvorming, conflicthantering, het verdelen van taken naast vaardigheden die beschreven zijn in de aspecten co-creatie, samenwerken, kennis delen en persoonlijke ontwikkeling.

Duurzaam

In zijn uiteenzettingen over duurzaamheid start Jonker (2014) bij de auteurs Brundtland en Elkington, die aan de basis van de begripsvorming rond duurzaamheid hebben gestaan. Hij citeert Brundtland (Jonker, 2014, blz. 35): “sustainable development is development that meets the needs of the present without compromising the ability of future generations to meet their own needs” en wijst erop dat deze formulering zich inmiddels voorbij eco-efficiency heeft ontwikkeld. Het begrip werd via Elkington verdiept naar maatschappelijk verantwoord ondernemen (Jonker, 2014, blz. 49, 68) waarin duurzaamheid en waardecreatie met de introductie van 3P's Profit, People en Planet worden verbonden. Tezamen is deze begripsvorming volgens Jonker (2014) nu gegroeid naar duurzaam organiseren in een WEconomy. In dit verband voegt hij er meervoudige, gedeelde en collectieve waardecreatie aan toe (Jonker, 2014). Daardoor wordt het belang van een “in de samenleving gedeelde opvatting over wat de behoeften en uitdagingen in de maatschappij zijn” (Jonker, 2014, blz. 73) groter. Dit vereist een maatschappelijke opvatting over wat waardevol is (Jonker, 2014).

Gerelateerd aan gezondheidszorg komen in dit licht de vraagstukken over betaalbaarheid, collectieve toegankelijkheid van zorg en privacy op de voorgrond te staan. In paragraaf 3.3 over eHealth en consumenten-eHealth werden risico's en morele dilemma's aangestipt met betrekking tot de ontwikkeling van (consumenten)-eHealth. Daarin werd gewezen op het gebrek aan transparantie en aannames achter het gebruik van (Big)data, de noodzaak tot waarborgen van de privacy, het delen en de toegankelijkheid van gegevens en beperkingen in de huidige financieringsstructuur (Esmeijer et al. 2015, RVZ. 2015). Tevens is aandacht voor de diversiteit van gebruikers van (consumenten)-eHealth, waarmee deze bereikbaar blijft voor mensen met minder gezondheids- en/of digitale vaardigheden, van belang (Keur, 2017).

Op welke wijze is duurzaamheid van belang voor de professional voor het creëren van positieve gezondheid? In figuur 4.2 is het duurzaam aan cliëntzijde verbonden met laagdrempeligheid, toegankelijkheid, beschikbaarheid en waarborgen van privacy. Tevens is er een verbinding met zelfhulp en zelfregie. De beschrijving van Grypdonck (red. van den Brink et al., 2013, blz. 23) om met zelfmanagement “het leven boven de ziekte uit te tillen” zet zelfhulp en zelfregie in het licht van duurzaamheid. Figuur 4.2 verbindt duurzaam aan professionalzijde met toegankelijkheid, laagdrempeligheid, betaalbaarheid, het waarborgen van privacy en de eigen persoonlijke ontwikkeling.

*Werkdefinitie van het aspect **duurzaam** in het organiseren van het werk van de professional in een GGZ e-community:*

In de huidige werkzaamheden houdt de professional oog voor de lange termijn effecten van deze werkzaamheden op mensen, waardecreatie en maatschappij met inbegrip van zijn/haar eigen rol.

Dit is bijvoorbeeld zichtbaar in een bewustzijn van de effecten van het gebruik van data, Big Data, waarborgen en het voeren van een maatschappelijke discussie rond privacy, inspanningen rond de betaalbaarheid van de GGZ e-community, aandacht voor de diversiteit van (vaardigheden van) gebruikers.

Integratie van omgevingen met behulp van innovatie

Hoofdstuk 2 beschrijft hoe de huidige maatschappelijke omwenteling, de 'vierde industriële revolutie', voortkomt uit de integratie van fysieke, digitale en biologische omgevingen op basis van technologie. Op welke wijze kan integreren door innovatie worden ingezet door de professional voor het creëren van positieve gezondheid? Voor integratie van fysieke, digitale en biologische omgevingen met behulp van innovatie is voor cliënt en professional dit aspect verbonden door innovatief vermogen in combinatie met het hanteren van informatie en waarborging van privacy. Volberda (2017) wijst in dit opzicht op het belang van sociale innovatie naast technologische innovatie. Met sociale innovatie duidt hij op manieren van organiseren, managen, werken en samenwerken (Volberda, 2017).

In hoofdstuk 3 is de enorme vlucht die ontwikkelingen binnen eHealth en consumenten-eHealth nemen beschreven. 97.000 gezondheidsapps zijn niet meer door 1 professional te scannen, beoordelen en toe te passen. De Federatie Medisch Specialisten geeft in haar toekomstvisie een opsomming van technologische ontwikkelingen: ontwikkelingen op het gebied van beeldvorming, robotica, sensoren, farmacologie, gebruik van (big) data, virtual reality, remote monitoring, 3D-printen, personal health management en Quantified Self (het verzamelen en integreren van informatie m.b.v. technologie door burgers om ervan te leren) (Federatie Medisch Specialisten, 2017). De Federatie Medisch Specialisten noemt het grote uitdaging om van deze innovaties de (medische) toegevoegde waarde optimaal te benutten vanuit de behoefte van de patiënt (2017). Van Vliet et al. (2016) wijzen in dit opzicht op het gebruik aan 'e-awareness' onder professionals, gebrek aan kennis over, gebruik van en ervaring met de implementatie van technologieën.

*Werkdefinitie van het aspect **integratie van omgevingen met behulp van innovatie** in het organiseren van het werk van de professional in een GGZ e-community:*

Integratie van informatie uit fysieke, digitale en biologische omgevingen kan alleen wanneer de professional kennis heeft van de technologische mogelijkheden. De professional weet vervolgens deze kennis te combineren en gebruik te maken van professionele en ervaringskennis voor innovatieve ontwikkelingen. De professional is in staat deze ervaringen te vertalen naar manieren van organiseren, managen, werken en samenwerken in de geïntegreerde omgeving.

Persoonlijke ontwikkeling

Op welke wijze kan de persoonlijke ontwikkeling door een professional worden ingezet voor het creëren van positieve gezondheid? Voor de professional houdt dit in dat deze een rol heeft in de persoonlijke ontwikkeling van de cliënt. In figuur 4.2 is te zien dat persoonlijke ontwikkeling voor de cliënt is verbonden aan maatwerk, stimuleren van zelfhulp en zelfregie en het delen van ervaringen. De cliënt wil op gepersonaliseerde wijze benaderd worden als unieke persoon. Om deze rol te kunnen nemen dient de professional zichzelf te ontwikkelen.

Onder het aspect co-creatie is dit stimuleren van zelfregie al uitgewerkt. Hierbij wordt van de professional verwacht dat deze in staat is tot het vermogen tot kennisoverdracht, coachvaardigheden en het wegwijzen naar voorzieningen. In hoofdstuk 23 van het boek "Ruimte voor regie" (red. van den Brink *et al.*, 2013) gaan Buiting en van Veenendaal dieper in op de rol van de professional in het stimuleren van zelfregie. Zij wijzen op het belang van het verwerven coaching vaardigheden op hoog niveau. In figuur 4.2 bestaan deze vaardigheden van de professional uit de verbinding met het eigen empathisch vermogen, zelfkennis, inspirerend kunnen zijn en het waarborgen van de persoonlijke ontwikkeling.

Buiting en van Veenendaal (in: van den Brink *et al.* red., 2013) wijzen op het belang van 'tegennatuurlijke' vaardigheden voor de professional. Deze is opgeleid in het reduceren en ordenen van informatie richting diagnoses, kenmerken en (on)mogelijkheden. In het proces van stimuleren van zelfmanagement is juist de vaardigheid nodig de mens te blijven zien in zijn/haar hele context en daar om zo goed mogelijk bij aan te kunnen sluiten en los te kunnen laten (Buiting, van Veenendaal, in: van den Brink *et al.* red., 2013). Vaardigheden die veel eisen stellen aan de persoonlijke ontwikkeling. Bezien vanuit persoonlijke ontwikkeling vraagt het stimuleren van zelfregie dus vooral coaching vaardigheden, empathisch vermogen en reflectieve vaardigheden van de professional. Deze moet in staat zijn zich 'tegennatuurlijk' op te stellen, 'op je handen blijven zitten' in plaats van reducerend en sturend handelen.

Bij het stimuleren van zelfmanagement speelt het omzetten van ervaringen naar zelfkennis en ervaringskennis een belangrijke rol. Delespaul *et al.* (2016) wijzen in dit opzicht op het belang van ervaringskennis. Wanneer een cliënt in staat is de klachten te beschrijven in eigen woorden en deze te relateren aan de eigen context en eigen kwetsbaarheid en kracht, wordt het zelfmanagement vergroot. Een belangrijk bestanddeel in dit proces kan het relateren aan eigen ervaringen en ervaringen van anderen zijn. Delespaul *et al.* (2016) bespreken in dit opzicht het continuüm van ervaringskennis. De professional zelf heeft hierin meerdere identiteiten: "van professional naar (familie)ervaringsdeskundige naar burger" (Delespaul *et al.*, 2016, blz. 95). Dit vereist van de professional dat deze de eigen ervaringskennis "zodanig leert inzetten in de zorg dat het de therapeutische relatie ten goede komt in een perspectief van continuïteit en menselijke variatie" (Delespaul *et al.*, 2016, blz. 96).

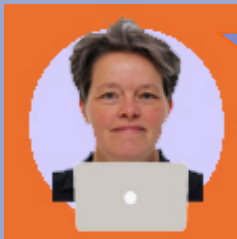
Het aspect persoonlijke ontwikkeling vormt een basis voor de hierboven beschreven aspecten. Bij co-creatie kwam aan de orde dat de professional, gelijk het stimuleren van zelfregie en ontwikkeling bij de cliënt, ook voor zichzelf steeds een passende uitdaging blijft creëren. Voor het samenwerken in netwerken wijzen Van Vliet *et al.* (2016) naast de hierboven beschreven vaardigheden op het belang van het ontwikkelen van leiderschapskwaliteiten. Zij doelen hier op het ontwikkelen van gezag vanuit visie en inhoudskennis in plaats van gezag vanuit een hiërarchische positie (van Vliet *et al.*, 2016). Het belang van lange termijn inzetbaarheid in het aspect duurzaam, komt in een professionele ontwikkeling tot uiting in het hanteren van persoonlijke grenzen en duurzame inzetbaarheid. De balans tussen werk en vrije tijd en fysieke belasting zijn hier aan de orde.

*Werkdefinitie van het aspect **persoonlijke ontwikkeling** in het organiseren van het werk van de professional in een GGZ e-community:*

De professional doorloopt een persoonlijke ontwikkeling waarin coaching vaardigheden, empathisch vermogen en zelfreflectie kunnen worden ingezet in de relatie met de cliënt. De professional kan desgewenst eigen ervaringskennis inzetten. Daarnaast beschikt een professional op basis van visie en inhoudskennis over gezag waarmee leiderschap kan worden vormgegeven.

Met het oog op lange termijn inzetbaarheid blijft de professional streven naar het vinden van een passende uitdaging en weet deze persoonlijke grenzen te hanteren in de balans tussen werk en vrije tijd.

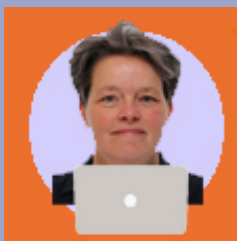
Chattende GGZ-medewerkers gezocht!



Beste collega (van de toekomst).

Ik, Arien Storm, onderzoek* de toekomstige rol van de GGZ-medewerker in een e-community. Voor dit onderzoek zoek ik collega's die al werken in een digitaal platform, website of e-community, bijvoorbeeld op een chat.

De digitale wereld ontwikkelt zich in rap tempo. Neem bijvoorbeeld de komst van gezondheidsapps, digitale GGZ platformen en wearables in de zorg. Wat betekent dit voor de GGZ werker van de toekomst? Dit onderzoek probeert daarover een beeld te vormen.



De deelnemers wil ik interviewen. Dat duurt minimaal een uur en kan via skype, facetime, telefoon of face-to-face. Daarnaast is het voor mij informatief als ik je kan observeren tijdens een chatsessie, maar dit is niet noodzakelijk voor deelname. De interviews zijn in februari of maart 2018.

Interesse? Mail (arien15@kpnmail.nl) app of bel: 0620533202.

***Dit onderzoek is een afstudeeronderzoek voor mijn master (MHBA) aan de Erasmus Universiteit.**

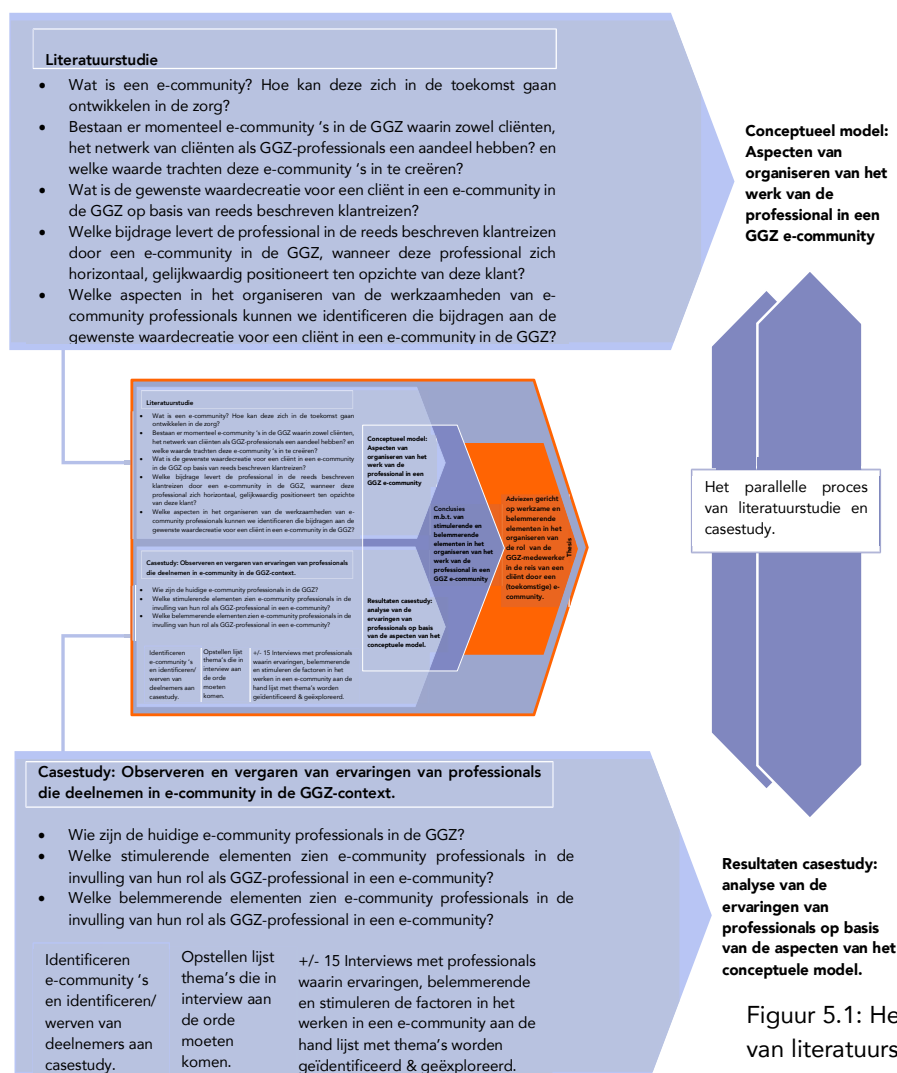
Deze infographic plaatste ik op LinkedIn en Twitter. Via die route kreeg ik de eerste reacties van deelnemers voor het onderzoek.

Figuur 5.0 De onderzoeker : Infographic voor de werving van deelnemers aan de casestudy

5 METHODE

5.1 Het onderzoeksontwerp

In dit onderzoek zijn de literatuurstudie en het verzamelen van de data twee parallelle processen (figuur 5.2). De literatuurstudie heeft zijn beslag in de hoofdstukken 3 en 4. Hoofdstuk 3 bespreekt het fenomeen e-community in de GGZ. Hoofdstuk 4 bespreekt de aspecten van het organiseren van het werk van de GGZ professional in deze e-community ten behoeve van de klantreis. De casestudy exploreert ervaringen van professionals in een e-community in de GGZ-context. Het betreft een kwalitatief exploratief onderzoek.



De verkenning van het fenomeen e-community maakt zichtbaar dat het niet een statische digitale omgeving betreft. Er is een ontwikkeling gaande. Van websites met een enkele contact functie, zoals chat en forum, via een geïsoleerde e-community naar een ecosysteem met koppelingen en interactief gebruik (figuur 3.9, hoofdstuk 3). Deze ontwikkeling creëert een variabele context waaruit professionals voor de casestudy zijn geselecteerd. De context waarin de geselecteerde professionals werken, varieert op de lijn van de ontwikkeling die

hier wordt beschreven. De ene professional werkt op een chatfunctie van een website. De andere professional begeeft zich in de context van een zich ontwikkelende e-community.

De vraagstelling van deze studie spitst zich toe op de horizontale, op gelijkwaardigheid gerichte, rol van de professional tijdens een klantreis in een e-community. Omdat deze e-community een zich ontwikkelend fenomeen is, wordt een exploratie van de rol van de professional een exploratie in een zich ontwikkelende omgeving. Om grip te krijgen op deze omgeving heeft de theorievorming zich parallel aan de casestudy ontwikkeld. De observatie en de eerste interviews geven de theorievorming extra inkleuring en richting, waardoor de theorie zich verdiept. Het op deze wijze tot stand gekomen conceptuele model met aspecten van organiseren (figuur 4.4, hoofdstuk 4) biedt vervolgens een achtergrond waartegen informatie uit de interviews van de professionals wordt uitgelicht (figuur 5.1 dubbele paarse pijl). Zo wordt het ontwikkelde conceptuele model verder geladen en ontstaat een beeld van de horizontale rol van de toekomstige professional in die zich ontwikkelende e-community.

De casestudy is gestart met het identificeren van bestaande varianten en voorlopers van e-community's in de GGZ in Nederland. Er is gezocht naar digitale contexten die overeenkomsten hebben met de toekomstige GGZ e-community, waarin zowel cliënten, vertegenwoordiging van het netwerk van cliënten en professionals deelnemen. Gezien het kleine aantal potentiële e-community's is hierbij geput uit de volledige breedte van de beschreven ontwikkeling van e-community's (figuur 3.9, hoofdstuk 3). Er is gestreefd naar 15 interviews van professionals uit 5 verschillende e-community's / digitale contexten. Voorafgaand aan de interviews is een overzicht van te bespreken thema's opgesteld (bijlage 4). Het eerste interview is gepaard gegaan met een observatie van de professional tijdens het uitvoeren van de werkzaamheden in de digitale context.

5.2 Dataverzameling

Na een inventarisatie van websites (tabel 3.1, hoofdstuk 3) zijn in de eerste wervingsronde van deelnemers aan het onderzoek 7 websites benaderd. Alle sites zijn benaderd via e-mail en/of telefoon. Dit leverde één positieve reactie op van 1 site die tevens via een netwerkcontact benaderd is. Twee sites (Proeftuin GGZ-Roermond en MiiND) bleken nog niet operationeel. Vervolgens is een netwerk oproep op LinkedIn en Twitter geplaatst. Hierbij is gebruik gemaakt van een infographic met de wervende tekst "Chattende GGZ-medewerkers gezocht" (figuur 5.0). Hierop hebben 2 professionals van verschillende sites gereageerd. Deze contacten is gevraagd binnen hun eigen site deelnemers te benaderen. Tevens is ze gevraagd naar nieuwe contacten. Via deze netwerksearch zijn 5 sites met in totaal 13 professionals gevonden voor deelname aan de interviews.

De dataverzameling is gestart met een observatie gedurende een chatsessie van 2 uur en een interview van professional 1. Professional 2, 3, 6, 7 en 8 zijn individueel face-to-face geïnterviewd op locatie. Professional 9, 10, 11, 12 en 13 zijn individueel via een beeldverbinding (Facetime, Skype, ZOOM) geïnterviewd. Professional 4 en 5 zijn tegelijkertijd geïnterviewd in 1 gesprek via beeldverbinding. De interviews duurden gemiddeld anderhalf uur. Tabel 5.1 bevat een overzicht van de geïnterviewde professionals.

Nr	m/ v	Site	Opleiding en huidige functie	Werkzaamheden digitale omgeving	Aantal uren e- werk/week
01	v 46	99Gram.nl	HBO (+CGW) Verpleegkundige Medewerker functioneel beheer, coördinator eHealth	Chatfunctie Beheer forum Mailverkeer EHealth -behandelingen	4 uur / week (betaald)
02	v 34	99Gram.nl	HBO (+CGW) Verpleegkundige jeugdggzkliniek, Coördinator eHealth	Chatfunctie Beheer forum Mailverkeer EHealth -behandelingen	4 uur / week (betaald)
03	m 62	Dwang.eu	Kinder- en jeugdpsychiater Specialist dwangstoornissen Senior functie	Websitebeheer Forum Twitterpsychiater	"onbegrensd" / week (vrijwillig)
04	v 26	Fier!	Sociaal-pedagogisch Hulpverlener Online hulpverlener	Chatfunctie Inwerken nieuwe medewerkers	27 uur / week (betaald)
05	v 27	Fier!	Orthopedagoog Online hulpverlener	Chatfunctie Inwerken nieuwe medewerkers	27 uur / week (betaald)
06	v 30	113 Online	GZ-psycholoog	eHealth behandelaar via chatfunctie, e- mail, telefoon, begeleiding stagiaires, beleidsmaker	32 uur / week (betaald)
07	v 28	113 Online	Basispsycholoog Floormanager	Coaching van de chatfunctie, telefoon, mail, eHealth-behandelingen	28 uur / week (betaald)
08	m 46	113 Online	Basispsycholoog Floormanager	Coaching van de chatfunctie, telefoon, mail, eHealth-behandelingen	36 uur / week (betaald)
09	m 43	PsychoseNet	Sociaal-pedagogisch hulpverlener & Ervaringsdeskundige	Beheer website, beantwoorden contactformulieren, posten blogs en informatie, VR ontwikkelingen.	16 uur / week (betaald)
10	m 31	Fier!	Sociaal-pedagogisch hulpverlener	Teamleider chat, organisatie chatfunctie, product ontwikkeling, PR, supervisie, financiering chat, introductie eHealth.	12 uur / week (betaald)
11	v 51	PsychoseNet	Psychiater	e-mailspreekuur Twitterpsychiater en andere social media	+/- 14 uur / week (vrijwillig)
12	v 28	PsychoseNet	Basispsycholoog & Onderzoeker	Beheer website, beantwoorden contactformulieren, posten blogs en informatie, contactpersoon, subsidiebeheer.	50 á 60 uur / week (betaald en vrijwillig)
13	m 57	PsychoseNet	Psychiater Onderzoeker	e-mailspreekuur blogs, videoconsulten.	+/- 7 uur / week (vrijwillig)

Tabel 5.1: overzicht van de professionals die deelnamen aan de casestudy.

5.3 Data-analyse

Alle interviews zijn gecodeerd naar aspecten van het organiseren van het werk van de professional uit het conceptuele model. De gecodeerde tekst is per citaat weergegeven in bijlage 4. Hierin zijn de gecodeerde tekstdelen opgenomen in tabellen. Iedere tabel bevat een clustering per thema. De clustering is terug te voeren op de werkdefinities van de aspecten. Vervolgens zijn de tabellen geordend per aspect. Vanuit dit overzicht is de resultatenbespreking tot stand gekomen. In de beschrijving van de resultaten is daar waar de uitspraak tussen aanhalingstekens staat sprake van een letterlijk citaat. De overige bespreking is een samenvatting van de informatie uit de tabellen geordend per aspect.

5.4 Betrouwbaarheid en validiteit

Betrouwbaarheid

Er is sprake van een kwalitatief onderzoek waarbinnen open interviews aan de hand van thema's in een vragenlijst plaatsvinden. Bij deze onderzoeksstrategie wordt de wijze van dataverzameling beïnvloed door de persoonlijke blik van de interviewer. Er is getracht de navolgbaarheid van dit onderzoek te vergroten door uiteen te zetten op welke wijze de professionals zijn geworven, op welke wijze de interviews plaats hebben gehad en op welke wijze de analyse heeft plaatsgevonden. Tevens is getracht de betrouwbaarheid van de resultaten te vergroten door meerdere cases (de benaderde sites) te onderzoeken en binnen deze verschillende professionals liefst individueel te interviewen.

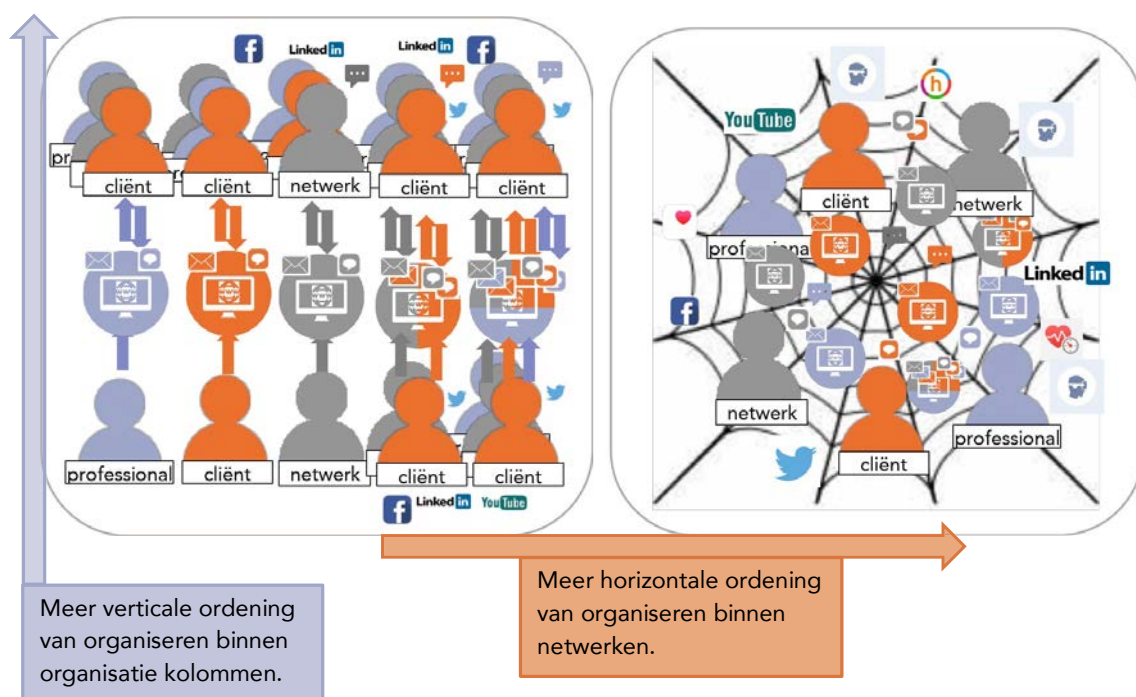
Validiteit

Waar de casestudy de functie heeft de ontwikkelende theorie te testen, door een fenomeen in een real-life context te onderzoeken (Yin, 2002), lopen in deze studie theorie en empirie parallel aan elkaar. Gelijktijdig plaatsvinden van de eerste interviews en observatie met de literatuurstudie heeft inkleuring gegeven aan het ophalen van theoretische concepten. Dit is bijvoorbeeld gebeurd rondom co-creatie. De observatie van de eerste professional heeft in de praktijk zichtbaar gemaakt hoe een professional tijdens een chat voortdurend bezig is zijn/haar oordeel uit te stellen en door blijft vragen. Na observatie van dit proces sprong de beschrijving van co-creatie door Hart et al. 2017 in het oog. Dit theoretische concept uit het model is vervolgens gebruikt tijdens de andere interviews. Door dit parallelproces is getracht diepgang aan te brengen in de exploratie van toekomstig opereren van de professional. Door het combineren van de interviews met een observatie en een bezoek aan de werkomgeving is gebruik gemaakt van methoden triangulatie. Er is tevens bronnen triangulatie toegepast door te werken met meerdere bronnen. Met deze twee vormen van triangulatie wordt extra diepgang in een kwalitatieve analyse aangebracht (Verschuren en Doorewaard, 2016).

Het werven van professionals is gebeurd binnen de kleine landelijke pool professionals die in een digitale setting werken. Het totaal aantal deelnemers betreft een kleine groep voorlopers in een ontwikkeling. Een groep die de ontwikkeling omarmt en er met enthousiasme in werkt. Het is daardoor een geselecteerde groep. Daarnaast betreft het een groep die werkt in binnen een zich ontwikkelende context, de context is niet statisch. Door in het resultaten hoofdstuk de professionals en hun site te positioneren op de lijn van ontwikkeling van de e-community wordt getracht inzicht te geven in de afstand van de geïnterviewde professional tot de toekomstige ontwikkeling van e-community's.

Deze positionering geeft op zichzelf weer inzicht in de ontwikkeling. Op de lijn van ontwikkeling (hoofdstuk 3, figuur 3.9) is de derde box (figuur 5.2) een benadering van de ontwikkeling waarin de meeste sites zich momenteel bevinden. Er zijn nog onvoldoende koppelingen om van een ecosysteem (box vier, het spinnenweb, figuur 5.2) te spreken. Binnen de derde box (figuur 5.2) zit ook een verschil. Er bestaan meer sites die zijn ingericht vanuit één organisatie dan sites die zijn ingericht vanuit cliënten, vertegenwoordiging van

het netwerk van cliënten en professionals. Er is gezocht naar deelnemers uit deze laatste combinatie vanwege het vertrekpunt van de horizontaliteit in een netwerkomgeving. Deze horizontaliteit ontstaat meer in het voorspelde toekomstige ecosysteem, het spinnenweb van box vier. De nog niet gerealiseerde toekomst. Het deel van box drie dat dichter ligt bij de toekomst, met meer horizontale verbindingen, geeft een inkijk in deze toekomst. Door gebruik te maken van beide groepen, organiseren vanuit een organisatie versus gezamenlijk organiseren vanuit cliënt, netwerk en professional, en deze tegen de ontwikkellijn af te zetten worden verschillen tussen de groepen en ontwikkelingen zichtbaar. Deze dynamiek geeft meer inzicht waarmee de generaliseerbaarheid groter wordt.



Figuur 5.2: Box 3 (links) en box 4 (rechts) uit figuur 3.9: Box 3 is een benadering van de huidige ontwikkeling. De meeste sites worden beheerd vanuit één organisatie of kolom, de linker kant van deze box. Maar er zijn ook sites die beheerd worden door samenwerken van cliënt, netwerk en professional, de rechter kant van box 3. Box 4 is een geschetst beeld van de toekomst. Door koppelingen is er sprake van een zich meer horizontaal organiserend netwerk.

Hoi!

Aan: Arien Storm

Ha Arien,

Long time no see! Hoe is het met je? Is het daar ook zo lekker koud met zon?

Al een tijdje denk ik eraan om je een mail te sturen.
gebeuren zoveel goede dingen dat ik het graag met je wil delen.

Arien Storm

Antw.: Hoi!

Hoi

wat leuk om van je te horen. Ik vind het erg mooi te lezen dat het je zo goed gaat!!

Ik heb in de afgelopen tijd veel geleerd over de professionaliteit van een psychiater. Het is belangrijk om te weten dat je nooit je privé gegevens aan patiënten geeft. Eigen ervaringen delen is niet helpend voor je patiënten, zo was de gedachte. Inmiddels werk ik anders. Waar het helpend is, vertel ik wat over mezelf. Zo word ik een mens. Het maakt een behandelrelatie menselijker.

Eind 2016 ben ik van werkgever veranderd. Bij de oude werkgever, heb ik een paar jongeren van rond de 20 behandeld die ik jaren lang heb begeleid. De behandelingen waren afgerond, en ik besprak met ze of ze het prettig vonden als ze wisten hoe ze me konden bereiken, mochten ze ooit nog een vraag hebben. Ik had immers lang contact met ze. En zo was de stap gemaakt om mijn e-mail adres te geven. Als ze googelen vinden ze me toch wel via LinkedIn, zo dacht ik.

Op een dag ontving ik een mail. "Er gebeuren zoveel goede dingen dat ik het graag met je wil delen". Hoe antwoord je dan? Ik zat thuis, hard te werken aan deze thesis, in mijn eigen omgeving. En dan vertel je gewoon, al is het net wat anders dan bij vrienden, een verhaal over jezelf.

groetjes
Arien

Groetjes,

Tijdens mijn opleiding tot kinder-en jeugdpsychiater heb ik geleerd dat je nooit je privé gegevens aan patiënten geeft. Eigen ervaringen delen is niet helpend voor je patiënten, zo was de gedachte. Inmiddels werk ik anders. Waar het helpend is, vertel ik wat over mezelf. Zo word ik een mens. Het maakt een behandelrelatie menselijker.

Eind 2016 ben ik van werkgever veranderd. Bij de oude werkgever, heb ik een paar jongeren van rond de 20 behandeld die ik jaren lang heb begeleid. De behandelingen waren afgerond, en ik besprak met ze of ze het prettig vonden als ze wisten hoe ze me konden bereiken, mochten ze ooit nog een vraag hebben. Ik had immers lang contact met ze. En zo was de stap gemaakt om mijn e-mail adres te geven. Als ze googelen vinden ze me toch wel via LinkedIn, zo dacht ik.

Op een dag ontving ik een mail. "Er gebeuren zoveel goede dingen dat ik het graag met je wil delen". Hoe antwoord je dan? Ik zat thuis, hard te werken aan deze thesis, in mijn eigen omgeving. En dan vertel je gewoon, al is het net wat anders dan bij vrienden, een verhaal over jezelf.

Figuur 6.0 De professional

6 RESULTATEN EN ANALYSE VAN DE RESULTATEN

6.1 Inleiding: Wie zijn de huidige e-community professionals in de GGZ?

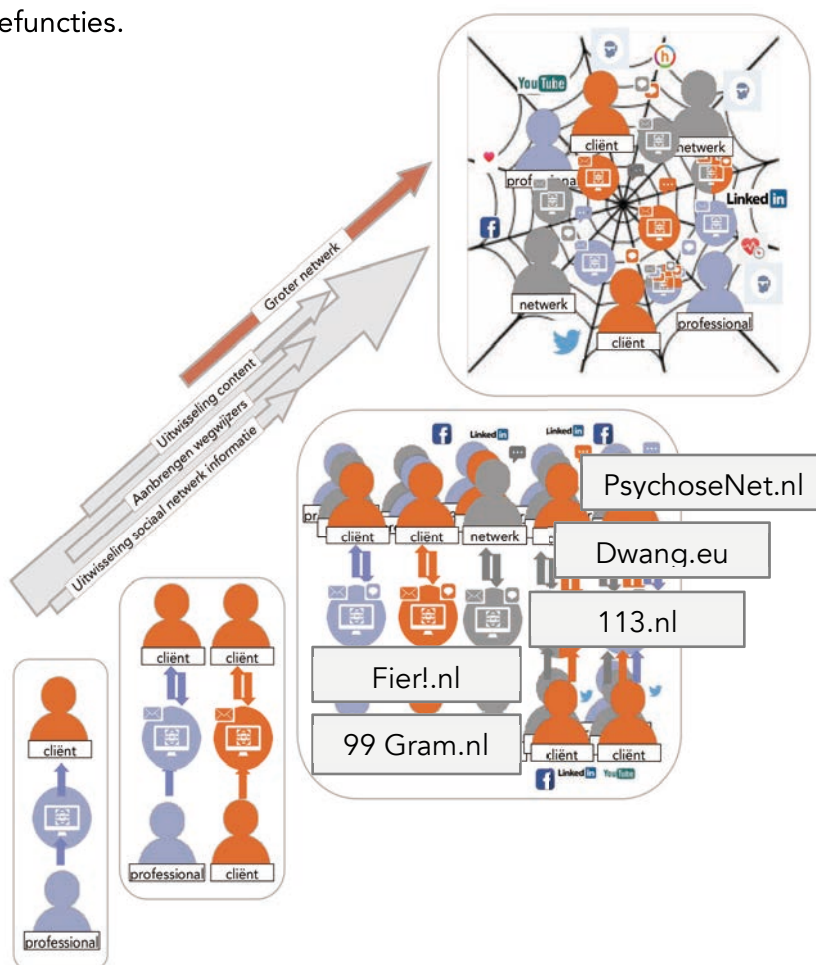
De horizontale rol van de professional tijdens de klantreis door een e-community is in figuur 4.4 uitgewerkt tot conceptueel model. Om dit model verder te laden zijn 13 professionals geïnterviewd en is één van de professionals tijdens haar werk geobserveerd (box 6.3). De resultaten van het empirische gedeelte van dit onderzoek worden in dit hoofdstuk weergegeven. Vervolgens is geanalyseerd wat de deelnemers aangeven ten aanzien van stimulerende en belemmerende factoren in de invulling van hun rol als GGZ-professional in een e-community. Daarna is gekeken welke verschillen er zichtbaar zijn tussen de deelnemende professionals / de deelnemende sites.

In tabel 5.1 is een overzicht gegeven van de deelnemende professionals aan het onderzoek. De professionals werken op 5 verschillende websites: 99Gram.nl (P1, P2), Dwang.eu (P3), Fier!.nl (P4, P5, P10), 113.nl (P6, P7, P8) en Psychosenet.nl. (P9, P11, P12, P13). In figuur 6.2, op de volgende bladzijde, is een overzicht gegeven van de sites en de werkzaamheden van de professionals.

In figuur 6.1 zijn de sites waar de professionals werken gepositioneerd op de lijn van ontwikkeling van een e-community. Hierbij is gekeken naar de mate waarin de site wordt gedraaid vanuit cliënt, professional en het netwerk. Vervolgens is gekeken naar de omvang en het aantal van hun interactiefuncties.

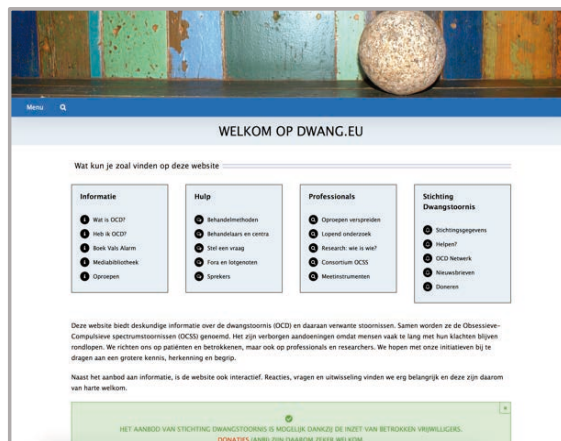
Figuur 6.1: de sites van de professionals gepositioneerd op de lijn van ontwikkeling van een e-community:

De professionals van 99 Gram en Fier! werken binnen een organisatie. De professionals van PsychoseNet en Dwang.eu werken vanuit een site die wordt gedraaid vanuit cliënt, netwerk en professional. 113 zit daar tussen en heeft een groot bereik waarbij de anderen via hun site naar ze verwijzen. Fier! en 113 hebben meer interactiemogelijkheden dan 99 Gram, evenals PsychoseNet t.o.v. Dwang.eu.

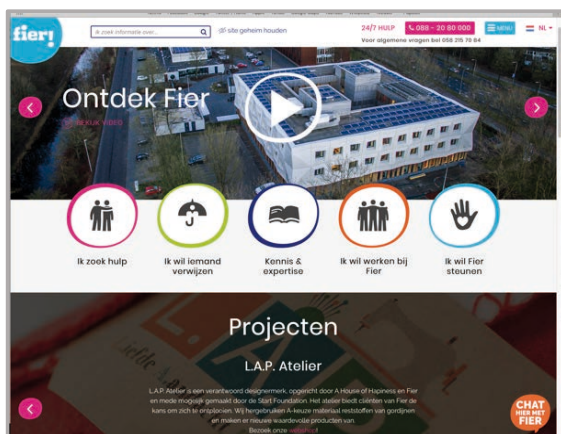




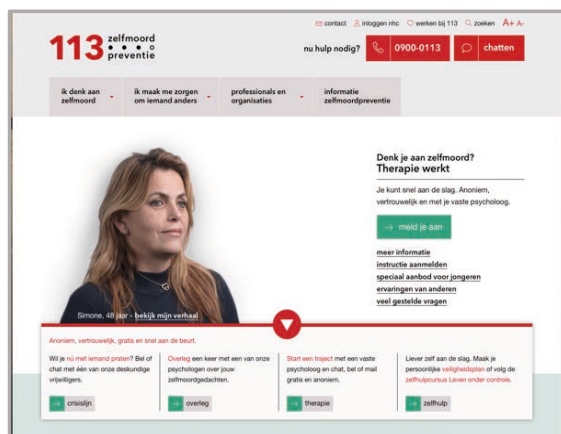
99 Gram.nl richt zich op jongeren met informatie en behandeling over/voor eten, gewicht, uiterlijk, kopzorgen, eetstoornissen en zelfbeeld. 99 Gram heeft een chatfunctie, forum, e-mailspreekuur, blogs en eHealthmodules. De site wordt beheerd vanuit een zorgorganisatie.



Dwang.eu biedt informatie over dwangstoornis en daaraan verwante stoornissen. Dwang.eu heeft een e-mailspreekuur, forum, offline bijeenkomsten en plaatst blogs. De site wordt beheerd vanuit ervaringsdeskundigen en zorgprofessionals.



Fier!.nl richt zich op jongeren en volwassenen met informatie en behandeling over/voor geweld in afhankelijkheidsrelaties.. Fier!.nl heeft een chatfunctie, forum, e-mailspreekuur, blogs offline bijeenkomsten en eHealthmodules. De site wordt beheerd vanuit een zorgorganisatie.



113.nl biedt informatie en behandeling aan mensen met zelfmoordgedachten. 113.nl heeft een chatfunctie, forum, e-mailspreekuur, blogs en eHealthmodules. De site wordt beheerd vanuit een zorgorganisatie in samenspraak met ervaringsdeskundigen en netwerk.



PsychoseNet.nl biedt informatie en uitwisseling over psychose. PsychoseNet heeft een forum, e-mailspreekuur, plaatst blogs en organiseert offline bijeenkomsten. De site wordt beheerd door professionals, ervaringsdeskundigen en netwerk.

Figuur 6.2: overzicht van de sites en werkzaamheden van de deelnemende professionals.

Box 6.3: Observatie van een professional

P1 werkt vanuit haar huis. Haar sessie start om 19 uur. Het gezin vertrekt uit de ruimte, P1 zit achter een laptop aan de keukentafel. P1 start met een snelle check van het forum. Wanneer de chat opent staat er al iemand in de wachtrij. Die wachtrij groeit tijdens de 2 uur durende de sessie tot 3. Er worden in deze 2 uur 3 chats doorlopen. Tijdens de chat doet P1 haar best zo lang mogelijk door te vragen, steeds 1 vraag per tekstregel, voordat ze overgaat tot het verstrekken van informatie. Daarbij wordt gebruik gemaakt van verwijzingen naar websites. Ze vraagt de jongere zelf even z'n BMI uit te rekenen en verwijst dan naar de website waar dat kan. Ze verwijst naar sites met algemene informatie. Die worden tijdens de sessie soms snel even eerst door de professional opgezocht voordat ze de verwijzing geeft. Aan het einde van de 2 uur wordt het forum opnieuw gecheckt op berichten die niet passen bij de huisregels van het forum. Die zijn er op dat moment niet. Er wordt gecontroleerd of er nieuwe mailberichten zijn. Ook deze zijn er niet. Vervolgens kijkt P1 naar de beoordelingen van de chats die ze de afgelopen 2 uur heeft doorlopen. Ze is er nieuwsgierig wat de jongeren van de chat vonden en relateert de beoordeling aan haar eigen ervaring. Deze komt overeen.

6.2 Wat vertellen professionals over het aspect co-creatie?

“Het doel van een chat is dat zij zelf zoveel mogelijk de oplossing verzinnen. Door dit werk heb ik zo geleerd niet voor de ander te denken. Ik vind dat cliënten veel meer zelf kunnen, wijsheid zit in iemand zelf”.

Wanneer ze vertellen over hun werk, beschrijven de professionals het door Hart et al. (2017) beschreven proces waarin de hulpverlener verschuift van het aanreiken van de oplossing naar het vergroten van het probleem oplossend vermogen. P1: “Het

doel van een chat is dat zij zelf zoveel mogelijk de oplossing verzinnen. Door dit werk heb ik zo geleerd niet voor de ander te denken. Ik vind dat cliënten veel meer zelf kunnen, wijsheid zit in iemand zelf.” Bij uitleg over de strategie van het chatten wordt vergroten van probleemoplossend vermogen expliciet genoemd. Ze vertellen hoe ze is geleerd door te vragen, P2: “Tijdens de chat volg je een vaste methode: eerst veel vragen stellen en kennis ophalen. Dan overeenstemming maken over de kernvraag en dan de vraag beantwoorden en afsluiten.” Professional 2 vertelt deze strategie vervolgens ook in haar reguliere werk toe te passen. Doorvragen vraagt “een nieuwsgierige, open houding” (P5), “niet toegeven aan de drang te denken dat je het wel weet, ..bekijk de ander met verwondering” (P13). Dat kost tijd, maar is ook effectief, vertelt P10. Het vraagt soms veel geduld, P5: “Dat is moeilijk. Ik wil ze wel eens door het scherm trekken, maar uiteindelijk moeten ze het zelf doen”. De empowerment van de cliënt wordt benadrukt (P13), evenals de verschuiving dat de burger de geneeskunde gaat inrichten. In dit verband benadrukt P13 het belang dat professionals leren te werken met verhalen in plaats van het stellen van diagnoses.

Anonimiteit in een chat of eHealth module vergroot de zelfregie, aldus de geïnterviewden. P2 : “Doordat cliënten anoniem zijn heb ik geen controle op hoe het met ze gaat. Ik kan het wel loslaten want ik kan er niets aan beïnvloeden. Het voordeel is dat ik makkelijker de regie bij de jongere kan laten, ik kan het ook echt niet van ze overnemen.” Anonimiteit geeft de

cliënt volledige regie, deze kan online vertrekken wanneer hij of zij wil. Doordat je elkaar niet ziet, vertelt P4, krijgt de cliënt de ruimte te huilen, te denken of te reageren in de eigen omgeving, "het geeft je meer beweegmogelijkheid" (P4). Het vraagt van de professional steeds goed te checken of je op het juiste spoor zit (P2). P1 vertelt in de eHealth behandeling vanwege de anonimiteit vaker contact te zoeken, vaker in te loggen, om zo het contact gaande te houden. P2 noemt de eHealth door de anonimiteit "een schot hagel, allereerst hetzelfde pakket voor iedereen" die je vervolgens "persoonlijk moet aanbieden, om te voorkomen dat iemand afhaakt."

Dat de anonimiteit ook een keerzijde heeft voegt P7 toe. De chat stopt en dan weet de professional niet hoe het verder gaat. Bij non-suicide hulpverlening vertelt ze dat wel eens moeilijk te vinden. Een ander nadeel is het niet goed kunnen voelen, doordat je minder context krijgt (P6 en P10). Dit vraagt van de professional dat deze zelf de eigen empathie meer activeert (P8). Door de afstand van de online therapie, vertelt P6 zich beter aan het eigen therapieplan te houden. P10 wijst op de keerzijde dat er cliënten zijn met een "oeverloze behoefte aan erkenning" die maar blijven vragen, waarbij de online afwezigheid van non-verbale communicatie de begrenzing bemoeilijkt.

Rond vakbekwaamheid komt naar voren dat naast het hierboven beschreven doorvragen, de nieuwsgierige open houding en het vermogen tot empathie, de inhoudelijke vakkennis een belangrijke factor is (P4, P5). Afwisseling met face-to-face werk wordt tevens genoemd als factor die zorgt dat de sensitiviteit op peil blijft (P6). Professional 6 wijst in dit verband op de herregistratie voor haar vakgebied. Voor het behoud van de registratie mogen online behandelingen niet gebruikt worden.

De wegwijzer functie wordt door 8 professionals beschreven. Professionals helpen navigeren (P13) door te verwijzen naar websites (P1, P3, P7), YouTube video's (P3) of apps (allen). Ze helpen cliënten zelf hun informatie te vinden (P1). Ze

"Ik probeer mensen op het spoor van informatie te zetten. Als ze mij een vraag stellen help ik ze zelf informatie zoeken. Ik help mensen navigeren".

geven aan het lastig te vinden in te schatten welke informatie betrouwbaar is. Daar wordt over gepraat met collega's (P1). P12 vertelt daar zelf veel onderzoek naar te doen: "Ik kijk wat er op de markt verschijnt. Ik kijk wat een app kan en onderzoek of het voor iemand functioneel kan zijn. Ik kijk waar de app vandaan komt, en of die vaak gedownload wordt". Professionals geven aan behoefte te hebben aan een databank voor betrouwbare informatie. P13 ziet dit graag ondersteund door gebruikersinformatie: "We moeten eHealth en mHealth user driven ontsluiten. Het moet een grote markt zijn die voortdurend wordt beoordeeld door gebruikers en waarin we elkaar door de eHealth en mHealth loodsen. Dat kan je doen door mensen echt te betrekken" (P13).

Wat betreft de inrichting van werkzaamheden rapporteren alle professionals dat zij veel invloed ervaren op de inrichting van het werk. Professional 9, die veel zelfstandig vanuit huis werkt, wijst op het belang onderdeel te zijn van PsychoseNet, waarbinnen hij kan uitwisselen. Naast alleen werken helpt die verbinding om "elkaar een stap verder te helpen". De professionals die in een team werken geven aan dat het team veel invloed heeft. P6: "Ik vind dat we hier 'samensturen' ". P1: "Het team is heel gedreven, problemen worden in dit team

altijd opgelost". Het team van P1 is zo gedreven dat ze als enige team in de organisatie de teamuitjes zelf betalen. Ze vertelt dat ze, wanneer 99 Gram door de organisatie opgeheven zou worden, een poging zou doen zelfstandig een doorstart te maken. P6 vertelt: "Je kunt dingen makkelijk veranderen, we werken 'agile'. Als ik iets inbreng, bijvoorbeeld wat ik in de therapie bedacht heb en ik heb er goed over nagedacht, dan kan ik er direct wat mee doen." Taken worden onderling overgedragen (P7) en werk wordt zelfstandig gepland (P1, P2).

De afstemming rond zaken zoals openingstijden van chatfuncties en keuzes rond aanwezigheid op een locatie worden meer centraal ingericht. Zo kiest Fier! voor een chatfunctie in de nacht vanwege de aard van de problematiek van de doelgroep, waarbij beschikbaarheid van hulpverlening in de nacht wenselijk is. De medewerkers van deze organisatie zitten "op een locatie van Fier omdat we aanvullend zijn aan de nachtdienst"(P4). 113Online heeft een 24 uren bezetting van haar diensten. De professionals die 's nachts werken geven aan dat deze diensten belastend kunnen zijn, dit wordt beschreven onder het aspect persoonlijke ontwikkeling (P4, P7).

"Door digitaal te werken kan ik ontsnappen aan de regels en richtlijnen van de sector".

De 3 geïnterviewde psychiaters (P3, P12, P13) wijzen alle drie op de beknellende invloed van regelgeving. P13: "door digitaal te werken kan ik ontsnappen aan de regels en richtlijnen van de sector". Zij zijn zich bewust van regels

die hen in de rol van behandelaar kunnen plaatsen door het geven van online advies, waarmee ze een formele behandelrelatie krijgen. P3: "Die juridisering van de geneeskunde is beknellend". P13 wijst op het verschil in persoonlijke commitment tussen "de poldertafels van de GGZ", waar deze ontbreekt, en de e-community, waar het "de kunst is deze authentiek te houden".

Alle geïnterviewde professionals zijn uitgesproken positief over hun werk. Ze geven cijfers tussen de 7 en 9 of doen uitspraken over hoeveel het ze oplevert: "het levert mij benaderbaarheid op"(P3), "ik ben trots op wat we doen" (P10), "het liefst zou ik mijn werk gratis doen, het is mijn passie (P9)", "ik werk online om een missie te verspreiden" (P12).

6.3 Wat vertellen professionals over het aspect samenwerken?

De professionals ervaren het online contact als gelijkwaardiger. Vergeleken met hun 'on the ground' werk, merken ze zich horizontaler te positioneren (P4 en P5). P11 wijst in dit opzicht op de

"Online is het veel gelijkwaardiger en opener. De openheid geeft een heel ander contact. Echte gelijkwaardigheid is moeilijk: de ene mens lijdt, de andere is opgeleid".

toegankelijkheid van informatie, waarmee "de mens expert wordt op zijn eigen gebied". De informele kant van het contact wordt benadrukt. P13: "Online word je ook een beetje uitgekled. Je mens-zijn komt veel meer naar voren, het is heel informeel. Je kan veel meer tegen mensen zeggen, ze zijn minder eisend, klagend en hun rechten opeisend, dat maakt het effectiever". P6 geeft aan bij zichzelf niet direct een andere houding te ervaren maar dat de cliënt, doordat deze vanuit huis contact heeft, zich misschien wel minder cliënt voelt. P3 wijst op het effect van het opereren in een groot netwerk: "Ik werk via veel kanalen, mensen kunnen mij makkelijk vinden. Ik twitter, ik schrijf blogs, ik heb een boek geschreven. De sfeer

waarin ze me bereiken is veel persoonlijker. We treden uit de wij-zij". Deze professional wijst erop dat het horizontale het contact intenser maakt, waardoor het de kunst wordt "te balanceren tussen de afstand van je werk en die betrokkenheid".

De toegang tot een online hulpverlener wordt door de professionals als veel laagdrempeliger beschreven dan de reguliere zorg. P2: "Online is het zorgproces veel toegankelijker. Je gaat naar de website, je bent anoniem, je doet een zelftest en je zit zo in een online behandeling. Je slaat de diagnostiek en observatie van een polikliniek over en je hebt geen wachttijd. De stappen en de tijd om af te haken sla je over, zodra je een besluit neemt zit je in een online behandeling". Dit heeft een positief effect op doelgroepen die in reguliere zorg meer moeite hebben om hulp te zoeken zoals cliënten met boulimie (P2), jongens die te maken hebben met misbruik (P4) of zorgvragen in de nacht. Jongeren kunnen "even komen neuzen" (P2), mensen hoeven niet langs de huisarts waar informatie eerst wordt geïnterpreteerd (P13). Volgens P6, P7 en P11 zou toegankelijkheid vergroten, wanneer er gebruik wordt gemaakt van een webcam. Al merkt P11 op dat cliënten daar nog niet warm voor lopen.

De mogelijkheid anoniem contact te zoeken verlaagt volgens P8 de drempel wanneer hulpvragers schaamte voelen of bang zijn niet serieus genomen te worden. De anonimiteit maakt de eerste stap makkelijker (P2), maar uiteindelijk is het weer gewoon contact dat groeit. De afstand van de anonimiteit helpt de professional het werk los te laten (P7), alhoewel het werk toch wel kan binnenkomen (P8). P9 wijst op het gevaar niet echt in contact te zijn, "je kunt iemand niet echt vasthouden, je moet dus altijd zorgen voor de combinatie. Alleen online is best pittig". Een keerzijde van het laagdrempelige, soms anonieme contact is de hoge drop out van therapieën (P6 en P7). P6: "De drempel om hier een therapie te starten is ook veel lager. Dus hebben we ook een groep die sneller uitvalt. Waar je mee van wordt is dat je steeds therapieën opstart die niet worden afgerond. Een van de thema's van de bijscholing is die therapie-moeheid".

"Wij proberen ons altijd te profileren op onze hoofdthema's. Wij spreken uit waar wij van zijn".

De professionals vertellen over het belang online herkenbaar te zijn. Dat doen ze door gebruik te maken van een disclaimer (P9, P13), door antwoorden op vragen online te tonen (P12), zich te profileren op hoofdthema's (P10) en te kiezen voor een doelgroep (P12). P11 vertelt bewust een digitale media strategie te volgen: "Ik heb nagedacht over mijn online missie. Met compassie en menswaardig werken, me juist richten op dat onderwerp". Herkenbaarheid als hulpverlener vergroot het vertrouwen, geeft P2 aan. Cliënten vragen in de chat of de professional een hulpverlener is (P1). Dit institutionele vertrouwen wordt bewust ingezet, bijvoorbeeld door te variëren tussen het gebruik van eigen naam of gebruik van de redactie: "Soms is dat wel weer bruikbaar, je straalt dan uit: er zitten hier mensen die dit vinden" (P12).

Vertrouwen in de site of professional wordt met gedrag geborgd. Bijvoorbeeld tijdens het modereren van het forum: "Als we aanpassingen doen komt er te staan *dit bericht is aangepast*. Die dingen vergroten het vertrouwen dat het forum goed beheerd wordt" (P1). Maar ook door veilig om

"Een relatie kan heel intens zijn. Iemand kan binnen 3 à 4 vragen al iets losmaken waardoor ik heel erg open kaart speel over mezelf. Als ik vertrouwen geef krijg ik het ook".

te gaan met inlogprocedures (P1), privacy (P1) of terughoudendheid in het gebruik van standaard zinnen (P10). P9 wijst op de noodzaak een basaal vertrouwen in mensen te hebben en aan te voelen “of de ander het goede met je voor heeft”. Zelf open kaart spelen werkt, “als ik vertrouwen geef krijg ik het ook” (P9).

6.4 Wat vertellen professionals over het aspect kennis delen?

“Mijn hoofddoel is kennis over dwangstoornissen verspreiden. En daarnaast kennis over psychiatrische aandoeningen. Inclusief mijn eigen ervaringskennis. Dat inzetten van ervaringsdeskundigheid werkt geweldig, het is veel nuttiger dan ik had gedacht. Ik wil dat mijn kennis toegankelijk is. Dat biedt heel veel mogelijkheden die toegankelijke kennis”.

Het digitale medium wordt door de professionals bewust gezocht om kennis en ervaringskennis te delen. P3 wijst op het voordeel van de toegankelijkheid van hoog specialistische kennis. PsychoseNet heeft bewust gekozen goede kennis over psychoses te willen brengen (P12). Het gebruiken van eigen ervaringskennis, of het delen van

ervaringen van cliënten wordt als belangrijke toevoeging gezien (P3, P9, P11, P13) die de empowerment van de cliënt vergroot (P13). P11 geeft aan eerlijk te antwoorden wanneer mensen iets privés vragen: “Ze vragen zelden iets ongepast. Ik vraag dan wel wat het antwoord betekent voor hun herstel”. Het delen van herstelverhalen verschuift de grens tussen werk en privé. P9: “Internet staat vol met mijn herstelverhalen. Mensen komen op PsychoseNet en zien mij. Werk en privé gaan zo door elkaar lopen”. P1 en P12 wijzen op het hebben van de mogelijkheid om (ervarings)informatie te verwijderen. P1 vertelt dat jongeren 6 jaar later vragen post ‘s te verwijderen. P12 geeft aan dat mensen door de geestestoestand waarin ze waren toen ze een bericht plaatsten, soms naderhand spijt hebben.

Tijdens de interviews werd de professionals de vraag voorgelegd hun ze zouden omgaan met door cliënten aangereikte dossiers, wanneer deze de mogelijkheid krijgen zelf dossier of app informatie te beheren. Vrijwel alle professionals vinden dat handig, prettig (P1), een toevoeging (P5) en zouden het gebruiken. P5 wijst erop wel zelf willen kunnen communiceren met collega’s zonder dat een jongere dat leest. P12 denkt dat het onrust brengt en vindt dat inzage samen met een hulpverlener beter is. P4 en P8 wijzen op de authenticiteit van de informatieverstrekker. “Lastig, dan moet je wel weten dat die persoon ook echt aan de andere kant zit. Dan kan iemand mij pootje lichten. Als het dossier van een ander is dan degene die het aanbied heb ik een dossier gelezen zonder toestemming van de persoon om wie het gaat. Ik heb dan informatie gelezen van iemand die dat misschien niet wil” (P8).

De professionals die in een team werken hebben allen intervisie en beschrijven hun werkomgeving als open en leervriendelijk. “Ik vind het hier heel fijn wat betreft leren”

“Je kunt alles teruglezen, daar kan je veel van leren”.

(P7). Tijdens de intervisie lezen ze van elkaars chats en bespreken ze de moderatie van het forum. “Je loopt met die bespreking aan tegen je eigen normen en waarden. Ik leer veel van anderen. Je leert van elkaars letterlijke teksten en krijgt tips hoe je het ander kan formuleren”(P1). De professionals zijn enthousiast over deze manier van leren: “Dit is veel meer open dan regulier werk. Dat maakt het mooi” (P4). Het directe heeft ze geleerd met

feedback om te gaan: "Ik heb niet meer zoveel schroom bij feedback, dat is door deze omgeving anders geworden" (P1). Op 2 sites krijgen de professionals na de chat een beoordeling door de cliënt. "Op de chat en in de eHealth word ik beoordeeld door de jongeren. Dat vind ik spannend. Als ik een negatieve beoordeling krijg moet ik verplicht om supervisie vragen" (P1). De wijze van training en intervisie zorgt tijdens de opleiding ook voor uitval (P1, P4). P7 en P8 wijzen op de makkelijke manier van aanleren van eHealth, omdat je direct tijdens je werk gecoacht kan worden. "Dit zou, mits er voldoende begeleiding bij is, in opleidingen moeten zitten" (P7).

"Het was wel gek om te zien dat ik bij een vraag via de chat van mijn bank de chatmedewerker dezelfde technieken zag gebruiken".

Wat betreft het aanleren en toepassen van digitale vaardigheden wijzen professionals op het belang van schriftelijke taalvaardigheid (P4), hoe je je boodschap overbrengt (P2), je woorden kiest (P9). Je moet je goed kunnen verplaatsen in de lezer

(P9). P12 wijst in dit opzicht op de aanvulling die scholing vanuit bijvoorbeeld de tijdschriften wereld zou kunnen opleveren. "Dan word je alerter dat je een bericht maakt dat aansluit bij je doelgroep. Best veel mensen in Nederland zijn laaggeletterd, veel websites zijn niet toegankelijk" (P12). Ze zijn zich er bewust van dat wat op internet geschreven wordt, niet meer te verwijderen is (P2, P12), en zwart-wit gelezen kan worden (P9, P11). Het is handig als je veel uitprobeert, "je moet gewoon op alle knoppen drukken. Je leert een site bijwerken, leert wat goede illustraties zijn en wat goede filmpjes zijn" (P11).

6.5 Wat vertellen professionals over het aspect multidisciplinair?

Bij 99 Gram, Fier! en 113-Online wordt gewerkt in teams met verschillen in kennis- en ervaringsniveau. P1 geeft aan soms een collega in te schakelen via de app wanneer ze te maken heeft met een cliënt in crisis. De professionals van Fier vertellen het werk in de nacht soms wel eenzaam te vinden. Er wordt waarde aan gehecht in een team te werken. Over een bewuste multidisciplinaire benadering van het werk wordt niet gesproken. Medewerkers van Fier! vertellen dat ze binnen de organisatie nog veel werken aan de interne bekendheid.

"Als ik dit werk fulltime zou doen is het wel belangrijk dat je onderdeel bent van een team. Anders is het eenzaam".

Maken professionals gebruik van netwerken in hun online hulpverlening? Er wordt verwezen naar reguliere vormen van hulp in de eigen omgeving van de cliënt (P1, P8, P10). Tijdens de chat wordt de politie weleens ingeschakeld door Fier! (P10). P10 en P12 vertellen dat ze een verwijzing op hun site hebben of visitekaartjes kunnen sturen met een link naar 113 online.

"Noem het een mensenmarktplaats. Ik breng vraag en aanbod bij elkaar. Mensen delen ervaringen met elkaar, ik kan ze door mijn netwerk met elkaar in contact brengen".

Er wordt verschillend gesproken over de inzet van een digitaal netwerk. De professionals die gebruik maken van blogs, post 's of Twitter (P3, P9, P11, P12, P13) zetten hun digitale netwerk bewust in om mensen te voorzien van hun GGZ kennis. P3: "Noem het een mensenmarktplaats. Ik breng

vraag en aanbod bij elkaar. Mensen delen ervaringen met elkaar, ik kan ze door mijn netwerk met elkaar in contact brengen". "Vanuit mijn (manier van) doen ken ik iedereen. Ik ken heel

veel mensen en heel veel mensen kennen mij. Er wordt patiënten geadviseerd contact met mij op te nemen". Ze onderhouden het netwerk bewust om meer bereik te hebben voor hun informatie. P9 vertelt via de site eraan te werken we om de positie te versterken. "Dat doen we ook op sociale media".

De 3 geïnterviewde psychiaters vertellen hoe ze tegen collega's aanlopen die er aan moeten wennen dat mensen overal advies kunnen vragen (P3, P11, P13). Dat geeft gepikeerde reacties, maar soms wordt er ook via de cliënt bedankt (P13). De netwerken hebben een ver bereik. P3 en P11 vertellen over reacties uit het hele land, P13 over mensen die vanuit Brazilië, Italië of België contact zochten. De andere professionals, voornamelijk degenen die verbonden zijn aan zorgorganisaties, spreken minder over de inzet van een digitaal netwerk. Ze missen het niet (P6) of gebruiken het niet (P1, P2, P5, P7, P8).

De meeste geïnterviewde professionals zouden graag onderling hun ervaringen uitwisselen in een netwerk. P10 vertelt dat hij graag de ervaring van 113Online, die ook vrijwilligers inzetten, zou raadplegen bij de inschatting of Fier! vrijwilligers kan inzetten. P2 wijst op de huidige drempels voor onderlinge verbondenheid. Zij geeft aan dat het dan belangrijk wordt dat er één vorm is over "hoe je online werkt". "Nu is het ontoegankelijk en veel gedoe". P3 geeft aan zijn kennis ook graag voor andere professionals toegankelijk te maken. P13 vertelt contact te hebben met een groepje e-community werkers, "het vibreert".

"Meer samenwerken met andere online hulpverleners lijkt me heel mooi. Ik werk nu weinig samen, het is meer pionieren".

6.6 Wat vertellen professionals over het aspect duurzaam?

"Privacy vind ik de belangrijkste factor rond de toekomstige ontwikkelingen. Ik wil niet dat informatie van ons bij de verzekering terecht komt. Dat zou ik willen weten als ik apps adviseer".

Rondom duurzaamheid komen vooral de thema's privacy, gebruik van (Big) data en het verdienmodel van e-community's aan de orde. Professionals houden zich op verschillende wijze bezig met het thema privacy. P6 vertelt over de zorg dat informatie uit door haar geadviseerde apps bij verzekeraars terecht komt. Ze vindt privacy "de belangrijkste factor rond de toekomstige ontwikkelingen". Veilig bereikbaar zijn en blijven, daar hechten P1 en P8 belang aan. P8 vertelt dat ze in het werk vatbaar zijn voor hack's. Aan de andere kant wijzen de professionals op de verandering in de vraagstukken die rond privacy. P3: "Privacy is zo anders geworden, de wereld is een dorp". P12 merkt op dat privacy regels professionals ervan weerhouden te mailen, en dat ze daar minder last van zouden moeten hebben.

Naast het schenden van privacy door data misbruik, "waar gaan die data heen?" (P12), vragen de professionals zich af wie er aan verdienen. De een maakt het niet uit dat er aan verdiend wordt, als zou ze wel graag een keurmerk voor gegevens verzamelen en apps zien komen (P1). De ander maakt zich er wel druk om. P11 belicht beide kanten: "Gegevens die je intoetst op een app, die worden soms gebruikt voor commerciële doeleinden. De mate waarin data worden gebruikt is schokkend. Aan de andere kant, het commerciële deel groeit, zo steekt de wereld in elkaar. Die app die ik zelf maakte, waarom zou je daar niet aan mogen verdienen? Nu was het allemaal vrije tijd".

Dat veel werk nu gratis tot stand komt vinden de werkers niet professioneel (P3). "Gratis, dat is psychologisch niet goed. Ontwikkelingshulp was gratis, dus was het waardeloos. Al moet je er maar 1 euro voor betalen, dan is het van waarde. Er zit een aspect van waarde aan, niks is gratis. Het fenomeen dat het niets kost klopt niet", aldus P11. Het is lastig structurele financiering te vinden voor de e-community 's. "Door de anonimiteit wordt dit werk niet vergoed maar gesubsidieerd. We verzamelen data voor de subsidieaanvragen"(P4). Die financiering richt zich vooral op de voorziening van informatie, niet op het ontwikkelen van de techniek (P10). Subsidieaanvragen zorgen voor verplichtingen die weer een groot beslag leggen op de (vrije) tijd (P12). P12 en P13 wijzen op het belang gezamenlijk op te trekken rondom financiering.

"Het is nog wel een vraagstuk hoe je dit sustainable krijgt. Dat kan via populatiebekostiging. Je moet nu fondsen werven. Daarin moeten we meer samen optrekken".

6.7 Wat vertellen professionals over het aspect integratie van omgevingen met behulp van innovatie?

"De toekomst wordt heel mooi!".

Wat betreft innovatie verwachten de professionals dat meer interfaces leiden naar meer contact tussen hulpverleners en cliënten, grotere keuzevrijheid van cliënten (P1) en minder administratielast. De toename aan contact mogelijkheden zou niet moeten leiden tot een grotere belasting, geeft P6 aan. Meer behandelen op afstand, waardoor geografie geen beperkende factor is, "dat is toch fantastisch!", aldus P11. Hier wordt ook gewezen naar het mogelijke gebruik van algoritmes, waardoor gedrag in een behandeling kan worden voorspeld, en de behandeling beter kan aansluiten (P6). P9 vertelt mee te hebben gewerkt aan het ontwikkelen van een VR van zijn eigen psychose. "Door ervaren kan je empathie versnellen", vertelt hij. VR ontwikkeling wordt door P3 ook gevolgd met het oog op exposure bij dwang. Deze laatste professional probeert via YouTube ook film in te zetten.

6.8 Wat vertellen professionals over het aspect persoonlijke ontwikkeling?

De professionals hanteren hun werkdruk op verschillende wijze. Ze vertellen over de invloed van de setting van waaruit ze hun werk doen. De professionals met bereikbaarheid gedurende de nacht, bij Fier! en 113Online, vertellen over de invloed van nachtdiensten. P4: "In de nacht ben je minder scherp. Je kunt niet ver weggaan van je computer, onze pauzes staan niet vast, we kunnen wel naar de wc of even thee halen. Het nadeel is wel dat het 's nachts is, dat is lichamelijk ongezonder, het beperkt in het sociale leven, ik heb door mijn werk minder concentratievermogen, het is afgezonderd werk, je ziet 's nachts niet veel collega's, het werkt isolerend. Ik zou meer als team willen werken." P7: "De wisselende diensten vragen veel tijd en energie. Na een avonddienst ben ik futloos en staat mijn leven nog in het teken van 113. Vooral na een drukke dienst".

De professionals vertellen over de druk die een wachtrij voor de chat met zich meebrengt. "Er is een neiging om meer druk op te leggen als er teveel wachtenden komen. Ik wil niet dat we teveel

"Als een server uitvalt of er is onverwacht iets over zelfmoord op tv dan hebben we het heel druk".

afhankelijk worden van het scorebord, daar strijd ik voor. 2 chats tegelijk is eigenlijk al teveel" (P7). P4 vertelt over het aantal chats dat ze tegelijkertijd verwerkt: "Soms doen we wel 10 chats tegelijkertijd. Daarin merk ik een hele hoge werkdruk. Die grote hoeveelheid gesprekken tegelijkertijd. Veel schakelen geeft druk en dat de ander moet wachten. Dan heb je veel minder tijd om na te denken". Haar collega (P10) geeft aan dat als het te druk is in de chat, je het risico loopt dat je gaat antwoorden om het antwoord, en niet meer nadenkt waar je naartoe wilt. P8 wijst op het belang van ontspanning: "Je moet relaxt zijn, je niet op laten jagen door de klok, dan stel je de beste vragen. Na een uur zie je herhaling komen in de chats, dan is het niet heel helpend meer". Andere manieren waarop de druk wordt opgevangen liggen in het bewust ervoor kiezen om te werken vanuit een kantoor waar ruimte is voor ruggenspraak (P10), even ouwehoeren in een open werksetting (P7) en opvang en een wandeling na een intensief gesprek (P7, P8). P8 wijst op het effect van werken met schermen en het belang van pauzes, "het kan heel afstompnd zijn. Soms ben ik heel moe, een soort van dufheid". P6 vertelt dat het online werken juist minder binnenkomt dan haar eerdere ervaringen in face-to-face werk.

De voor de cliënt laagdrempelige toegang tot digitale zorg leidt voor de professional tot balanceren tussen werk en privé. "Het digitale werk is een totaal andere manier van werken. Het heeft veel flexibelere werktijden. Ik neem alleen vakantie voor mijn digitale werk tijdens de zomer. De balans tussen werk en vrije tijd is anders"(P1). P6, werkend vanuit een kantoor, vertelt de balans juist "heerlijk" te vinden in het werk: "Hier is je werk gewoon klaar. Nu doe ik dingen omdat ik ze zelf leuk vind. Het maakt mij een veel gelukkiger mens". P8 vertelt het werk niet mee naar huis te nemen, het werk is thuis uit zijn hoofd.

"Er is geen evenwicht! Ik ben al jaren doorgeslagen. Nogmaals, ik heb een missie".

De twitterende, bloggende en postende professionals (P3,P9, P11, P12) vertellen over het door elkaar lopen van privé en werk. "Door mijn manier van werken loopt het mij over de schoenen. Ik word heel veel gebeld door mijn boek. We zijn onvoorstelbaar bereikbaar geworden. Dat is best heel intensief. Betrokkenheid alsof het vrienden zijn, dat gaat enorm meespelen en dit is grenzeloos", "De grenzen tussen privé en werk zijn volkomen verschoven. Dat is mijn ding. Mijn persoonlijkheidsstructuur is levensgevaarlijk. Ik heb er een soort schaduwpraktijk door opgebouwd die alles van mij vraagt"(P3). Een vergelijkbare reactie geeft P11: "Er is geen evenwicht! Ik ben al jaren doorgeslagen. Nogmaals, ik heb een missie. Maar op een gegeven moment ga ik me terugtrekken. Je kan heel goed ergens voor strijden, maar soms is het ook klaar. Mijn familie komt op de eerste plaats. Digitaal raak je makkelijk uit balans". P12 vertelt dat ze vermoed dat werken vanuit een kantoor haar zou kunnen helpen om het gezond te houden. Ze geeft aan hoe verleidelijk het is om over grenzen te gaan "in een sector waarin je voortdurend een vraag om hulp voelt". P13 vertelt een oplossing te hebben in het inpassen van het werk "in kleine momenten waarop je even niets te doen hebt. Dit kun je doen in de marges van het bestaan".

De professionals vertellen hoe het werk hun persoonlijk vormt. P1 vertelt in dit opzicht over de invloed die intervisie op haar heeft voor haar professionele ontwikkeling, "het geeft transparantie over mijn manier van werken en ik heb veel beter geleerd met feedback om te gaan". P2 vertelt over dezelfde intervisie: "Het voelt een beetje naakt. Je gaat meer met de billen bloot. Als persoon vond ik dat nooit zo leuk maar door het meer te doen heeft het me zekerder gemaakt en durf ik meer". P8 wijst op de zelfbescherming die het online werken hem biedt. Doordat hij mensen niet ziet tijdens een online behandeling, kan hij goed zijn eigen emotie monitoren. Uiteindelijk wil hij graag face-to-face werken, "dat is 'the real thing'".

"De deskundigheidbevordering en intervisie vind ik echt heel erg belangrijk. Het is heel goed voor mijn professionele ontwikkeling".

"Het openbare aspect is best lastig. Ik sta zo sterk in het vertellen van mijn eigen verhaal, dat ik niet zo bezig ben met de reacties van anderen. Het gaat er juist om dat je vertrouwt".

Het openbare aspect van online werken wordt belicht door P9. Hij vertelt dat het "lastig is als iemand je dan diskwalificeert". "Je moet jezelf trainen om jezelf er wat voor af te sluiten en toch in verbinding te zijn. Ik doe dat door open te blijven en mezelf te zijn" (P9). Het vereist dat

je je eigen positie aangeeft en goed voor jezelf zorgt, vertelt hij. P11: "Digitaal moet je dezelfde persoon zijn". Ze vertelt opgeleid te zijn met het idee dat je niets van jezelf mag laten zien, maar dat digitaal gewoon te doen: "Als je zoekt kom je gewoon mijn privé telefoonnummer tegen en of ik kinderen heb en mijn eigen ervaring met depressie". Het gebruik van ervaringskennis heeft een veel persoonlijker invloed op het werk, vertelt P3. "Dat is best heel intensief, er is meer betrokkenheid alsof je vrienden bent. Dat is grenzeloos en gaat wel enorm meespelen. Daar moet je een balans in vinden".

6.9 Analyse van de stimulerende en belemmerende factoren in de invulling van de rol als professional.

Welke stimulerende elementen zien e-community professionals in de invulling van hun rol als GGZ-professional in een e-community?

Analyse van de interviews bevestigt het beeld van de horizontale positionering in een e-community. Het online contact met cliënten is gelijkwaardiger en haalt de professionals uit de 'wij-zij'. Het maakt de relatie menselijker. In deze horizontale positionering gebruiken de professionals strategieën die het probleem oplossend vermogen van de cliënt vergroten. Dit gebeurt door veel te vragen en te checken of ze op het juiste spoor zitten terwijl ze de drang 'het wel te weten' onderdrukken vanuit een nieuwsgierige open houding. Het proces vereist activatie van eigen empathie en inzet van vakbekwaamheid. Hiervoor zien de professionals een meerwaarde in het aanvullend face-to-face werken om beiden te onderhouden. Anonimiteit van een deel van de cliënten verlaagt de drempel tot contact en vergroot de zelfregie. Het werkt als katalysator in het proces van het vergroten van probleemoplossend vermogen en versterkt horizontale positionering tussen cliënt en professional.

De professionals ervaren meerwaarde in regie voeren op de inrichting van hun eigen werkzaamheden. Deze regie geeft de professionals invloed op hun werkbalans en belastbaarheid en vergroot hun eigen probleemoplossend vermogen. In de contexten waar vanuit één organisatie wordt gewerkt vindt de inrichting van werkzaamheden vaker meer centraal gestuurd plaats.

Horizontale positionering stimuleert de professional tot samenwerken, welke wordt versterkt door vertrouwen en wantrouwen bewust te beïnvloeden. Vertrouwen wordt vergroot door online herkenbaarheid. Dit kan door gebruik te maken van een disclaimer, door te richten op een specifieke doelgroep en het professionele karakter kenbaar te maken. Vertrouwen wordt ondersteund door vertrouwenwekkend gedrag zoals moderatie van een forum en terughoudendheid met het gebruik van standaard zinnen. Daarnaast vereist het online werken een basaal vertrouwen in de medemens. Wantrouwen wordt verkleind door alert te zijn op privacy en op datagebruik voor commerciële doeleinden.

De professionals zien het digitale medium als een toegankelijke weg om kennis te delen met cliënten. Deze kennis gebruiken zij bij de wegwijzerfunctie en het ontwikkelen van probleemoplossend vermogen. Inzetten van (eigen) ervaringskennis vinden ze van toegevoegde waarde. Door inzetten van ervaringskennis vervaagt de grens tussen werk en privé. Het openbare karakter van online werken vereist dat de professionals goed in staat zijn hun eigen positie aan te geven en in te nemen. Dit vereist goed hanteren van de balans tussen werk en privé en tussen inspanning en ontspanning. Een balans die juist door het toegankelijke karakter van het werk, verschuift.

Ten aanzien van verwerven en onderhouden van kennis en het stimuleren van de persoonlijke ontwikkeling zien de professionals toegevoegde waarde in het team en een open en leervriendelijke werkomgeving. Hierin worden ze uitgedaagd zelf oplossingen te zoeken, zich kwetsbaar op te stellen en om feedback te vragen. Zij vinden intervisie hiervoor een krachtig middel. Doordat de teksten letterlijk zijn terug te lezen kan goed 'on the job' worden geleerd. In die digitale omgeving achten zij taalvaardigheid, bewustzijn ten aanzien van de onvergankelijke kant van digitale teksten en aandacht voor lagere digitale vaardigheden van cliënten van belang.

De opbouwen en inzetten van een digitaal netwerk wordt door de professionals als ondersteunend aan hun werkzaamheden ervaren. De professionals die niet gebonden zijn aan een organisatie maken veel gebruik van hun netwerk. De professionals zijn nog weinig onderling verbonden. Allen zien een toegevoegde waarde in onderlinge uitwisseling.

Welke belemmerende elementen zien e-community professionals in de invulling van hun rol als GGZ-professional in een e-community?

De professionals noemen een aantal belastende factoren van hun werk in de digitale omgeving. Ze geven aan dat anonimiteit de drempel tot contact verlaagt, maar ook aanleiding geeft tot een hogere drop-out van therapieën. Dit leidt bij de professionals tot therapiemoeheid. Ze vangen dit op door extra uitdaging aan te brengen in hun bijscholing.

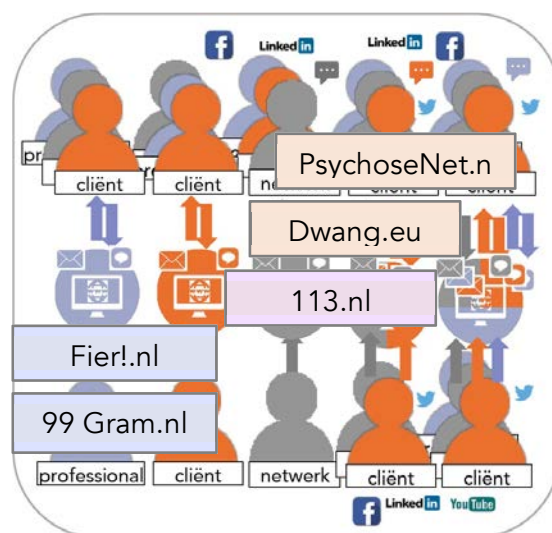
Door 24 uren digitale toegankelijkheid wordt een voortdurende druk gevoeld, zich bijvoorbeeld uitend in een chat wachtrij. Deze druk en het continue appèl kan de professional verleiden tot grenzeloosheid. Een balans die wordt beïnvloed door verschuiving van de grens tussen hun rol als professional en het in horizontale positionering optredende effect van toegankelijkheid en menselijkheid. Op sites met 24 uren bezetting veroorzaakt onregelmatig werken vermoeidheid, verminderde concentratie en geïsoleerd werken in de nacht. Intervisie en werken in teams helpt de professionals de juiste balans te behouden.

Er wordt weinig multidisciplinair gewerkt, vooral op de sites waar vanuit een organisatie wordt gewerkt. Dezelfde groep werkt ook weinig met netwerken. Hier worden de gebrekkige interfaces tussen organisaties benoemd als belemmering. Professionals die werken vanuit een niet organisatie gebonden setting werken wel met een netwerk. Zij lopen aan tegen bestaande landelijke regelgeving, regels vanuit de beroepsvereniging en starheid bij collega's die niet ingesteld zijn op een cliënt die overal advies kan vragen.

De professionals signaleren dat regelgeving omtrent privacy enerzijds belemmerd werkt in digitale uitwisseling binnen een netwerk. Anderzijds vinden de professionals het waarborgen van iemands (online) privacy van groot belang om betrouwbaar te blijven. Onduidelijkheid rondom datagebruik tast deze betrouwbaarheid aan. Inzicht in herkomst van apps en het gebruik van de data ontbreekt. Betrouwbaarheid over de herkomst van informatie en authenticiteit van de informatieverstrekker vinden zij van belang wanneer ze informatie van een cliënt krijgen. De professionals vragen om een databank of keurmerk voor eHealth en mHealth producten. Als laatste wordt op de belemmerende financieringsstructuur, gebaseerd op subsidies, voor verder ontwikkelen van e-community's gewezen.

6.10 Analyse van de onderlinge verschillen tussen de deelnemende professionals en de sites waarop ze werken.

In figuur 6.4 is de positionering van de sites van de professionals nog eens weergegeven. 99 Gram en Fier! zijn traditionele zorgorganisaties die een digitale functie hebben ontwikkeld. 113 online is als online zorgorganisatie ontstaan en werkt vooralsnog alleen online. Dwang.eu en PsychoseNet worden gedraaid vanuit cliënt, netwerk van de cliënt en professionals. Hoe is deze verschillende positionering terug te zien in de wijze waarop ze hun werk inrichten? In het onderstaande worden PsychoseNet en Dwang.eu benoemd als e-community's, en Fier! en 99Gram als organisaties. 113 heeft een eigenstandige positie daartussen.



Figuur 6.4: positionering van de sites van de professionals.

Bij allen staat co-creatie het meest centraal. De organisaties, inclusief 113, zijn instaat een chatfunctie en eHealth aan te bieden. Dit vergt beschikbaarheid van medewerkers op een

vast tijdstip. Met name het eHealth aanbod ligt dicht bij de behandel / tweede lijns functie die de organisaties in de reguliere zorg bieden. De e-community's betrekken veel directer ervaringsdeskundigen bij hun site.

De organisaties werken binnen de organisaties meer in teamverband. De traditionelere interne organisatie biedt meer faciliteiten voor georganiseerde ontwikkeling in teamverband, zoals intervisie. Bij de e-community's ligt de nadruk bij leren en persoonlijke ontwikkeling meer bij het individu. Hier verschuift de persoonlijke ontwikkeling meer naar het individuele proces van zelfontwikkeling. Dit betekent ook een groter accent op vertrouwen als constitutie. Beiden werken met het vormgeven van institutioneel vertrouwen. In de organisaties is dit vormgegeven binnen de kleur van de organisatie, de e-community's dragen de gedeelde ambitie met hun cliëntengroep uit.

Er werd al geconstateerd dat er verschil zit in het gebruik van het netwerk. Hier rapporteren de professionals die in een organisatie werken een grotere terughoudendheid wat betreft belemmering rond privacy kwesties. De netwerkers voelen zich juist gehinderd door landelijke regelgeving van de beroepsgroep of de WGBO. 113 lijkt, wellicht door haar omvang als grootste van de deelnemende sites, de meeste ruimte te kunnen creëren wat betreft innovatie. Dit is echter niet specifiek uitgevraagd.

Zo tekent zich een beeld af waarbij de organisaties aan de ene kant gebruik kunnen maken van interne faciliteiten zoals intervisie, vaste bezetting en bescherming vanuit organisatiecontext. Aan de andere kant lijkt dit een belemmerende invloed te hebben op het werken in organisatie overstijgend netwerkverband en in de samenwerking in een netwerk binnen een e-community. Ze lijken wat behoudender te zijn in het hanteren van de wet- en regelgeving. De individuen die deelnemen in e-community's voelen zich hier vrijer en daardoor ook weer meer belemmerd door landelijke regelgeving. De omvang van het aantal pioniers dat werkt in e-community's is echter nog veel kleiner.



Tijdens dit onderzoek ben ik 2 Facebook groepen gaan volgen, De Nieuwe GGZ en PsychoseNet.

De Nieuwe GGZ is een groep waarop de deelnemers reacties plaatsen, elkaar vragen stellen en ervaringen delen over de GGZ. Ik heb me soms verwonderd hoeveel mooie tips en adviezen er gegeven werden bij een persoonlijke vraag. Daar hoeft een professional echt niets op aan te vullen. Ik heb me ook geërgerd, wanneer er eindeloos werd afgegeven op wat er niet goed is aan de GGZ. Soms heel terecht, op andere momenten was het meer 'hulpverlener-bashen'.

PsychoseNet geeft veel ervaringsinformatie. Het plaatst vooral blogs waarop mensen reageren. De informatie wordt gescreend. De groep is wat minder dynamisch dan de eerste, maar door het ontbreken van de boze lading is het prettiger om te volgen.

Figuur 7.0 De onderzoeker, professional en nieuwsgierige burger.

7 CONCLUSIE EN DISCUSSIE

7.1 Inleiding

De doelstelling van dit onderzoek behelst een exploratie van de rol van de GGZ-professional in de reis van de klant in een (toekomstige) e-community. De horizontale, gelijkwaardige, relatie tussen cliënt en professional tijdens deze reis, staat centraal in de exploratie. Dit hoofdstuk bespreekt de conclusies van het onderzoek. Het start met de beantwoording van de deelvragen geformuleerd in paragraaf 1.3. Vervolgens wordt de centrale vraagstelling van het onderzoek beantwoord. De discussie plaatst de conclusies in de bredere context, de beschouwing reflecteert op het uitgevoerde onderzoek. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met aanbevelingen gericht op stimulerende en belemmerende elementen in het organiseren van de rol van de GGZ-professional in de reis van een klant in een (toekomstige) e-community.

7.2 Conclusies

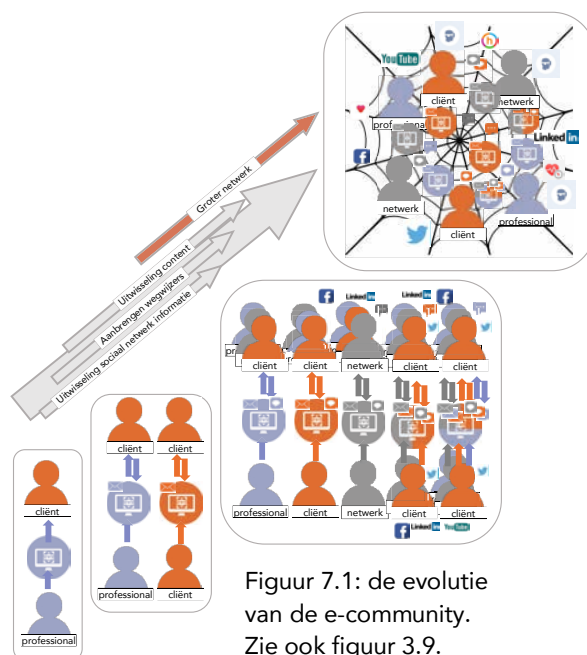
Wat is een e-community? Hoe kan deze zich in de toekomst gaan ontwikkelen in de zorg?

In het theoretisch kader deel 1, hoofdstuk 3, is de ontwikkeling van een e-community in de zorg besproken. Hier is een e-community als volgt beschreven:

e-Community

Een virtuele gemeenschap van twee of meer mensen die vanuit een gedeeld belang of gedeelde behoefte met elkaar interacteren in een digitale omgeving. Deze interactie betreft een breed scala: informatie uitwisseling, sociale uitwisseling / communicatie, uitwisseling of onderlinge verkoop van goederen en diensten.

Het hoofdstuk eindigde met een schets van de evolutie van de e-community (inzet: figuur 7.1, groot: figuur 3.9): waar eerst eenzijdig informatie kon worden ingewonnen via een website van (de organisatie van) de professional groeit het systeem inmiddels naar wederkerige interactie. Er ontstaan gemeenschappen (e-community's), waarbinnen informatie wordt uitgewisseld en ervaringen worden gedeeld in een breed netwerk van cliënten, hun naasten en professionals. Daarbinnen en omheen wordt gezondheidszorg aangeboden via eHealth en mHealth. Wanneer koppelingen, wegbewijzing en uitwisselingen tussen deze systemen (op veilige wijze) tot stand komen, groeien we naar een digitaal ecosysteem van (GGZ-) zorg.



Figuur 7.1: de evolutie van de e-community. Zie ook figuur 3.9.

Bestaan er momenteel e-community 's in de GGZ waarin zowel cliënten, het netwerk van cliënten als GGZ-professionals een aandeel hebben? Welke waarde trachten deze e-community 's in te creëren?

Tabel 3.1 toont een greep uit de huidige websites en e-community's. In deze laatste bieden cliënten, hun naasten en professionals een digitale multideskundige omgeving. Zij vormen een gemeenschap waar ervarings- en multideskundige kennis, weerbaarheidsbevordering en ondersteuning in zelfmanagement wordt geboden en helpen navigeren in het complexe GGZ-landschap (van Os, 2018). Er is sprake van wederkerige waardecreatie (paragraaf 4.4). Cliënten, naasten en professionals werken vanuit een gedeelde waarde, het creëren van positieve gezondheid (Huber et al., 2011). In een e-community gebeurt dit binnen een netwerk, door samen te organiseren met gezamenlijke inbreng (paragraaf 4.4; Jonker, 2014). Zo ontstaat co-creatie binnen een horizontale, gelijkwaardige samenwerking.

Wat is de gewenste waardecreatie voor een cliënt in een e-community in de GGZ op basis van reeds beschreven klantreizen?

Uit klantreizen ontworpen op basis van uitgangspunten van de Wij-maatschappij ontstaat een beeld van de gewenste waardecreatie voor de e-community cliënt (paragraaf 4.2). In een digitale omgeving zijn cliënten beter in staat eigen gezondheidsinformatie te vergaren en zich kritisch op te stellen. Ze hebben behoefte aan (ervarings)kennis, laagdrempeligheid, maatwerk, zelfhulp en zelfregie, opbouwen van een netwerk, delen van ervaringen en waarborging van privacy. De cliënten vormen een heterogene groep, waarbij aandacht voor mensen met minder gezondheids- of digitale vaardigheden van belang blijft. De genoemde kenmerken passen bij de gedeelde waardecreatie, het creëren van positieve gezondheid.

Welke bijdrage levert de professional in de reeds beschreven klantreizen door een e-community in de GGZ, wanneer deze professional zich horizontaal, gelijkwaardig positioneert ten opzichte van deze klant?

In paragraaf 4.3 is op basis van 2 klantreizen, met onderbouwing vanuit literatuur, de bijdrage van een GGZ-professional in een (Wij-maatschappij) e-community geformuleerd.

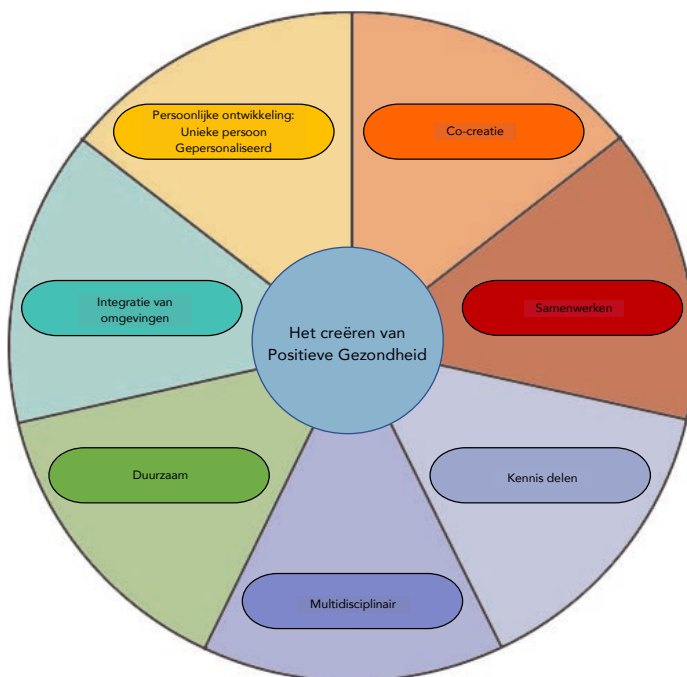
De GGZ professional in een e-community

- Vergaart, modereert, stimuleert tot verzamelen en delen van (ervarings-) informatie.
- Is empathisch, biedt inspiratie en steun en kent zichzelf in dit proces.
- Stimuleert gezond worden en gezond blijven, stimuleert gezondheid en gedrag.
- Werkt samen, stimuleert zelfregie, is een wegwijzer in de community, coacht.
- Werkt in pluriforme netwerken (zowel van de cliënt als professioneel).
- Is toegankelijk, laagdrempelig en blijft betaalbaar.
- Waarborgt eigen persoonlijke ontwikkeling.
- Is innovatief.
- Waarborgt privacy.

Hierin wordt, door de hierboven geformuleerde aard van een e-community, de professional uitgedaagd tot een horizontale, gelijkwaardige, positionering.

Welke aspecten in het organiseren van de werkzaamheden van e-community professionals kunnen we identificeren die bijdragen aan de gewenste waardecreatie voor een cliënt in een e-community in de GGZ?

In een GGZ e-community bestaat het creëren van wederkerige waardecreatie tussen cliënt en professional uit het creëren van positieve gezondheid. Beiden handelen in deze horizontale context volgens kenmerken van de Wijmaatschappij. Deze kenmerken vormen de aspecten die het organiseren van het werk van de professional in een e-community inkleuren: co-creatie, samenwerken, kennis delen, multidisciplinair, duurzaam, integratie van omgevingen met behulp van innovatie, persoonlijke ontwikkeling. Deze aspecten vormen tezamen met de bedoeling van de horizontale samenwerking, het creëren van positieve gezondheid, het conceptuele model van dit onderzoek (figuur 7.2 en figuur 4.4).



Figuur 7.2: het conceptuele model: aspecten van het organiseren van het werk van GGZ-professional in een e-community. Zie ook figuur 4.4

Wie zijn de huidige e-community professionals in de GGZ?

De huidige groep e-community professionals in de GGZ wordt gevormd door een kleine groep voorlopers die interactieve werkzaamheden verrichten in een digitale omgeving. Een deel van hen doet dit door te werken op een chatfunctie, moderatie van een forum of het aanbieden van eHealth modules vanuit een website van een organisatie. Een deel van hen opereert in een groter digitaal netwerk. Hier zijn ze deel van een e-community gericht op een specifieke psychische aandoening en nemen ze deel aan (consumenten) e-community's zoals Twitter, Facebook en LinkedIn. Ze plaatsen onder andere blogs en beheren een forum en e-mailspreekuur. Een deel van de professionals werkt fulltime in deze digitale omgeving, anderen parttime. Soms betreft het vrijwilligerswerk naast een reguliere baan.

*Welke stimulerende en welke belemmerende elementen zien **e-community professionals** in de invulling van hun rol als GGZ-professional in een e-community?*

Co-creatie en werken in een pluriform netwerk stimuleren het creëren van positieve gezondheid.

In de GGZ e-community leidt het gedeelde belang van cliënt en professional tot horizontale positionering. Hierin is het stimuleren van positieve gezondheid de door beiden gedeelde waarde. Het proces van co-creatie, waarin het probleemoplossend vermogen van de cliënt wordt vergroot, beschreven door Hart et al. (2017) en zichtbaar bij de onderzochte professionals, bekrachtigt horizontale positionering. De kwaliteit van de co-creatie verbetert wanneer de professionals beschikken over (vakinhoudelijke) kennis. Deze kennis halen zij op in een netwerk. Wanneer het netwerk steviger staat, beschikken zij sneller en toegankelijker over informatie die kan worden ingezet in hun wegwijzerfunctie. Het belang van dit netwerk wordt onderschreven door Kaats & Opheij (2014). Zij wijzen er op dat een horizontale samenwerkingsrelatie sterker wordt wanneer er sprake is van stevige netwerkverbindingen. In het netwerk kan uitwisseling van ervaringen plaatsvinden, worden geïnnoveerd en vanuit multidisciplinaire invalshoeken worden nagedacht.

Zelfregie versterkt de persoonlijke ontwikkeling. Het innemen van een eigen positie beschermt in een digitale omgeving die verleidt tot grenzeloosheid.

Aandacht voor persoonlijke ontwikkeling, waarin de professional wordt uitgedaagd een eigen positie in te nemen, kwetsbaar te zijn en eigen ervaringskennis in te zetten versterkt de horizontale positionering. Persoonlijke ontwikkeling stelt de professional in staat de juiste balans te houden in een omgeving waarin continue emotionele druk makkelijk verleidt tot grenzeloosheid. De horizontale relatie maakt de professional gewoner, meer mens, en stelt daarmee eisen aan de eigen ontwikkeling en het handhaven van de balans. Hier wordt het belang van een team en/of reflectie in een netwerk genoemd. Binnen dit team wordt zowel samen geleerd en kennis gedeeld als samen ontwikkeld en georganiseerd. Veel invloed op de eigen organisatie van het werk houdt de professional wendbaar in het proces van co-creatie en in het hanteren van de eigen balans.

Een lerende omgeving stimuleert de ontwikkeling van een open, empathische, nieuwsgierige houding.

Naast vakbekwaamheid, onderhouden in een netwerk, zijn een open, nieuwsgierige houding en inzet van empathie van belang. 'Tegennatuurlijke' vaardigheden als het onderdrukken van de gewoonte tot reduceren tot diagnoses en (on)mogelijkheden (Buiting en van Veenendaal in: van den Brink et al. red., 2013) worden door de professionals benoemd als een belangrijke factor in de co-creatie. Open houding, empathie en vakbekwaamheid, worden aangescherpt in face-to-face contacten en in een open lerend team. Een lerende omgeving waarin de professionals zelf worden uitgedaagd hun eigen oplossingen te zoeken. Bespreken van letterlijke teksten en intervisie zijn middelen die de kwetsbaarheid en zelfreflectie stimuleren.

Netwerk samenwerking wordt versterkt met het reguleren van vertrouwen en wantrouwen.

Zowel binnen de horizontale positionering met de cliënt als in het bredere netwerk is samenwerken een belangrijke factor. Kaats & Opheij (2014) wijzen op het belang van het reguleren van vertrouwen (institutioneel, interpersoonlijk en als constitutie) en wantrouwen binnen een horizontale samenwerking. Professionals reguleren het institutionele vertrouwen door te zorgen voor herkenbaarheid. Dit doen zij door gebruik van een disclaimer, focus op een specifieke doelgroep en het kenbaar maken van hun professionaliteit. Interpersoonlijk vertrouwen reguleren zij door vertrouwenwekkend gedrag. Hieronder vallen terughoudendheid in het gebruik van standaard zinnen en moderatie van een forum. Digitale vaardigheden kunnen in deze context worden genoemd. Digitale schrijfvaardigheid, kennis van de digitale omgeving en inspelen op de diversiteit (in digitale vaardigheden) onder cliënten vergroten vertrouwenwekkend gedrag. Daarnaast krijgt door de afwezigheid van face-to-face contact vertrouwen als constitutie een belangrijke lading.

Ontbrekende interfaces, institutionele regelgeving en onbetrouwbaar dataverkeer belemmeren ontwikkeling van een netwerk. Een databank ondersteunt de wegwijzerfunctie.

Wantrouwen wordt gereguleerd door scherp te zijn op de privacy en het gebruik van data van de cliënten. Hier missen de professionals interfaces en ondersteunende regelgeving die het digitale verkeer zelf niet belemmeren. Ze missen tevens het overzicht in de diverse applicaties onder eHealth en mHealth. Het ontwikkelen, samen met gebruikers, van een databank voor deze middelen zou de professionals ondersteunen in zowel het vertrouwen in de applicaties als in hun wegwijzerfunctie.

Een e-community biedt omgeving waarin zorg voor gezondheid en gedrag centraal staan. Het verdient een betere (financiële) impuls voor innovatie.

De professionals kunnen zich makkelijk een beeld vormen van een toekomst waarin door totstandkoming van de juiste interfaces een ecosysteem ontstaat. Een aantal van hen houdt zich bezig met innovaties met betrekking deze toekomst. Ze ervaren echter een belemmering in deze innovatie wat betreft de financiering van e-community's. Deze vindt in de marge plaats, waardoor er weinig ruimte tot innovatie wordt gecreëerd. Een GGZ e-community creëert, mede door de anonimiteit van een deel van de gebruikers, een laagdrempelige toegankelijke omgeving waar cliënten in horizontale, gelijkwaardige positionering worden uitgedaagd tot het ontwikkelen van positieve gezondheid. Een vorm van zorg die nauw aansluit bij de door de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ, 2010) bepleitte richting naar zorg voor gezondheid en gedrag. De ontwikkeling van e-community's verdient door het bieden van deze context betere financiering en innovatieve ruimte.

De centrale vraagstelling van dit onderzoek luidt:

Welke elementen stimuleren en welke elementen belemmeren de horizontale, op gelijkwaardigheid gerichte, rol van de professional tijdens de reis van de klant in een e-community? Welke gevolgen hebben deze factoren voor het organiseren van het werk van deze professional?

De e-community is in ontwikkeling. Interfaces die leiden naar het ecosysteem van de digitale gezondheidsomgeving komen langzaam tot stand. Ontwikkelingen op het gebied van consumenten eHealth gaan snel. De e-community groeit naar een omgeving waarin cliënt, netwerk van de cliënt en professional werken aan het creëren van positieve gezondheid. In deze netwerk omgeving zijn de bezoekers horizontaal, gelijkwaardig gepositioneerd.

Het voornaamste aspect in deze horizontale omgeving is co-creatie. In co-creatie draait het om het vergroten van probleem oplossend vermogen. Een vermogen dat zowel cliënt als professional in staat stelt zich te ontwikkelen. Het kenmerk van hun gedeelde waardecreatie.

Het aandeel van de professional in co-creatie wordt verstevigd wanneer deze professional (ervarings) kennis kan inbrengen. Deze haalt de professional op in face-to-face contacten en in een zijn brede, ook persoonlijke, netwerk. Daarnaast moet de professional in de, door het toegankelijke 24 uren karakter, grenzeloze digitale wereld, een eigen positie durven innemen. Persoonlijkheidskenmerken zoals vertrouwen als constitutie, empathie, een open nieuwsgierige houding en kwetsbaar durven zijn versterken de rol van de professional in co-creatie. De vergelijking van professionals die hier werden geïnterviewd toont dat met de ontwikkeling naar het ecosysteem persoonlijke ontwikkeling steeds belangrijker wordt.

Co-creatie, het ontwikkelen van probleemoplossend vermogen, is voor de professional zelf van belang wanneer het gaat om de inrichting van de werkzaamheden en leren. Om wendbaar te zijn en in balans te blijven in een dynamische horizontale netwerk omgeving heeft de professional regie op de eigen werkzaamheden nodig. Die wordt vergroot wanneer de professional zich begeeft in een open en lerend klimaat met veel mogelijkheden tot zelfreflectie en intervisie.

De rol als netwerker staat niet genoemd in het conceptuele model. Hoe meer we groeien naar een ecosysteem, met horizontale verbindingen, hoe meer deze rol aandacht verdient. Dat komt naar voren in de onderlinge vergelijking van de deelnemende professionals. Netwerker betekent in staat zijn verbindingen te leggen over de organisatiegrenzen heen. Dit vereist vaardigheden op het gebied van samenwerken en multidisciplinair werken in een pluriforme omgeving. Voor een goede horizontale samenwerking reguleert een professional vertrouwen en wantrouwen. Dit wordt georganiseerd met institutionele herkenbaarheid, vertrouwenwekkend gedrag, gevoed door goede digitale vaardigheden en duurzame verbetering rond het beschermen van privacy en dataverkeer. Regelgeving zou meer rekening moeten houden met organisatie overstijgende netwerken en minder inperkend moeten zijn in persoonlijke variatie en ontwikkeling van de professional.

Innovatie is als aspect gekoppeld aan integratie van omgevingen. Net als netwerken is die aandacht voor integratie van omgevingen nog weinig zichtbaar bij de toekomstige professionals. De (belangrijke) innovaties die genoemd worden, zoals het inrichten van een databank, ondersteunen het huidige werk. Vermenging van biologische, technologische en digitale omgevingen, waarin de cliënt gaat beschikken over veel meer mogelijkheden voor het voeren van eigen regie vraagt innovatie. Niet in de laatste plaats een innovatieve impuls aan de e-community zelf!

7.3 Discussie

Binnen het ecosysteem van de digitale gezondheidsomgeving worden netwerken belangrijker. De groei naar het ecosysteem legt nadruk op organiseren in netwerken over organisatiegrenzen heen, gelijk de nieuwe ordening van Rotmans (2017). In hoofdstuk 6, paragraaf 6.10, bleek uit de onderlinge vergelijking dat er binnen organisaties meer institutionele faciliteiten zoals continue bezetting en intervisie zijn. Maar de organisaties (laten zich) remmen door wet- en regelgeving en institutioneel organiseren. De democratisering van de geneeskunde ten gevolge van digitalisering (Topol, 2015) vindt plaats in de zich ontwikkelende e-community's. Ervaringen (van cliënten maar ook van professionals) krijgen hier een podium naast de kennis van de professional. In deze e-community's wordt samen ontwikkeld. Door De Witte en Jonker (2015) getypeerd als 'get the system in the room' in een veranderkundig vraagstuk.

Deze auteurs, De Witte en Jonker (2015), beschrijven hoe lastig het is om over de grenzen van organisaties heen te veranderen. Het veranderkundige vraagstuk, 'een derde orde verandering' (De Witte en Jonker, 2015), dat met de netwerkontwikkeling van de e-community wordt gecreëerd, speelt zich juist buiten organisaties af. De verandering zal vanuit een organisatie maar ten dele kunnen worden gerealiseerd, de verandering vergt een nieuwe inrichting van het systeem (De Witte en Jonker, 2015).

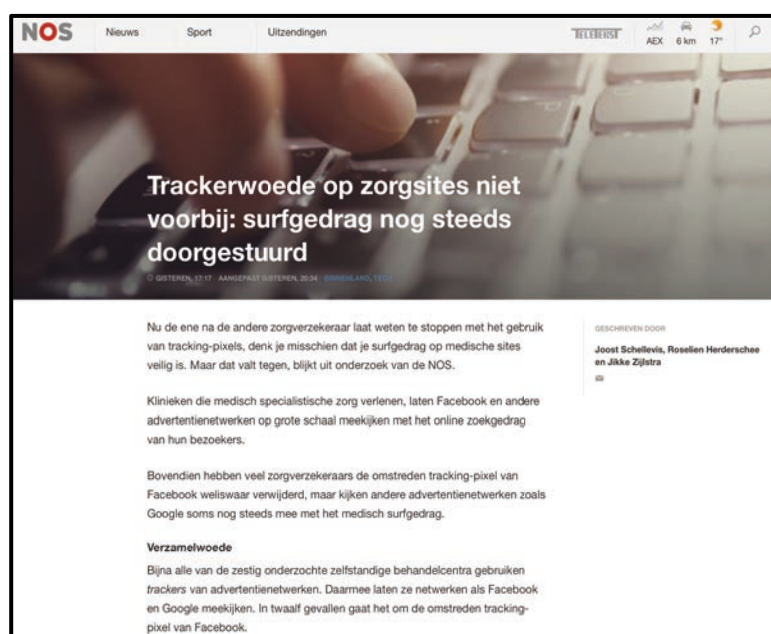
De professionals illustreren de noodzaak de verandering te organiseren buiten een organisatie. Kenmerken die De Witte en Jonker (2015) toeschrijven aan organiseren in de derde orde zien we terug bij de gewenste aspecten van het organiseren van het werk van professionals in een e-community. De auteurs wijzen erop dat het bij organiseren in netwerken draait het om organiseren 'zonder sterren op strepen', zonder verticaliteit. In horizontale ordening ontwikkelt leiderschap zich van solo naar samen en van rang naar rol (De Witte en Jonker, 2015). In het onderzoek zien we dit terug in het belang van persoonlijke ontwikkeling en samenwerken. Het belang van de gedeelde waarde, horizontale co-creatie, komt in deze netwerkontwikkeling meer op de voorgrond te staan. In de hier geïnterviewde voorlopers van e-community's zien we een groep terug die, in termen van de auteurs, werken 'vanuit een tuinhuisje'. Een pilot die zich buiten een staande organisatie ontwikkelt. Dit lijkt de beste omgeving voor ontwikkeling van een e-community.

Digitalisering leidt tot democratisering, maar hoe horizontaal is de organisatie in e-community's echt? Van Dijck et al. (2016), hoofdstuk 3 paragraaf 3.1, wijzen immers op de rol van de beheerder(s) van het platform als 'marktmeester'. Deze zorgt voor herkenbaarheid en maakt keuzes in de inrichting van het platform, waarmee impliciet de norm waaraan

gebruikers moeten voldoen wordt bepaald. Daarachter liggen technologische en economische keuzes die het gebruik sturen. De auteurs wijzen er op dat geen enkel online platform in een vacuüm opereert, en dat veel van het digitale aanbod uiteindelijk een verbinding heeft met 'de grote GAFA 4', Google, Amazon, Facebook en Apple. Deze organisaties spelen een grote rol in ontwikkeling van consumenten eHealth en mHealth. De bedrijven genereren veel innovatie kracht. Tegelijkertijd is het voor gebruikers lastig te doorgronden hoe het commerciële aspect het gebruik van data beïnvloed.

In dit licht is de discussie die recent is opgelaaaid rondom Facebook interessant. De discussie maakt zichtbaar hoe data in (commerciële) e-community's verhandelbaar is en gebruikt wordt voor commerciële doeleinden.

Lange tijd bekend, maar de discussie krijgt wat betreft het thema van deze thesis een extra wending nu zichtbaar wordt hoe Facebook door het gebruik van haar tracking pixels gezondheidsdata van gebruikers van diverse websites verzamelt (afbeelding 7.3, www.nos.nl, geraadpleegd 14 april 2018). Alle in dit onderzoek deelnemende sites hebben op hun site een Facebook verwijzing. Het is voor de cliënt, maar ook voor de geïnterviewde professional vaak onduidelijk hoe dataverkeer in elkaar zit. Is een Facebook verwijzing



Afbeelding 7.3, screenshot website NOS: www.nos.nl, geraadpleegd 14 april 2018.

vergelijkbaar met een tracking pixel? Kan het gebeuren dat gebruik van de sites informatie genereert voor grote commerciële bedrijven? De professionals vertellen in de interviews dat ze niet precies weten hoe het in elkaar zit. De onduidelijkheid en het gebrek aan 'countervailing power' door gebruikers, inclusief de professionals, maakt de e-community's weer wat verticaler ten opzichte van de grote commerciële partijen op de achtergrond. Ook hier zou handhaven van het horizontale aspect van organiseren, door gezamenlijke innovatie en inzicht in verdienmodellen bij gebruikers van belang zijn.

Een ander aspect van de beschreven ontwikkeling naar het ecosysteem van de digitale gezondheidsomgeving en de rol van de professional wordt belicht door Thomas (2017, in: WRR verkenning nr. 36). Hij beschouwt de ontwikkeling van de platformeconomie en in het bijzonder het werk van een freelance professional in deze omgeving. Doordat vraag en aanbod direct bij elkaar kunnen komen zonder tussenkomst van een organisatie, draait het steeds meer om de 'klus' en ontstaat een 'micro-economie' van werken in klussen. Het risico bestaat dat die werker door het 24 uren karakter van digitale platformen, alle momenten gaat ervaren als momenten waarop inkomen verschaft kan worden. Deze economie draagt bij aan het opheffen van grenzen tussen werk en niet-werk en tussen grenzen van werknemer

en werkgever. Hiermee neemt het belang van zelfdisciplineren van de werknemer toe en ontstaan nieuwe onzekerheden zoals de onzekere afbakening tussen werk en vrije tijd (Thomas, 2017, in: WRR verkenning nr. 36). Het hier beschreven effect wordt genoemd door de geïnterviewde professionals als ze wijzen op de grenzeloosheid van het werk, en inpassen van de bezigheden “in de kleine momenten waarop je even niets te doen hebt”.

De ontwikkeling naar een digitaal ecosysteem van (GGZ-) zorg, beschreven in hoofdstuk 3, zet zich voort. Vooral de ontwikkeling van consumenten eHealth lijkt zich minder aan te trekken van het tempo van de werkers binnen de gezondheidszorg. De discrepantie tussen deze ontwikkeling en de in paragraaf 3.3 beschreven afwachtende houding onder zorgprofessionals wordt steeds groter. In de interviews is de starheid onder collega's benoemd wanneer cliënten via digitale kanalen een collega raadplegen. De hier beschreven aspecten van organiseren hebben betrekking op het werken in een e-community. Ze zijn voor een groot deel ook inzetbaar in het organiseren van het reguliere werk en bij het opleiden van toekomstige professionals. Gezien het tempo van ontwikkelen naar het digitale ecosysteem van (GGZ-) zorg, lijken de beschreven aspecten in het organiseren van het werk van de professional in de bredere context van (GGZ-) zorg van groot belang.

7.4 Beschouwing

Dit onderzoek exploreert van de rol van de GGZ-professional in de reis van de klant in een (toekomstige) e-community. De horizontale, gelijkwaardige, relatie tussen cliënt en professional in deze reis, staat hierbij centraal. Vanwege de beperking in tijd die gepaard gaan met een masterthesis is gekozen voor de afbakening te onderzoeken vanuit de professional. Literatuurstudie en dataverzameling richten zich op de rol van de professional. Een exploratie van de rol van de professional in de wederkerige waardecreatie binnen een e-community bezien vanuit de cliënt heeft omwille van de afbakening niet plaatsgevonden.

In een onderzoeksopzet waarbij in plaats van 5 variabele digitale contexten voor 1 context was gekozen, is ruimte om cliënten en hun naasten te bevragen op hun ervaringen. In een dergelijke opzet is de horizontale positionering meegenomen in de opzet van het onderzoek. Er wordt dan ook vanuit het gezichtspunt van de cliënt en het netwerk gekeken naar de rol van de professional en gebruik gemaakt van ervaringsinformatie. Door de extra drempels in het betrekken van cliënten op het gebied van privacy en hun anonimiteit in de digitale omgeving is niet voor een dergelijke opzet gekozen. Het betrekken van de huidige professionals en hun sites in dit onderzoek bleek al een omvangrijke opdracht.

De interviews met de betrokken professionals hebben in februari en maart 2018 plaatsgevonden. De discussie rondom (medisch) datagebruik door Facebook is in april 2018 opgelaaaid. Het is achteraf jammer dat vragen over deze discussie niet meer aan het onderzoek zijn toegevoegd. Wellicht dat deze discussie de uitspraken van de professionals over het commerciële gebruik van data anders had ingekleurd.

7.5 Aanbevelingen

De (GGZ) e-community biedt een krachtige vorm van horizontale, gelijkwaardige digitale uitwisseling tussen cliënt, naasten en professional. Door haar toegankelijkheid is het een omgeving waar informatie uitwisseling en co-creatie kan plaatsvinden en de weg kan worden gewezen naar (zelf)hulp, eHealth en mHealth. Hierdoor ontstaat een omgeving waarin cliënt, netwerk en professional samen werken aan positieve gezondheid. Deze aanbevelingen richten zich op versterking van de rol van de professional in deze omgeving.

Aanbevelingen ten behoeve van GGZ-professionals

- *Ontwikkel vaardigheden gericht op co-creatie.*
Co-creatie, het ontwikkelen van probleem oplossend vermogen, is een centraal aspect in een e-community. Het vereist een open, nieuwsgierige, empathische houding en onderdrukken van de reflex 'het wel te weten'.
- *Ontwikkel samenwerken in een horizontaal organisatie overstijgend netwerk.*
Door digitalisering ontwikkelt zich een toegankelijk ecosysteem van digitale gezondheidsomgevingen. Dit ecosysteem kent organisatie overstijgende verbindingen. Voor de professional betekent dat opereren in en onderhouden van een eigen pluriform netwerk. Hierin staat horizontale samenwerking centraal. In deze samenwerking is het reguleren van vertrouwen en wantrouwen belangrijk. Vertrouwen ontstaat door herkenbaarheid van en voor de doelgroep en goede vertrouwenwekkende digitale vaardigheden. Wantrouwen vermindert door waarborgen van privacy en (kennis over) dataverkeer.
- *Zorg voor een open leer- en werkklimaat met veel ruimte voor persoonlijke ontwikkeling en regie op het organiseren van de eigen werkzaamheden.*
Een open leer- en werkklimaat verhoogt, bijvoorbeeld door inzet van intervisie (in een netwerk), het eigen probleem oplossend vermogen van een professional. Persoonlijke ontwikkeling ondersteunt het innemen van een eigen positie, de inzet van ervaringskennis en het hanteren van de persoonlijke balans in een digitale omgeving die verleidt tot grenzeloosheid.
- *Innoveer binnen een breed netwerk van professionals, cliënten en naasten.*
Inzet van een netwerk van gelijkwaardig gepositioneerde deelnemers maakt innovaties zoals het ontwikkelen van een eHealth / mHealth databank en inzicht in het gebruik van (Big)dataverkeer krachtiger. Het borgt de horizontaliteit in een e-community.

Aanbevelingen ten behoeve van (het opleiden van) toekomstige GGZ- professionals

- *Maak toekomstige GGZ-professionals vertrouwd met digitale ontwikkelingen en het samenwerken in digitale netwerken.*

Toekomstige professionals zullen door snelle ontwikkeling van (consumenten)eHealth veel meer werken vanuit een digitale omgeving. Dit vereist het verwerven van kennis over digitale toepassingen en inzicht in dataverkeer en gebruik van (Big)data.

- *Zet levenslange persoonlijke ontwikkeling al bij de start van een loopbaan centraal.* De toekomstige professional zal meer werken binnen een organisatie overstijgend netwerk. Hierin verschuift het accent van institutioneel handelen naar persoonlijk handelen. Het vereist het zich kwetsbaar durven opstellen, zelfreflectie, vaardigheden in het voeren van regie op de eigen werkzaamheden en voeren van eigen balans.

Aanbevelingen ten behoeve van organisaties betrokken bij GGZ-zorg

- *Ontwikkel de e-community in een organisatie overstijgend samenwerkingsverband.* De e-community kenmerkt zich door het gedeelde belang in een horizontale, gelijkwaardige interactie. Deze kan alleen ten volle tot ontwikkeling komen wanneer cliënten, hun naasten en professionals de ruimte hebben in co-creatie te ontwikkelen.
- *Ondersteun professionals in hun persoonlijke ontwikkeling en zelfregie binnen een netwerk. Zie deze als noodzakelijke vaardigheden in een (open) digitale omgeving.* Wanneer professionals opereren in een organisatie overstijgend digitaal netwerk, wordt hun interne kompas meer gestuurd door het persoonlijke referentiekader en minder door het institutionele referentiekader. Dit kompas verdient aanscherping door het creëren van een open en lerende werkomgeving.

Aanbevelingen ten behoeve van beleidsvormende organen zoals overheid, beroeps- en cliëntenverenigingen en belangenbehartigers

- *Stimuleer de ontwikkeling van organisatie overstijgende interfaces.* Cliënten, hun naasten en professionals zullen steeds meer opereren in digitale netwerken. Professionals blijven in deze netwerken alleen toegankelijk als zij gebruik kunnen maken van drempelloze informatie uitwisseling.
- *Beperk institutionele regelgeving gericht op verantwoording van zorggebruik.* De huidige regelgeving is vooral gebaseerd op instituties. In een netwerkomgeving wordt juist over de grenzen van deze instituties samengewerkt. Laat regelgeving (waaronder regelgeving gericht op privacy en rechtmatigheid van zorg) tot stand komen vanuit een horizontale positionering en met oog voor gedeelde waarden.
- *Stimuleer inzicht en 'countervailing power' in dataverkeer en gebruik van (Big)data.* Door horizontale positionering in een digitale omgeving, in het bijzonder een e-community, te waarborgen met inzicht en 'countervailing power' blijft de kracht van co-creatie in deze omgeving gewaarborgd.



Tijdens het schrijven van deze thesis heb ik veel gehad aan mijn eigen "thesis-e-community". Onze gedeelde waarde: het tot stand brengen van een masterthesis en het uitwisselen van steun.

In alle de interviews is me opgevallen hoe enthousiast de professionals zijn die ik heb geïnterviewd. Dat enthousiasme werkt aanstekelijk. Ik realiseer me dat ik zelf nog veel te weinig online werkzaamheden verricht. Ondertussen ben ik burger, sporter en zorgcliënt, en ga ben ik net als iedereen digitaal. Ongemerkt betreden we de digitale gezondheidsomgeving, hij zit al om mijn pols.

Er is een transitie gaande die aanstekelijk werkt. Creatieve energie bevindt zich tussen organisaties en hangt in de cloud. In deze laatste apps in mijn groepje kondig ik aan de conclusies van mijn thesis te gaan delen in een serie blogs. De eerste stappen op weg naar in mijn eigen online missie!

Arien Storm

BEGRIPPENLIJST

Kenmerken van de Wij-maatschappij

De Wij-maatschappij kent een horizontale, van onderop in netwerken georganiseerde, decentrale organisatie.

Kenmerkend hierin is:

in co-creatie,
samenwerken,
gericht op het delen van kennis,
multidisciplinair,
duurzaamheid,
gericht op de unieke persoon, persoonlijke ontwikkeling, gepersonaliseerd.

De ontwikkeling naar de Wij-maatschappij wordt versterkt door een innovatief proces van integratie van biologische, technologische en digitale omgevingen.

De Wij-maatschappij en gezondheidszorg

Bij gezondheid gaat het om het vermogen tot aanpassen en het voeren van (zelf)regie in de fysieke, mentale en sociale domeinen van gezondheid (Huber et al. 2011).

Er is een breuk met eenzijdig denken vanuit ziekte, de cliënt als burger staat centraal.

Positieve gezondheid: het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren (www.iph.nl, geraadpleegd 2018).

Er is sprake van een horizontale, gelijkwaardige, relatie tussen cliënt en hulpverlener.

In deze relatie is er sprake van oriëntatie op gezondheid en gedrag, situering van zorg thuis, in de wijk en 2.0 (in de digitale omgeving), multidisciplinariteit en toegankelijkheid van kennis laagdrempelig bij de 'voordeur'.

(GGZ) zorg zet de cliënt als burger met benaderd vanuit herstel denken centraal.

(GGZ) zorg is gericht op samenwerken in het netwerk van de cliënt en met partners buiten het zorgdomein, kleinschalig en multi-deskundig.

e-Community

Een virtuele gemeenschap van twee of meer mensen die vanuit een gedeeld belang of gedeelde behoefte met elkaar interacteren in een digitale omgeving. Deze interactie betreft een breed scala: informatie uitwisseling, sociale uitwisseling / communicatie, uitwisseling of onderlinge verkoop van goederen en diensten.

Digitaal platform

Een technologische, economische en sociaal-culturele infrastructuur voor het faciliteren en organiseren van online sociaal en economisch verkeer tussen gebruikers en aanbieders, met (gebruiks) data als brandstof (Van Dijck et al., 2016).

<i>Werkdefinitie van het aspect co-creatie in het organiseren van het werk van de professional in een GGZ e-community:</i> Co-creatie is het gezamenlijk creëren van waarde, door organisatiegrenzen heen, waarin het oplossend vermogen van de cliënt wordt vergroot. Een proces dat er op gericht is het vermogen tot zelfregie te vergroten. Dit vereist van de professional vakbekwaamheid, coachvaardigheden, het vergroten van oplossend vermogen, het stimuleren van gezondheid en gedrag, stimuleren van zelfregie en het fungeren als wegwijzer. De professional richt het eigen werk en het creëren van werkplezier in vanuit een vergelijkbaar proces van zelfregie. Dit betekent werken vanuit de geest van gewenste waardecreatie als richtinggevend kader. Hiermee zorgt de professional voor voldoende beweegruimte om flexibel te kunnen opereren in de co-creatie met de cliënt.
<i>Werkdefinitie van het aspect samenwerken in het organiseren van het werk van de professional in een GGZ e-community:</i> Samenwerken weet cliënt en professional te verbinden in een betekenis gevend proces dat recht doet aan de wederzijdse belangen en gericht op een betekenisvolle ambitie. Hiertoe is het in de horizontale samenwerking binnen een e-community van belang: - dat er sprake is van een goede, herkenbare, formulering van de betekenisvolle ambitie, - dat er voldoende ruimte is voor heterogeniteit, - dat sterke netwerkverbindingen kunnen worden gevormd en - dat er oog is voor de vorming van vertrouwen en de invloed van waakzaamheid.
<i>Werkdefinitie van het aspect kennis delen in het organiseren van het werk van de professional in een GGZ e-community:</i> In de digitale omgeving, waarin kennis snel veroudert, is kennis delen afhankelijk van de wijze waarop informatie wordt vergaard, kennis up-to-date wordt gehouden en wordt geïntegreerd met ervaringskennis van burgers en professionals uit het netwerk. Dit vereist een open lerende omgeving gebaseerd op vertrouwen. Professionals nemen in hoge mate zelf verantwoordelijkheid voor leren, kennis vergaren en ervaringen delen. Om kennis te kunnen delen ontwikkelen professionals digitale vaardigheden waaronder het inschatten van bruikbaarheid en betrouwbaarheid van digitale bronnen, het hanteren van gegevens in een digitale omgeving, het beoordelen en interpreteren van informatie die door burgers wordt aangereikt, inzicht in ICT in relatie tot hun werkzaamheden, afwegingen maken rond de inzet van eHealth, verantwoordelijk en veilig kunnen omgaan met gegevens en kennis hebben van gedragsregels voor digitaal werk.
<i>Werkdefinitie van het aspect multidisciplinair in het organiseren van het werk van de professional in een GGZ e-community:</i> De professional in een GGZ e-community is in staat te werken met informatie en kennis uit een pluriform netwerk. Dit netwerk bestaat uit het netwerk van de cliënt en het brede, professionele netwerk. Hiertoe dient de professional in staat te zijn dit netwerk op te bouwen en te onderhouden en in te zetten bij problemen die qua aard en complexiteit de eigen kennis overschrijden. Om te werken in dit pluriforme multidisciplinaire netwerk moet de professional beschikken over vaardigheden in besluitvorming, conflicthantering, het verdelen van taken naast vaardigheden die beschreven zijn in de aspecten co-creatie, samenwerken, kennis delen en persoonlijke ontwikkeling.
<i>Werkdefinitie van het aspect duurzaam in het organiseren van het werk van de professional in een GGZ e-community:</i> In de huidige werkzaamheden houdt de professional oog voor de lange termijn effecten van deze werkzaamheden op mensen, waardecreatie en maatschappij met inbegrip van zijn/haar eigen rol. Dit is bijvoorbeeld zichtbaar in een bewustzijn van de effecten van het gebruik van data, Big Data, waarborgen en het voeren van een maatschappelijke discussie rond privacy, inspanningen rond de betaalbaarheid van de GGZ e-community, aandacht voor de diversiteit van (vaardigheden van) gebruikers.
<i>Werkdefinitie van het aspect integratie van omgevingen met behulp van innovatie in het organiseren van het werk van de professional in een GGZ e-community:</i> Integratie van informatie uit fysieke, digitale en biologische omgevingen kan alleen wanneer de professional kennis heeft van de technologische mogelijkheden. De professional weet vervolgens deze kennis te combineren en gebruik te maken van professionele en ervaringskennis voor innovatieve ontwikkelingen. De professional is in staat deze ervaringen te vertalen naar manieren van organiseren, managen, werken en samenwerken in de geïntegreerde omgeving.
<i>Werkdefinitie van het aspect persoonlijke ontwikkeling in het organiseren van het werk van de professional in een GGZ e-community:</i> De professional doorloopt een persoonlijke ontwikkeling waarin coaching vaardigheden, empathisch vermogen en zelfreflectie kunnen worden ingezet de relatie met de cliënt. De professional kan desgewenst eigen ervaringskennis inzetten. Daarnaast beschikt een professional op basis van visie en inhoudskennis over gezag waarmee leiderschap kan worden vormgegeven. Met het oog op lange termijn inzetbaarheid blijft de professional streven naar het vinden van een passende uitdaging en weet deze persoonlijke grenzen te hanteren in de balans tussen werk en vrije tijd.

LITERATUURLIJST

Blom, E. (2009). Handboek communities. De kracht van sociale netwerken. Hoofddorp: Bruna. Gratis online editie, <https://www.pleio.nl/file/download/101130>.

Boenink, A.D., Slootweg, I. A., Schols, J.M.G.A. (2010). Hoofdstuk 6: Theorie en modellen van multidisciplinaire samenwerking. In: Leentjes, A.F.G. (red.), Gans (R.O.B.), Schols, J.M.G.A., van Weel, C. Handboek Multidisciplinaire zorg. Utrecht: De Tijdstroom.

Commissie Toekomst beschermd wonen. (2015). Van beschermd wonen naar een beschermd thuis. Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten.

Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., van Os, J. (2016). Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie. Leusden: Diagnosis uitgevers.

De Witte, M, Jonker, J. (2015). De kunst van veranderen, bewegen naar de kern. Deventer: Vakmedianet.

Esmeijer, J., van der Klauw, D., Bakker, T. Kotterink, B., Mooij, R. Doe-het-zelf Zorg. Disruptieve effecten van consumenten-eHealth. Leiden: TNO, 2015.

Federatie Medisch Specialisten. (2017). Visiedocument Medisch Specialist 2025, ambitie, vertrouwen, samenwerken. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten.

Fitzsimmons J.A., Fitzsimmons M.J., Bordoloi S.K. (2014). Service management; operations, strategy, information technology (hoofdstuk 2, international eight edition). Singapore: Mc Graw Hill Education.

GGZ-Nederland. (2009). Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de (langdurige) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. www.ggz nederland.nl: publicatienummer: 2009-349.

Hart, W., Buiting, M. (2013). Verdraaide organisaties, terug naar de bedoeling. Deventer: Kluwer.

Hart, W., Buiting, M., Klarenbeek, R. (2017). Anders vasthouden. 9 sleutels voor het werken vanuit de bedoeling. Hoofddorp: Vakmedianet.

Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A.R., Kromhout, D. How should we define health? BMJ 2011;343:d4163.

Jonker, J. (red). (2014). Nieuwe business modellen, samen werken aan waardecreatie. Amsterdam: Stichting OCF2.0, Academic Service, Boom uitgevers (joint venture).

Kaats, E., Opheij, W. (2014). Leren samenwerken tussen organisaties : Samen bouwen aan allianties, netwerken, ketens en partnerships. Deventer: Vakmedianet.

Kernteam eCommunity: Marsman, A., Fokkink, R., Haitsma, M., Milo, M., Jeekel, P., Brandenburg, B., Reuser, L., van de Belt, M., Willems, M., van Middendorp, S., de Bruijn, K., Ockeloen, G., van Veen, L., de Witte, M. (2017). Beter met elkaar. White paper, versie 1.0. 16 januari 2017.

Keur, M. Hoe ethisch is e-health? Omgaan met morele dilemma's. ICT & health 2017: nr. 06/2017, 50-51.

Poiesz, T., Caris, J., & Lapré, F. (2016). Gezondheid: een definitie? Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 94(7), 252-255.

Projectgroep Plan van aanpak ernstige psychische aandoeningen (2014). Over de brug, Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ). (2010). Gezondheid 2.0. U bent aan zet. Discussienota. Den Haag: Koninklijke Broese en Peereboom B.V.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ). (2010). Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. Adviesnota. Den Haag: Koninklijke Broese en Peereboom B.V.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ). (2015). Consumenten-eHealth. Den Haag: Xerox/OBT.

Rotmans, J. (2017). Omwenteling van mensen, organisaties en samenleving. Amsterdam: De Arbeiderspers.

Schwab, K. (2016). The Fourth Industrial Revolution. World Economic Forum.

Topol, E.J. (2015). The patient will see you now: the future of medicine is in your hands. New York: The Perseus Books Groep.

Van den Brink, R., Timmermans, J. E., Havers, H. J., & van Veenendaal, H. (Eds.). (2013). Ruimte voor regie: pioniers over zelfmanagement in de zorg.

Hoofdstuk 1: Grypdonck, M. Zelfmanagement.

Hoofdstuk 2: Timmermans, J. E., Havers, H.J. Het generiek model Zelfmanagement.

Hoofdstuk 23: Buiting, M., van Veenendaal, H. Zelfmanagementondersteuning en professionals.

Van Dijck, J., Poell, T., de Waal, M. (2016). De platformsamenleving. Strijd om publieke waarden in een online wereld. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Van Os, J. (2018). Multideskundige eCommunities als onderlegger van een Publieke GGZ. Tijdschr Gezondheidswetenschappen (2018). <https://doi.org/10.1007/s12508-018-0125-2>. First online 12 maart 2018.

Van Vliet, K., Grotendorst, A., & Roodbol, P. (2016). Anders kijken, anders leren, anders doen. Grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk. Diemen: Zorginstituut Nederland.

Van Zuthem, J.W. (red.), Kroon, F., Wunderink, C., van Weeghel, J., van Rooijen, S. (2017). Ondersteuning van psychisch kwetsbare mensen in ambulante begeleiding en beschermd wonen. Jaarboekenreeks participatie en herstel 2017-2018. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Verschuren, P., Doorewaard, H. (2016). Het ontwerpen van een onderzoek. Amsterdam: Boom uitgevers, vijfde druk.

Volberda, H. (2017). Bent u klaar voor de vierde industriële revolutie?. Maandblad Voor Accountancy en Bedrijfseconomie, 91, 4.

Wetenschappelijke raad voor het regeringsbeleid. WRR- verkenning nr. 36 ' Voor de zekerheid'. Digitale publicatie 07-02-2017:
<https://www.wrr.nl/publicaties/publicaties/2017/02/07/voor-de-zekerheid-per-hoofdstuk>.
Hoofdstuk 8: Thomas, C. De IK-BV. Hoe digitaal delen werk verandert.

Wouters, M., Swinkels, I., Sinnige, J., Jong, J. D., Brabers, A., Van Lettow, B., Friele, R. Van Gennip, L.(2017). Kies bewust voor eHealth: eHealth-monitor 2017. Den Haag en Utrecht: Nictiz en het Nivel.

Yin, R. K. (2002). Case Study Research, Design and Methods. Second Edition. London, New Delhi: Sage publications. Hoofdstuk 1 en 2.

GERAADPLEEGDE WEBSITES

Op volgorde van datum van raadplegen:

NOS: <https://nos.nl/artikel/2215075-de-nieuwe-groeimarkt-voor-techgiganten-gezondheidszorg.html>, geraadpleegd 3 februari 2018.

De nieuwe GGZ: <http://www.denieuweggz.nl>, geraadpleegd 3 maart 2018.

IPH, <https://iph.nl/positieve-gezondheid/>, geraadpleegd 3 maart 2018.

Strava, <https://www.strava.com>, geraadpleegd 4 maart 2018.

Wikipedia https://en.wikipedia.org/wiki/Online_community , geraadpleegd 4 maart 2018, zoekterm definitie e-community.

Nictiz: <http://kennismagazine.nictiz.nl/online-inzage-hoe-regelen-we-dat#/argumentenwijzer-online-inzage>. Zoekterm: argumentenwijzer Nictiz, geraadpleegd 11 maart 2018.

<https://nos.nl/artikel/2227169-trackerwoede-op-zorgsites-niet-voorbij-surfgedrag-nog-steeds-doorgestuurd.html>, geraadpleegd 14 april 2018.

MIND: <https://wijzijnmind.nl>, geraadpleegd 19 april 2018.

MiiND: <http://www.miind.org>, geraadpleegd 19 april 2018.

PsychoseNet: <https://www.psychosenet.nl>, geraadpleegd 19 april 2018.

Jouw Omgeving: <https://www.jouwomgeving.nl>, geraadpleegd 19 april 2018.

113.nl: <https://www.113.nl>, geraadpleegd 19 april 2018.

Minddistrict: <https://www.minddistrict.com/nl-nl>, geraadpleegd 19 april 2018.

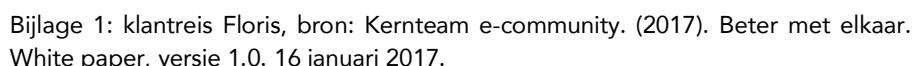
Proud2Bme: <http://www.proud2bme.nl>, geraadpleegd 19 april 2018.

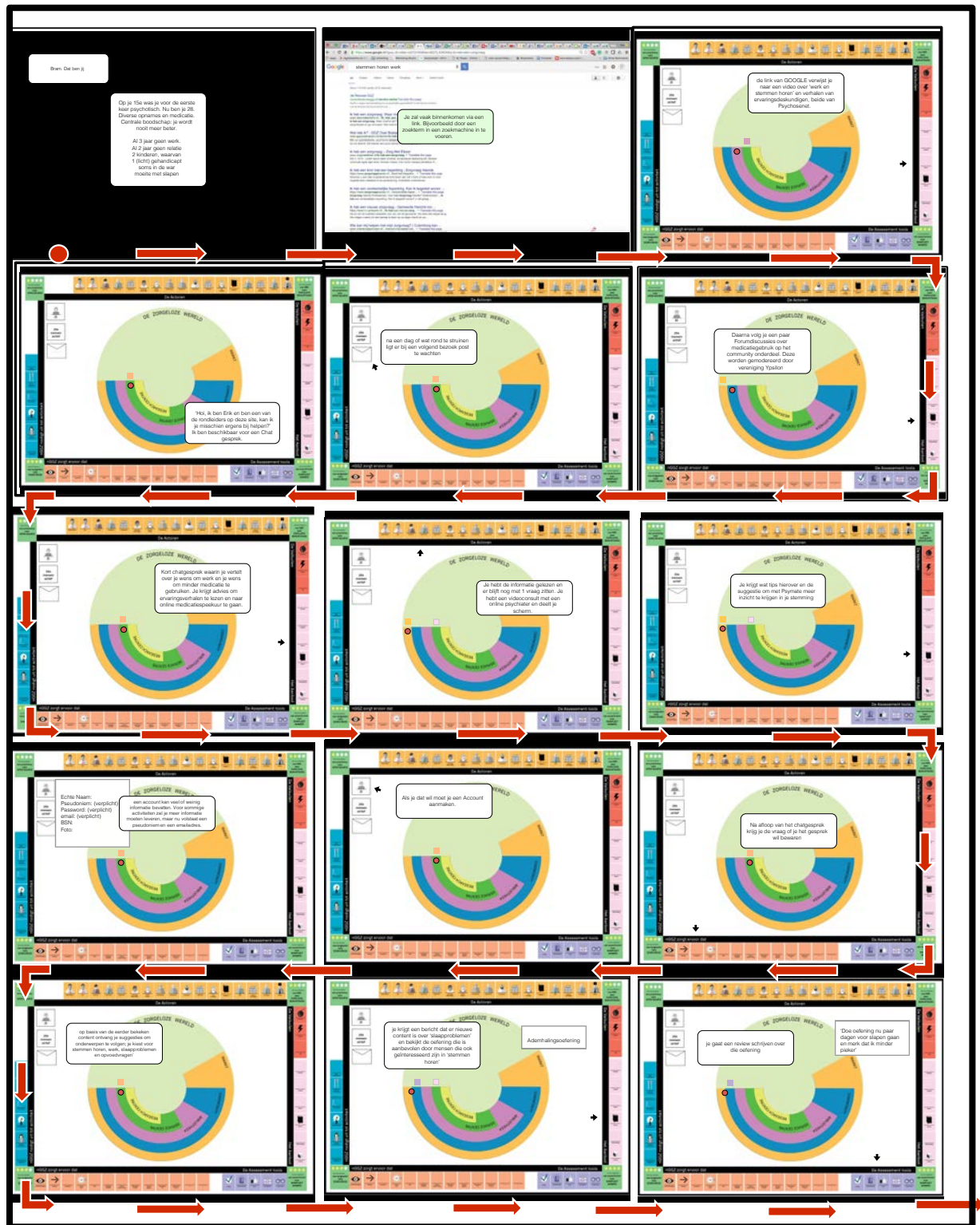
Dwang.eu: <https://www.dwang.eu>, geraadpleegd 19 april 2018.

99 Gram: <https://www.99gram.nl>, geraadpleegd 19 april 2018.

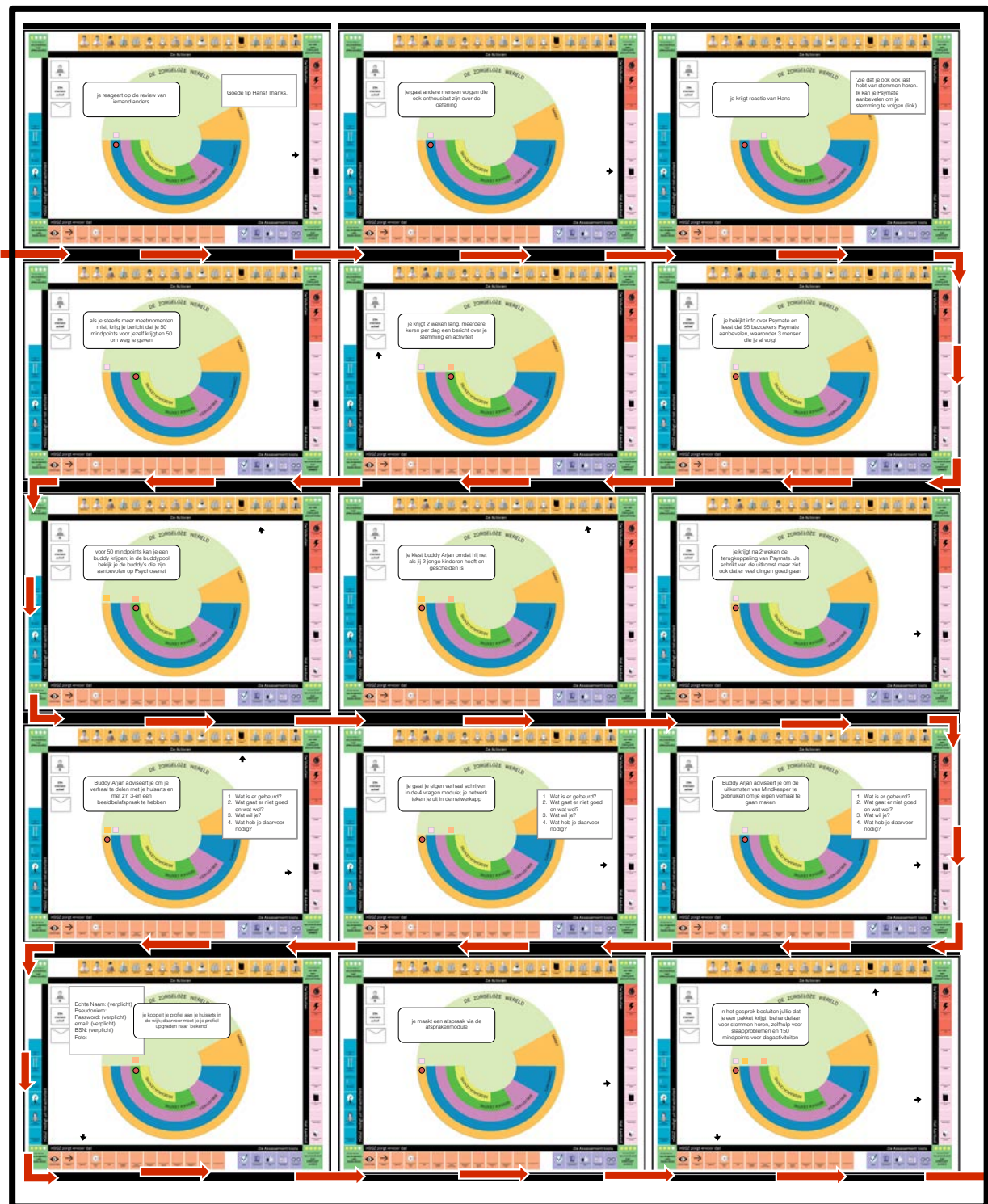
Fier!: <https://www.fier.nl>, geraadpleegd 19 april 2018.

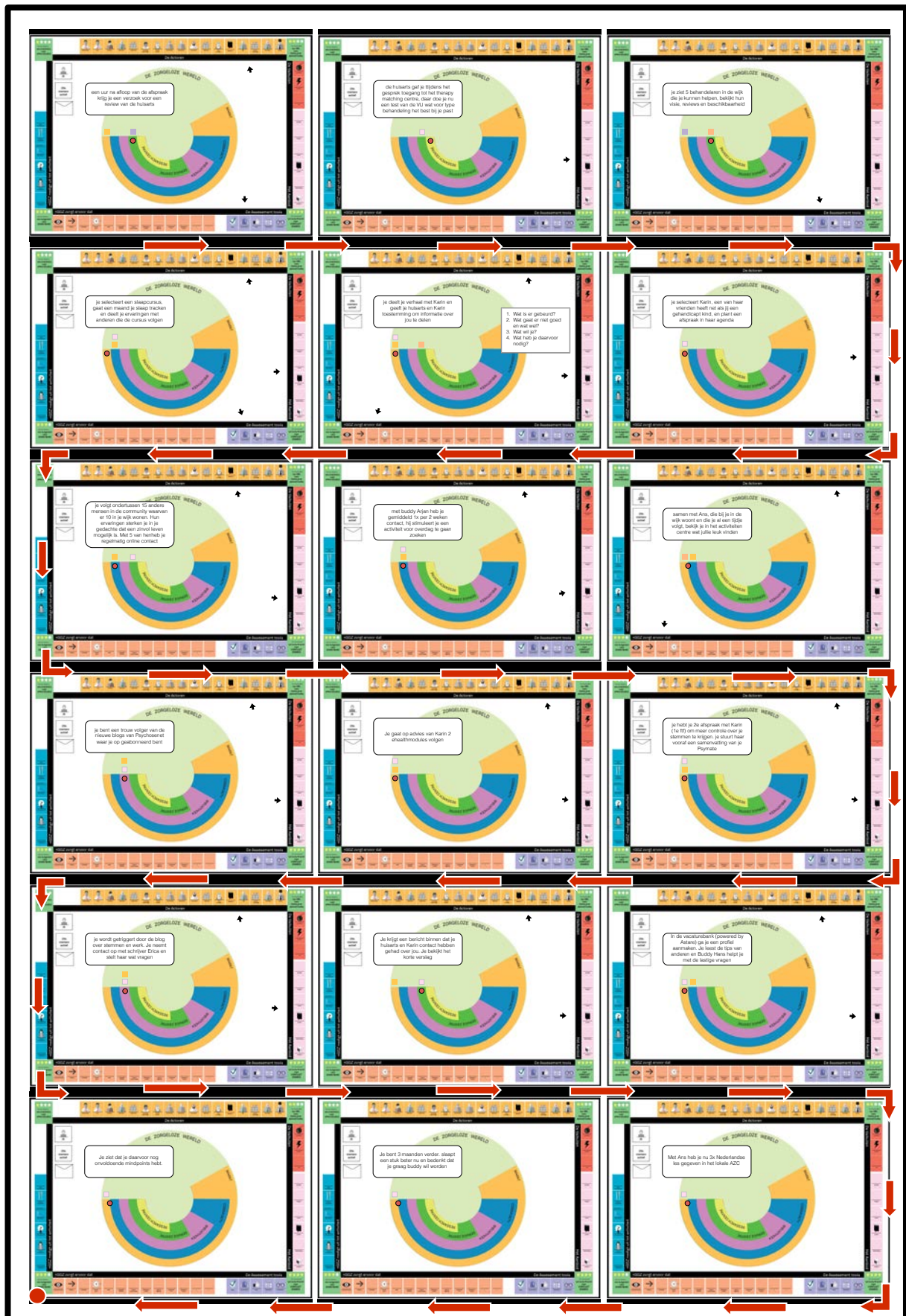
klantreis Floris - man (19) met gevoeligheid voor psychose





Bijlage 1: klantreis Bram, bron: M. Milo (kernteam e-community), 2017.
Klantreis bestaat 3 pagina's, route: route pijl volgen.





Bijlage 2: Overzicht van te bespreken thema's in de interviews

- organisatie dienstbetrekking / zzp
- opleiding / beroep
- huidige functies
- werkzaamheden digitale omgeving
- aantal uren e-werk, aantal uren dienstverband/regulier werk

Wat doe je precies? Welke werkzaamheden? Cijfer?

Met hoeveel mensen werk je samen / werk je in een team of alleen ?

Relatie / samenwerken / co-creatie?

Cliënt: Is het werk anoniem? Ken je de cliënt? Verhoud je je net zo tot deze cliënt als in het reguliere werk of zit daar verschil in? Hoe ervaar je dat? Wat betekent dat voor je werk?

Betitel je dat meer/ minder/ zelfde als co-creatie? Wat houdt dat voor jou in? Wat werkt in deze vorm van hulp? Wat komt de klant in zo'n omgeving halen? Wat draag je bij aan wat de klant van je vraagt? Wat is jou rol daarin?

Andere professionals: Werk je samen met anderen? Hoe sta je met ze in contact? Hoe ga je om met situaties waarin je wilt op/bij-schalen? Zijn die er?

Belasting/werk/vrije tijd balans?

Is het betaald werk? Is het vrijwillig? Hoe ga je om met werk/vrije tijd balans, is die anders? Welke factoren zijn van belang in deze keuzes? Vind je het werk belastend? Zou je het fulltime kunnen doen? Hoe is het om dit fulltime te doen?

Lerende omgeving

Leer je van dit werk? Wat heb je geleerd? Wat helpt je om te leren? Wat stimuleert leren?

Hoe heb je dit werk geleerd? Wat zijn je grenzen? Heb je die/ liggend die anders dan regulier?

Zelforganisatie

Hoe deel je je werk in? Heb je opdrachten, moet je doelen halen? Is dit anders dan je reguliere werk? Hoe word je gefaciliteerd in je werk? Wat heb je nodig om dit werk te doen? Wiens verantwoordelijkheid is dat?

Uitleg e-community stadia/ontwikkeling m.b.t. beeld van de toekomst

Herken je deze stadia? Hoe zie jij het voor je? Wat komt de klant in zo'n omgeving halen?

Is dit er al denk je? Wat draag je bij aan wat de klant van je vraagt? Wat is jou rol daarin?

Stap je in op hetzelfde punt van de route van de klant als in je reguliere werk of verschilt dat?

Wat is stimulerend, welke onderdelen in je huidige werk dragen bij aan het bereiken van deze toekomst? Wat is belemmerend? Gebruik je apps? Hoe ga je om met info van de klant of zijn dossier? Wat weet je van verdienmodellen in de digitale omgeving? Wat vind je daarvan, denk je daar over na?

Wat vind je stimulerende factoren in je huidige e-werk? Wat vind je absoluut noodzakelijk?

Wat vind je belemmerende factoren in je huidige e-werk? Wat staat er in de weg

Co-creatie

Bijlage 3 : Overzicht van citaten uit de interviews

Het vergroten zelf oplossend vermogen van / zelfregie door de cliënt
P1: Dat doe ik bijvoorbeeld door veel frequenter contact te maken. Dat geeft weleens druk. Ik log 's avonds dan nog even in. Het vraagt extra commitment van mij als behandelaar. Ik kan dat commitment wel plannen, dat is een voordeel, op het moment dat het mij uitkomt. Bijvoorbeeld door 2 of 3 keer per week mijn mail te checken, waarin de reacties van de cliënt van de eHealth behandeling binnenkomt.
P1: Het doel van een chat is dat zij zelf zoveel mogelijk de oplossing verzinnen. Door dit werk heb ik zo geleerd niet voor de ander te denken. Ik vind dat cliënten veel meer zelf kunnen, wijsheid zit in iemand zelf.
P2: Doordat cliënten anoniem zijn heb ik geen controle op hoe het met ze gaat. Ik kan het wel loslaten want ik kan er niets aan beïnvloeden. Het voordeel is dat ik makkelijker de regie bij de jongere kan laten, ik kan het ook echt niet van ze overnemen.
P2: Ik heb van de chats geleerd erg door te vragen en iet in te vullen. Dat heb ik meegenomen naar mijn gewone werk. Snel een kant opgaan werkt niet, je moet doorvragen.
P2: Online hebben jongeren veel meer regie dan in mijn reguliere werk. Voor mijn positie maakt dat niet uit. Voor wat ik kan bieden maakt het wel verschil. Online leg je de regie sneller terug.
P2: Tijdens de chat volg je een vast methode: eerst veel vragen stellen en kennis ophalen. Dan overeenstemming maken over de kernvraag en dan de vraag beantwoorden en afsluiten.
P4: Wat werkt? Dat ons werk erop gericht is iemand te motiveren is een kracht van het werk. Het is soms ook juist bij de niet-anonieme doelgroep van toegevoegde waarde. Doordat je elkaar niet ziet tijdens een chat. Ze hoeven dan niemand aan te kijken als ze huilen en kunnen de tijd nemen. Ze kunnen bedenkelijk kijken zonder dat het iets met de ander doet. Het geeft je meer bewegingsmogelijkheid. Je kunt iemand ook helpen om de eigen hulpverlener in vertrouwen te nemen.
P5: In een chat moet je niet te snel interpreteren. Je moet een nieuwsgierige open houding hebben. Want je hoort en ziet niets. Seksueel misbruik moet je benoemen en echt specifiek doorvragen. En je moet steeds vragen of het klopt.
P5: De chat is er heel erg op gericht om de ander te motiveren. Dat is moeilijk. Ik wil ze wel eens door het scherm trekken, maar uiteindelijk moeten ze het zelf doen.
P5: Een chat kost veel tijd omdat je bezig bent om vertrouwen te wekken. Uiteindelijk dient elke chat een ander doel. Je helpt heel veel mensen per dienst, soms wel 40 a 50, dat is heel effectief.
P7: Wat is wel moeilijk vind ik dat je als je de chat beëindigt niet weet hoe het met iemand afloopt. Soms sluiten ze zomaar af en weet je niet hoe het afloopt. We hebben weleens van een nabestaande gehoord dat iemand suicide heeft gepleegd en dat wij het laatste nummer waren dat iemand draaide. Het gaat om best zware problematiek: eenzaamheid, pesten, naaktfoto's op internet.
P7: Je maakt maar een stukje van iemand mee bij de chat. Soms zijn mensen al heel lang in de hulpverlening en zijn ze vastgeroest. Mensen die niet te bewegen zijn zijn moeilijk, dan is het fijn dat je ze maar een klein stukje meemaakt. Het is dan heel erg gericht.
P8: Bij een chat moet je zelf je empathie meer activeren.
P10: Het voordeel van alleen maar communiceren via tekst en anoniem is dat het makkelijker bij de ander kan laten. Nadeel is dat je niet goed kan voelen, je krijgt minder context.
P11: Soms zijn er mensen met een oeverloze behoefte aan erkenning, die blijven dan vragen, dat merk ik weleens via e-mail. Als je antwoord krijg je steeds weer een vraag. Dat is niet altijd handig. Face-to-face is dat anders, je mist nu de non-verbale communicatie, en juist als je iemand moet begrenzen is dat lastig.
P11: Je hebt ook de mogelijkheid de ander in het zonnetje te zetten, dat vind ik ook erg aardig.
P12: eHealth is geen koude zorg, het is ook hele warme zorg die wordt ondergewaardeerd.
P13: Probeer niet een scripted relatie met de ander te krijgen. Geef niet toe aan de drang te denken dat je het wel weet. Bekijk de ander met verwondering.
P13: Er is een enorme empowerment van de patiënt gaande. Mensen gaan de geneeskunde inrichten. We zitten teveel in een systeem waar we diagnoses moeten stellen, waar te weinig plaats is voor ervaringsdeskundigheid. We worden te weinig geleerd hoe je kan werken met verhalen, hoe je mensen weerbaarder maakt.
P13: Je kunt zo heel veel mensen gerust stellen, die horen stemmen. Dat is een menselijke ervaring, het betekent lang niet altijd dat er een zorgbehoefte is. Mensen vinden het heel prettig als je dat doet, normaliseren. Ze vertellen hun ervaring in de hulpverlening: er wordt helemaal niet met mij gepraat. Daarom is het dankbaar werk.

Vakmanschap/vakbekwaamheid van de professional
P2: Het is soms wel meer een schot hagel, allereerst het zelfde pakket voor iedereen. Je kunt meer op de persoon inspelen door meer uit te vragen, maar dan heb je wel meer informatie nodig. Op bepaalde punten is het dus meer standaard, maar het werkt niet als je het niet persoonlijk maakt, dan haakt iemand af.
P4: De interventies zijn gericht op stabiliseren en het creëren van veiligheid.
P5: Je moet bij het voeren van een chat weten waar je het over hebt. Je moet deskundig zijn op ons vakgebied en in het voeren van chatgesprekken.
P5: Wij werken nieuwe medewerkers in. Je moet voor dit werk minimaal HBO hebben. Je leert online gesprekstechnieken, motiverende gespreksvoering, CGT en psycho-educatie.
P6: Bij telefonische behandelingen wordt je empathie meer wakker gemaakt dan bij de chatfunctie. Die input heb je online niet. Telefonisch zijn er meer signalen op te pikken door intonatie waardoor je sneller een beeld krijgt. Je maakt een stabiel beeld. Online maak je ook een beeld van de ander in je hoofd.
P6: Voor het behoud van mijn registratie mag ik niet online behandelingen gebruiken, dat is wel een probleem. Ik vind het logisch dat als je face-to-face behandelingen geeft dat je daar onderhoud moet blijven plegen. Onderhoud in face-to-face contact maken, dat zijn non-verbale vaardigheden die wegzakken. Face-to-face moet je meer integreren op verschillende niveaus van contact. Bij een chattherapie heb je veel tijd om na te denken wat je gaat zeggen.
P6: Het beetje afstand van de online therapie is wel goed, ik blijf beter bij mijn eigen plan voor de therapie, dit kan ook een nadeel zijn omdat je de emoties mist.
P6: Do's: Wat werkt goed in dit type werk: de afwisseling. Niet alleen maar aan de chat zitten maar ook therapieën doen. En het zou ook goed zijn als je het kan afwisselen met face-to-face therapie. Echte mensen zijn goed voor je sensitiviteit.
P7: Na dit werk zou ik wel weer face-to-face willen werken.

Wegwijzerfunctie
P1: Ik laat jongeren vaak zelf informatie zoeken. Ik geef ze dan een naam van een website en dan kunnen ze zelf kijken.
P1: Ik verwijs wel naar andere sites of apps. Ik verwijs vooral naar sites die ik vertrouwd vind, zoals die van het voedingscentrum. Maar ook bij 'vertrouwde sites' weet ik niet zeker of het goede informatie is. We praten daarover met elkaar als collega's. Wat we wel of niet vertrouwde informatie vinden. We letten dan op welke organisatie er achter die site zit en of die bekend staat om gedegen onderzoek. Ik zou er wel behoefte aan hebben te weten wat goede informatie is.
P3: Ik zou graag willen dat er in plaats van 20 sites met bullshit 1 goede is. 1 plek waarop je alles kunt vinden. Er is daarnaast een wereld te winnen met psycho-educatie via YouTube.
P4: Ik zou niet zomaar wat aan apps of eHealth adviseren. Ik zou alleen willen aanbieden wat wij goed vinden. Nu bieden we modules van Minddistrict aan. We moeten wel weten waar Fier voor staat, we werken met kwetsbare doelgroepen.
P7: We verwijzen veel naar internetsites.
P7: Verwijs je naar andere sites of apps? Ja. Ik let er op of de sites en apps die ik aanbeveel toegankelijk zijn en of ze aansprekend zijn. Door dit werk ben ik veel naar apps gaan kijken.
P8: Apps gebruiken? Ik zou wel een sociale kaart van bruikbare apps willen. En ik zou wel willen weten welk verdienmodel er achter zo'n app zit. Ik wil weten wat ze registreren van de hulpvrager.
P11: Wanneer mensen mij benaderen met een vraag bel ik ze soms. Daarna kan ik ze bijvoorbeeld goed verwijzen.
P11: Ik leer bij van de nieuwe toepassingen. Ik heb zelf ooit een app gemaakt. Ik adviseer apps en onderzoek of er bruikbare zijn. Kan iemand het gebruiken, wordt iemand er beter van om de app te gebruiken. Ik hoor ervaringen over het gebruik van mijn patiënten, zo hoor ik of het bruikbaar is. Ik let er op waar de app is ontwikkeld.
P12: Ik hou een overzicht bij van apps en volg eHealth ontwikkelingen. Ik kijk wat er op de markt verschijnt. Ik kijk wat een app kan en onderzoek of het voor iemand functioneel kan zijn. Ik kijk waar de app vandaan komt, en of die vaak gedownload wordt. Ik vraag me wel af hoe lang mensen al die apps langdurig gebruiken.
P13: Mensen kunnen eerst informatie zoeken en dan gewapend met die informatie naar de huisarts gaan.
P13: Het idee dat wij meer kennis hebben staat onder druk. Ik probeer mensen op het spoor van informatie te zetten. Als ze mij een vraag stellen help ik ze zelf informatie zoeken. Ik help mensen navigeren.

Zelforganisatie van de professional
P1: Het team is erg gedreven, problemen worden in dit team altijd opgelost. Wij zijn het enige team binnen de organisatie dat zelf zijn uitjes betaalt. Dat vinden we allemaal heel erg belangrijk, we vinden dit werk heel erg belangrijk. We betalen ook voor onze stagiaires.
P1: De enige eis die ik heb is een goede WIFI verbinding. Ik doe dit werk vanuit huis. Daar vind ik het mijn eigen verantwoordelijkheid hoe ik werk. Ik zit bijvoorbeeld beroerd, maar dat doe ik zelf.
P1: Als onze organisatie waar ik in dienst ben zo stoppen zou ik ander werk zoeken. Maar als de organisatie zou besluiten te stoppen met 99 Gram dan zou ik zelf een poging doen die site toch in de lucht te houden.
P2: Ik bepaal min of meer zelf wanneer ik werk. Mijn reguliere werk is volgens een rooster. Daaromheen plak ik zelf de werkzaamheden voor mijn online werk.
P3: Dan is het lastig om te omschrijven wat je positie is. Zodra ik een advies geef als psychiater heb ik een behandelrelatie. Die juridisering van de geneeskunde is beknellend.
P4: We registreren onze contacten. Onze werkplek is op 1 van de behandelgroepen van Fier. Wij zijn ondersteunend aan de nachtdienst.
P4: Wij werken 6 nachten per week. Ik maak de roosters. Bij de roostering letten we erop dat het ritme ok blijft. We werken altijd op een locatie van Fier omdat we aanvullend zijn aan de nachtdienst. Daarom kunnen we niet weg. Het is niet gewenst dat dit vanuit huis gebeurt. Kan ook niet want we moeten op kantoor zijn om alles te kunnen registreren. Dat is gekoppeld aan de computers op het werk.
P5: In de nacht ben je minder scherp. Je kunt niet ver weggaan van je computer, onze pauzes staan niet vast, we kunnen wel naar de wc of even thee halen. De chat is van 22 tot 6 open, van 6 tot 7 uur registreren we. Het is maximaal 4 dagen achter elkaar en dan zijn we 3 dagen vrij.
P6: De bedrijfsvoering is gepassioneerd, dichtbij de medewerker. Je ziet wie de mensen zijn die de ideeën hebben en weet waar ze vandaan komen. Ik vind dit een hele leuke plek. Er zijn veel jonge mensen, er is veel energie en er zijn veel nieuwe ideeën. Je kunt dingen makkelijke veranderen, we werken 'agile'. Als ik iets inbreng, bijvoorbeeld wat ik in de therapie bedacht heb en ik heb er goed over nagedacht, dan kan ik er direct wat mee doen.
P6: Mensen zijn hier meer ontspannen. De werkdruk ik hier minder hoog. Ik heb een taakstelling voorgesteld, ik was gewend om elke minuut productief in te zetten. Als we hier wat optimaliseren kunnen we cliënten beter behandelen, er staan nu 9 cliënten op de wachtlijst voor therapie.
P6: Voor het werk moet ik op deze locatie aanwezig zijn. Ik moet beschikbaar zijn voor junioren. Ik heb wel achterwacht vanuit huis. Dan word ik soms ingeschakeld per telefoon.
P6: Ik vind dat we hier 'samensturen', we overleggen samen over onze plannen. Ik ervaar vooral co-creatie rond het maken van het beleid, en bij het begeleiden van de stagiaires.
P6: Er is veel gedeelde verantwoordelijkheid, we betrekken junioren veel. We zijn samen organiserend.
P7: Ik kan heel makkelijk taken overdragen aan mijn collega's. Als ik een afspraak heb kan ik weg en wordt er vervanging geregeld.
P7: Ik kan de touwtjes op mijn werk zelf in handen hebben, ik heb veel invloed op de invulling van mijn werk. Ik heb als floormanager wel invloed op het beleid, maar niet heel veel. Ik vind ze hier wel heel toegankelijk, ik heb de vrijheid om mijn zegje te doen.
P8: Ik heb deze werkomgeving bewust gekozen vanwege de openheid en de mogelijkheid je kwetsbaar op te kunnen stellen zonder afgestraft te worden. Het is een heel open organisatie. We werken op een onontgonnen terrein dus alles is welkom.
P8: Ik heb wel invloed op de inrichting van mijn werk. Ze staan hier open voor wat wij willen. We worden uitgenodigd om mee te denken met het beleid.
P9: Mijn werk is best wel 1 op 1 werk. Het vraagt veel zelfsturing. Niemand kijkt er mee of ik mijn werk wel doe.
P9: Ik doe dit vanuit huis, op mijn telefoon, er is geen leidinggevende. Als je een probleem hebt moet je zelf actie ondernemen en iemand opzoeken. Het is wel helpend dat je onderdeel van iets bent, van Psychosenet. Dat brengt wel meer een groepsdynamiek waarbinnen je kan uitwisselen. Anders wordt het wel heel erg een ego verhaal. Nu ben je in verbinding met elkaar en kan je elkaar een stap verder helpen.
P10: Wij kiezen bewust voor de nacht omdat we werken met trauma klachten en problematiek die veel toeneemt 's nachts, zoals prostitutie. Bij eercultuur gerelateerd geweld bijvoorbeeld is iemand vaak pas 's avonds in staat zich alleen terug te trekken en dan anoniem te chatten.
P12: Je hebt een andere rol, anders wordt je hulpverlener en zit je met andere regels, zoals die van de NZA.

P13: We moeten niet geïncorporeerd raken in de poldertafels van de GGZ, daar worden slechte beslissingen genomen. Daar ontbreekt het persoonlijke commitment. Het is de kunst om een e-community authentiek te houden, niet te groot maken en niet te professioneel!
P13: Ik vind het lastig te scheiden wanneer je psychiater bent en wanneer er sprake is van menselijk contact. In principe is het eenmalig contact. Anders kom ik in de problemen met de regels van de WGBO.
P13: Door digitaal te werken kan ik ontsnappen aan de regels en richtlijnen van de sector.

Werkplezier/ Waardecreatie voor de professional
P1: Welk cijfer zou je je werkplezier geven? Wel een 9. Het is altijd onverwacht, er is nooit een standaard reactie, het is zo gevarieerd.
P2: Welk cijfer geef je je werk? Een 7. Er zijn een heleboel leuke dingen. Online behandelen vind ik het leukste. Je weet niet wie daar zit en toch leer je iemand kennen. Er is groei in het contact en je ziet iemand stappen zetten. Chat vind ik leuk als ik er eenmaal achter zit. Het is leuk als je iemand een stapje op weg kan helpen. Het forum beheren en de mail vind ik minder leuk, het is minder interactief. Ik ben meer van contact.
P3: Het levert mij heel veel op. Die benaderbaarheid levert mij veel op.
P4 en 5: We geven ons werk wel een 8. Omdat het werk inhoudelijk leuk is en gevarieerd. Het is goed voor mijn eigen ontwikkeling. Ik leer er veel over de inhoud van ons vakgebied, ik leer gesprekstechnieken en de afstand laat me beter nadenken.
P6: Ik vind het heel leuk om hier te werken. Ik geef mijn werk wel een 9. Bij mijn vorige werk ging ik met lood in mijn schoenen naar het werk. Het is hier zo'n fijne werkomgeving, mensen zijn hier meer ontspannen.
P7: Ik vind het hier leuk, Ik geef het werk wel een 8. Het is hier gezellig, de sfeer is positief en ik vind het heel dankbaar werk.
P9: Het liefst zou ik mijn werk gratis doen, het is mijn passie.
P10: Ik ben heel enthousiast, ik ben trots op wat we doen.
P11: Ik heb een missie, een betere, menswaardige, herstel ondersteunde ggz. Dat draag ik online uit.
P11: Eerder ging het me vooral om kennis verspreiden, nu werk ik online om een missie te verspreiden. En om zelf inspiratie op te doen.
P11: Ik vind online werken heel erg leuk!
P13: Ik ben offline meer gaan werken zoals ik ook online werk.

Samenwerken

Horizontaal / Samenwerken
P3: Ik werk via veel kanalen, mensen kunnen mij makkelijk vinden. Ik twitter, ik schrijf blogs, ik heb een boek geschreven. De sfeer waarin ze me bereiken is veel persoonlijker. We treden uit de wij-zij. Psychiatrie in het algemeen is heel normerend, er is een soort blaming. Dat is hier niet.
P3: Als je het meer horizontaal maakt is het veel intenser. Je kan ook te betrokken zijn. Het is de kunst dat je balanceert tussen de afstand van je werk en die betrokkenheid.
P5: Soms is dit werk zelfs directer dan face-to-face contact. Je zal er minder snel omheen draaien als je vragen stelt, je ziet namelijk niet wat het met iemand doet. Zij komen naar ons toe met een vraag, dat opent de weg om te vragen hoe het echt met ze is.
P5: Het online contact is gelijkwaardiger dan het werk op de groepen. Je hebt wel een rol als professional, ze komen bij je omdat je professional bent. Het balletje ligt wel meer bij hun. P4: Soms ken je iemand en dan ben je "verticaler", sturender.
P6: In de therapie doet het feit dat ik online werk niet iets met mijn houding. Ik ben niet meer of minder gelijkwaardig. Als cliënt voel je het misschien wel minder. Voor de cliënt is het wel comfortabel dat het vanuit huis is, die voelt zich daardoor misschien wel minder cliënt.
P9: Voor mij maakt het niet uit of dit werk horizontaler is of niet. Het is mijn grondhouding in het leven.
P11: Online is het veel gelijkwaardiger en opener. De openheid geeft een heel ander contact. Echte gelijkwaardigheid is moeilijk: de ene mens lijdt, de andere is opgeleid.
P11: Digitale media zijn gelijkwaardiger door de toegankelijkheid van informatie. De mens is expert op zijn eigen gebied.
P12: In een online community zit je sneller op gelijkwaardig niveau. Het is onze insteek: iedereen met ervaring vinden we waardevol.

P13: Zodra je je witte jas uittrekt ben je sterfelijk. Online word je ook een beetje uitgekleeft. Je mens-zijn komt veel meer naar voren, het is heel informeel. Je kan veel meer tegen mensen zeggen, ze zijn minder eisend, klagend en hun rechten opeisend, dat maakt het effectiever.

Laagdrempelig / Toegankelijk / Beeldverbinding

P2: De stap is online veel kleiner voor ze om hulp te zoeken. Neem bijvoorbeeld jongeren met boulimia, die komen moeilijk in zorg. Ze komen veel meer online binnen en komen zo in zorg. In de fysieke omgeving heb je niet een jongere die even komt neuzen, online is dat wel zo. Voor de jongeren die hulp zoeken is dat veel laagdrempeliger.

P2: Online is het zorgproces veel toegankelijker. Je gaat naar de website, je bent anoniem, je doet een zelftest en je zit zo in een online behandeling. Je slaat de diagnostiek en observatie van een polikliniek over en je hebt geen wachttijd. De stappen en de tijd om af te haken sla je over, zodra je een besluit neemt zit je in een online behandeling.

P4: Wat werkt er goed aan dit contact? 5: dat het heel laagdrempelig is. Het is anoniem, dat is voor onze doelgroep een kracht. Vooral ook met jongens. Er is veel angst, taboe en schaamte bij onze doelgroep.

P4: We chatten van 22 uur (avond) tot 6 uur (ochtend). Dat is de tijd dat mensen het vaak het moeilijkst hebben en het is buiten het reguliere aanbod. Zeker voor de groep die wij behandelen, die hebben het in de nacht vaak het moeilijkst. In de nacht is de nood groter. Door de jaren heen is het gebruik enorm toegenomen.

P6: Ik zou een online beeldverbinding wel een aanvulling vinden.

P6: De therapieën kennen een heel hoge drop-out. Daarom vragen we veel, we gebruiken instrumenten om te meten of iemand vooruit gaat per sessie en vragen cijfers voor de therapie om te meten hoe het gaat. Er zijn wel therapieën online met een hoger commitment. De drempel om hier een therapie te starten is ook veel lager. Dus hebben we ook een groep die sneller uitvalt. Waar je moe van wordt is dat je steeds therapieën opstart die niet worden afgerond. Een van de thema's van de bijscholing is die therapie-moeheid.

P7: De toegankelijkheid zou nog vergroten naar de toekomst als we via webcams werkten.

P7: Het is een voor- en een nadeel dat we laagdrempelig zijn. We zijn heel toegankelijk. Maar er is ook minder plichtsbesef, geen stok achter de deur, mensen zijn minder therapietrouw. Het is wel een mooie vorm van hulp voor mensen die de deur niet uit durven, we kunnen ze zo wel helpen.

P10: Mensen die onze site bezoeken kunnen direct chatten, ze krijgen niet eerst een vragenlijst.

P11: Het is wel mooi dat je als cliënt bij Psychosenet zelf kan kiezen aan wie je een mail stuurt. En dat ze zo rechtstreeks contact kan hebben met een deskundige op een gebied. Dat is toch fantastisch. Volkomen drempelloze zorg.

P11: Als je iemand een keer hebt gezien kun je daarna heel goed online werken. Ik vraag iedereen of ze willen skypen. Cliënten lopen nog niet zo warm. Het is toch zonde als iemand midden op de dag naar mij moet komen voor een gesprek.

Anoniem

P2: Ik was er van overtuigd dat ik een jongere moest kennen om aan te sluiten maar dat klopt niet, zolang je maar blijft checken of je op het juiste spoor zit kan je ook heel goed in een anonieme behandeling of chat meedenken. Het maakt niet uit of je iemand wel of niet face-to-face ziet. Contactgroei is er toch wel, uiteindelijk is het weer gewoon contact.

P2: De eerste stap is makkelijk, daarna is het nog net zo eng met een hulpverlener.

P7: Wat vind je van het anonieme van je werk: soms vind ik dat wel lastig. Als je niet weet wie het is weet je ook nooit zeker of iemand de waarheid spreekt. De afstand is ook fijn, dan kan je het werk makkelijker loslaten.

P7: Je kunt toch echt wel je empathie in het werk leggen.

P8: Dat het contact anoniem is, is goed. Het verlaagt de drempel voor hulpvragers als ze schaamte voelen of bang zijn dat ze niet serieus worden genomen. Niet veroordelend benaderd worden vinden mensen prettig.

P8: Voor de hulpverlener is het makkelijk dat er afstand tussen zit door de anonimiteit. Ondanks dat kan het werk toch wel binnenkomen.

P9: Het is vrijblijvend, anoniem, mensen kunnen in alle rust reageren. Het feit dat je iets op moet schrijven geeft een filter. Het is zo laagdrempelig.

P9: Het gevaar is wel dat we niet echt in contact zijn. Het is heel rationeel, je kunt iemand niet echt vasthouden. Echt nabij zijn kan niet. Logisch, maar ook een beetje onmenselijk. Je moet dus altijd zorgen voor de combinatie. Alleen online is best pittig.

P13: Veel mensen vinden het fijn dat het anoniem is. Het is laagdrempelig en wordt niet door de huisarts geïnterpreteerd.

Herkenbaar

P4: We zijn gehecht aan Fier, we werken bij een organisatie waar heel veel deskundigheid is. Dat vind ik een meerwaarde.

P9: Onze site heeft een disclaimer. Je mag maar 1 vraag stellen en krijgt 1 antwoord. Dat kader is nodig om te voorkomen dat er grenzen worden overschreden. We behouden zo onze professionaliteit. Je moet goed weten wat je te bieden hebt, waar je van bent. We onderhouden dat kader door reacties openbaar op de site te plaatsen, dan zien bezoekers waar we van zijn. Dat helpt, zo hebben mensen heldere verwachtingen.

P9: Ik plaats reacties op facebook. Die zijn openbaar. Op PsychoseNet zijn we geen hulpverleners, we zijn openbaar en bieden informatie. Via onze site maken we onze positie sterker, we proberen echt een community te zijn door mensen aan ons te binden. Daarin proberen we niet medicijngericht maar mensgericht te zijn.

P10: Wij proberen ons altijd te profileren op onze hoofdthema's. Wij spreken uit waar wij van zijn.

P11: Ik heb nagedacht over mijn online missie. Met compassie en menswaardig werken, me juist richten op dat onderwerp.

P11: Je hebt online heel erg in de hand welk imago je achterlaat. Wat is mijn missie? Je kunt een beeld creëren waar je aan kunt werken. Je kan je betere zelf zijn.

P12: Het is belangrijk dat je kiest voor een doelgroep.

P12: We publiceren in principe alle vragen op de website. Zo krijgen anderen ook informatie en maken we duidelijk waar je ons voor kan benaderen.

P13: Je moet in een vroeg stadium opletten dat je niet partner of een vriend bent. Het helpt dat we bij PsychoseNet een disclaimer hebben, zodat mensen zien wat we doen en wat er gebeurt en wat je er kan verwachten.

Vertrouwen

P5: Ondanks dat het online is kun je een vertrouwensband opbouwen.

Vertrouwen als dispositie

P9: Een relatie kan heel intens zijn. Iemand kan binnen 3 a 4 vragen al iets losmaken waardoor ik heel erg open kaart speel over mezelf. Als ik vertrouwen geef krijg ik het ook.

P9: Je moet voor dit werk wel vertrouwen in mensen hebben en kunnen aanvoelen of de ander het goede met je voor heeft. Je kunt ook helemaal de mist in gaan.

Institutioneel vertrouwen

P1: Cliënten weten als ze op onze site komen dat ze met een hulpverlener chatten. Ze vragen weleens of je ervaringsdeskundige of hulpverlener bent en willen dan graag een contact met een hulpverlener. Ze vinden het belangrijk dat te weten.

P2: Het is wel belangrijk dat je herkenbaar bent als hulpverlener.

P12: Soms gebruik ik mijn eigen naam als beheerder. Als je het uit een redactie laat komen is het iedereen en tegelijkertijd niemand. Soms is dat wel weer bruikbaar, je straalt dan uit: "er zitten hier mensen die dit vinden".

Interpersoonlijk vertrouwen, vertrouwenwekkend gedrag

P1: Ik vind het prettig dat ik werk met de een veilige inlogprocedure vanuit mijn organisatie. Het idee dat we veilig te bereiken zijn vind ik belangrijk.

P1: als moderator van het forum bemoei ik me zo min mogelijk met wat er geschreven staat. Dan krijg ik soms een reactie: "nou moderator, dat jullie dat laten staan". Als we aanpassingen doen komt er te staan *dit bericht is aangepast*. Die dingen vergroten het vertrouwen dat het forum goed beheerd wordt.

P1: Je wilt de veiligheid bieden waar je als organisatie voor staat. Daarom vind ik het belangrijk dat privacy gewaarborgd is.

P10: We hebben gekeken of je gebruik kan maken van standaard zinnen. Maar daar moet je voorzichtig mee zijn, want mensen zijn bang dat het een robot is. We maken wel standaard stukken zoals veiligheidsplannen, die sneller en makkelijker toe te sturen zijn.

Kennis delen

Kennis delen

P3: Mensen benaderen mij via twitter of via de website of vinden op internet mijn telefoonnummer. Ik ben heel goed benaderbaar, ik wil dat mijn kennis benaderbaar is.
P3: Je bent in een veel vroeger stadium aanwezig met hoog gespecialiseerde kennis, die zo toegankelijk is. Ik probeer het bij 1 of 2 gesprekken te houden. In 1 gesprek via de telefoon kunnen mensen zich heel goed erkend en herkend voelen. Als iemand weet wat er aan de hand is, dat is de waarde van kennis overbrengen. Mensen zijn buitengewoon dankbaar. Je begint met deze manier van werken met uitgaan van de mensen, niet van het middel.
P3: Mijn hoofddoel is kennis over dwangstoornissen verspreiden. En daarnaast kennis over psychiatrische aandoeningen. Inclusief mijn eigen ervaringskennis. Dat inzetten van ervaringsdeskundigheid werkt geweldig, het is veel nuttiger dan ik had gedacht. Ik wil dat mijn kennis toegankelijk is. Dat biedt heel veel mogelijkheden die toegankelijke kennis.
P11: Als ik een blog plaats krijg ik reacties van cliënten of naasten of andere burgers. Soms zoeken ze dan direct contact met mij en is het een aanleiding voor contact of een advies.
P12: Mensen waarderen PsychoseNet als een plek waar je goede informatie over psychoses kan krijgen.
P12: We publiceren in principe alle vragen op de website. Zo krijgen anderen ook informatie
P12: Er is heel weinig goede informatie over psychose, dat is een van de ideeën waarom PsychoseNet gestart is, verder willen we mensen contacten laten leggen en ervaringen laten delen.

Ervaringskennis delen
P1: Nu we zo'n 6 jaar in de lucht zijn krijgen we vragen of we oude informatie kunnen verwijderen. Jongeren vragen of we accounts of posts kunnen verwijderen. De website is niet zo opgezet, het terugzoeken van die informatie is best lastig. Onderhoud van de site wordt door een bedrijf gedaan.
P3: De tijd is er naar om psychiatrie dichterbij te brengen. Het inzetten van ervaringskennis werkt daar heel goed bij.
P9: Internet staat vol met mijn herstelverhalen. Mensen komen op Psychosenet en zien mij. Werk en privé gaan zo door elkaar lopen.
P9: Ik ben altijd een pionier geweest. Voordat ik hulpverlener was was ik al ervaringsverhalen aan het delen op internet. Ik was mezelf aan het laten zien. Ik had eerder mijn plek op internet dan in de wereld.
P11: Ik antwoord mensen altijd heel eerlijk als ze iets privé aan mij vragen. Ze vragen zelden iets ongepast. Ik vraag dan wel wat het antwoord betekend voor hun herstel.
P12: Mensen plaatsen soms in een geestestoestand wat op sociale media en krijgen daar later spijt van.
P13: Alle psychiaters die hier werken hebben zelf ook eigen ervaringen of ervaringen in hun familie. Ze hebben gezien wat het is om als mens je leven opnieuw uit te moeten vinden. Die multi-deskundigheid zouden we meer in ons werk moeten betrekken.
P13: Voor de patiënt is de ervaring van belang, Niet de kennis of de pretentie, maar een gedeelde ervaring. Die kennis leidt tot enorme empowerment van de cliënt.
P13: Het is belangrijk dat we gebruik maken van Multi deskundigheid, ook van je eigen ervaringen.

Gebruik maken van dossier/app informatie die wordt aangeleverd door de cliënt zelf
Wat zou je doen als je informatie van een cliënt krijgt die deze heeft verzameld via een app? P1: Ik zou die informatie wel gebruiken, ik vind dat niet ongemakkelijk. Lijkt me juist handig en prettig voor de cliënt.
P2: Als er veel koppelingen mogelijk zijn tussen apps en dergelijke dan zou ik wel wat met de informatie doen die ik aangeleverd krijg. Ik zou wel willen weten of ons team achter de gebruikte app en data daarvan staat. Het zou mooi zijn als er een bibliotheek was waarin je kon opzoeken wat een bewezen goede app is.
Stel een jongere kan veel apps zelf downloaden, zelf zijn dossier beheren en jou informatie uit die apps en dossiers sturen, hoe zou je dat vinden? P5: Die jongere krijgt dan misschien wel meer inzicht in zijn eigen proces, maar het lijkt me belangrijk dat je wel met collega's kunt communiceren zonder dat die jongere dat leest. Als je andere dossiers koppelt scheelt dat in de chat zelf, ik zou het wel zien als toevoeging. Geeft wel meer informatie. Maar je mist ook de opbouw van het contact. P4: Ik zou wel willen weten in hoeverre de informatie die ik krijg ook echt van de persoon zelf is.
P6: Ik gebruik geen apps uit de appstore. Als een cliënt data aan mij kan sturen zou ik dat wel gebruiken.
P7: Ik zou informatie uit apps wel gebruiken als die mij toegestuurd wordt door een cliënt.
Stel je kan gebruik maken van gegevens die de cliënt je aanbied uit zijn eigen dossier, zou je die informatie gebruiken? P8: Lastig, dan moet je wel weten dat die persoon ook echt aan de andere kant zit. Dan kan iemand mij pootje lichten. Als het dossier van een ander is dan degene die het aanbied heb ik een dossier gelezen

zonder toestemming van de persoon om wie het gaat. Ik heb dan informatie gelezen van iemand die dat misschien niet wil.

Wat vind je ervan als dossiers zelf te delen zijn? P12: Ik denk dat het onrust brengt. Ik vind dat je inzage moet hebben, maar wel samen met een hulpverlener.

Lerende omgeving

P1: 1 Keer per maand hebben we intervisie van 2 uur. Ik vind het een belangrijke voorwaarde voor mijn werk. Door de intervisie werken we aan de kwaliteit van de site en aan elkaars ontwikkeling. Dan bespreken we de chats en mails. Je ziet dan letterlijk elkaars werk, je kan meelesen. Voor het forum bespreken we onze norm waarbij we ingrijpen of aanpassen. Je loopt met die bespreking aan tegen je eigen normen en waarden. Ik leer veel van anderen. Je leert van elkaars letterlijke teksten en krijgt tips hoe je het anders kan formuleren. Dat heeft invloed op mijn andere werk. Ik heb niet meer zoveel schroom bij feedback, dat is door deze omgeving anders geworden. Op de chat en in de eHealth word ik beoordeeld door de jongeren. Dat vind ik spannend. Als ik een negatieve beoordeling krijg moet ik verplicht om supervisie vragen.

P1: Tijdens de opleiding voor 99Gram haken best veel mensen af. Ze halen de trainingsmethode niet of vinden het meekijken lastig. Het is best eenzaam werk, thuis en alleen.

P1: Je leert zoveel van dit werk, ik zou willen dat iedereen dit doet.

P2: We proberen met elkaar spelregels voor het forum te hanteren. Er zit veel grijs tussen hoe je dingen leest. Daar discussiëren we over. Ik merk dat er bij mij veel kan en heb geleerd mijn collega's hierin serieus te moeten nemen.

Wat leer je van je team? P2: Ik heb veel geleerd van de chats en het bespreken van de chats. Om te blijven vragen en niet in te vullen en dat steeds meer te doen. Ik leer hoe ik heb gehandeld.

P2: In ons team is het heel relaxt, we kunnen prima discussiëren en elkaar uitdagen verder te komen.

P4: Als je getraind wordt loop je 4 keer mee, er is iemand die je gesprekken leest en feedback geeft. 1 keer per 6 weken hebben we intervisie. Dan wordt casuïstiek besproken. Die intervisie is heel open. We kunnen alles van elkaar lezen. Dit is veel meer open dan regulier werk. Dat maakt het mooi. Zelf kun je gemakkelijk teruglezen wat je gedaan hebt. Het staat zwart op wit, dat is de kracht, en je bescherming. Als ik achteraf zou registreren kan ik veel meer belangrijke elementen missen. Nu kan ik en iedere collega het teruglezen en is het veel directer te zien wat je doet. Een gedragstherapeut leest al onze gesprekken.

P4: Dat we begeleid worden vanuit de hoofdbehandelaar en de teamleider en dat het zo open is, daar groei je professioneel van. Dan krijg je meer inzicht in hoe je iets doet.

P4: Sinds kort kunnen klanten waardering van de chat aangeven. Die tevredenheidsfunctie moeten we nog meer integreren, het kan sinds kort, dat vind ik wel goed.

P4 en P5: We werken met 8 teamleden. Er is een gedragswetenschapper verbonden aan de chat en een hoofdbehandelaar. 1 keer per week is er een MDO waarin onze chats worden besproken. Daar zitten de teamleider, de hoofdbehandelaar en een coach. Wij zitten er zelf niet bij omdat we in de nachtdienst werken. Dan wordt de chat besproken en gekeken of we de lijnen vasthouden.

P5: We zijn bezig met het ontwikkelen van eHealth modules en we onderzoeken hoe we die modules in de behandeling kunnen verweven.

P5: ik vind dit werk echt heel interessant. Het is echt de toekomst. En we kunnen meehelpen ontwikkelen.

P6: Tijdens de chat kunnen we makkelijk overleggen. Er kan makkelijk ondersteuning bij gevraagd worden.

P6: Ik begeleid stagiaires in het oppakken van eHealth behandelingen. Voor psychologen en stagiaires zijn er verdiepingsmodules.

P6: Als ik knelpunten heb kan ik het wel aan anderen vragen. Het is bij deze vorm van therapie makkelijker om nieuwe dingen te leren. Face-to-face is elke nieuwe stap spannend, cliënten zien wat je doet. Hier doe je dat veilig van achter je computer, veel meer in stapjes.

P6: Ik leer veel door met mensen over dit werk te praten. Ik heb behoefte aan feedback en vraag dat veel. Ik leer veel van verschillende collega's. Je leert hier wel makkelijk.

P7: Ik vind het hier heel fijn wat betreft leren. Je wordt heel goed begeleid. Je kunt vragen of iemand meekijkt, je kunt je gesprekken aan de telefoon terugluisteren, chats teruglezen en om advies vragen. Je krijgt veel feedback, hele directe feedback, dat vind ik prettig. Je kunt navragen hoe de opbouw van je chat is.

P7: Het is een heel nieuwe manier van leren. Direct vanaf het begin doe je het zelf, je kan iemand erbij halen. Dit zou, mits er voldoende begeleiding bij is, in opleidingen moeten zitten.

P8: Het is hier een heel lerend klimaat. Je hebt veel mogelijkheden om je kennis te delen en bij fouten word je niet afgestraft.

P8: Je kunt alles teruglezen en terugluisteren, daar kan je veel van leren.
P8: Als floormanager kijk ik met gesprekken mee, gevraagd en ongevraagd. Ik kijk naar de openheid van de manier van vragen, of er niet teveel wordt ingevuld. Ik kijk of mensen hun manier van vragen slimmer kunnen indelen waardoor ze meer informatie krijgen.
P12: We hebben huisregels op ons forum, het beheer is soms lastig, wat sta je wel toe en wat niet. Dan is het prettig als je er met meer mensen naar kan kijken. We hebben gesprekken over wat we ergens van vinden. Het moet een gedragen mening zijn.

Digitale vaardigheden
P2: Ik zie jongeren in mijn reguliere werk en heb dan ook non-verbale communicatie waar ik mee werk. Online is dat niet zo en dat vraagt andere vaardigheden. Je moet alert zijn, steeds contact zoeken maar ook sneller vragen stellen als "wat wil je hier nog mee"?
P2: Het maakt je meer bewust hoe je een boodschap moet overbrengen. Je kunt het niet over doen in een chat.
P2: Het was wel gek om te zien dat ik bij een vraag via de chat van mijn bank de chatmedewerker dezelfde technieken zag gebruiken.
P2: Tijdens de trainingen digitaal werk leren we hoe je mail moet beantwoorden, hoe je moet chatten en hoe je in een eenmalig contact goed de vraag kunt filteren.
P4: Het is qua gespreksvoering heel belangrijk hoe je een zin neerzet. Je leert veel over psycho-educatie. En je krijgt veel ervaring met doorvragen.
P4: Voor dit werk moet je feeling met online hulp hebben. Je moet schriftelijk snel en goed uit de voeten kunnen en veel geduld hebben.
P9: Heel veel factoren doen niet mee in digitaal werk. Ik ben me dus extra bewust wat ik opschrijf en dat wat ik schrijf heel goed overkomt. Je moet je heel goed verplaatsen in de ander. Ik en heel erg gericht op de ander.
P9: Er gaat zoveel mis op internet. Ik ben heel zorgvuldig op mijn woorden. Ik kies heel bewust mijn woorden. Communicatie is heel belangrijk. Wat is een feit en wat is een mening. Dat is een eigenschap die me ook een beetje beschermt.
P11: Ik post niet veel echt privé. Ik ben niet opgegroeid in de wereld. Het is een precair evenwicht wat je van jezelf laat zien.
P11: Mensen denken vaak zwart-wit op social media, je bent voor of tegen. Daar moet je mee opletten.
P11: Het is digitaal wel handig dat er vertraging in zit. Ik ben een primaire reageerder en zo heb ik bedenktijd.
P11: Wat zijn handige digitale vaardigheden? Je leert al doende, je moet gewoon op alle knoppen drukken. Je leert een site bijwerken, leert wat goede illustraties zijn en wat goede filmpjes zijn.
P12: Je moet goede teksten kunnen maken voor dit werk, goed kunnen schrijven. Goede scholing over het technische aspect van schrijven zou mooi zijn, van iemand uit een andere wereld, zoals de tijdschriften wereld. Dan word je alerter dat je een bericht maakt dat aansluit bij je doelgroep. Best veel mensen in Nederland zijn laaggeletterd, veel websites zijn niet toegankelijk.
P12: Je moet je wel bewust zijn dat alles wat je op internet zet op internet blijft.

Multidisciplinair

Intern multidisciplinair werken
P1: Met alle collega's hebben we een groepsapp op Whats App gestart. Zo kunnen we elkaar inschakelen als het heel druk is op de chat. Het is belangrijk dat we jongeren bedienen.
P1: Als ik een medische vraag op de chat heb vraag ik het de volgende dag om mijn werk even na.
P1: Bij iemand in crisis is het wel lastig. Dan ben je je er heel erg bewust van dat er iemand in nood is. Als me dat gebeurt vraag ik via de app of een collega meekijkt en meedenkt. Dan kunnen we direct daarna ook met elkaar bellen.
P2: Als ik dit werk fulltime zou doen is het wel belangrijk dat je onderdeel bent van een team. Anders is het eenzaam.
P2: Het is wel makkelijk samenwerken binnen ons digitale werk. Ik kan collega's makkelijk vinden, je ziet elkaars werk. Voor jongeren zou het ook zichtbaar moeten zijn dat die collega's verbonden zijn.

P4: Het is dus voor een deel met anonieme bezoekers en voor een deel mensen die bij ons in zorg zijn en niet anoniem. Over die laatste groep wordt dan via de mail de chat integraal doorgestuurd, de hulpverlener kan dan lezen wat er gebeurd is.
P4: We werken alleen met de andere nachtdienst collega en even met de avonddienst. We werken alleen, en hebben alleen contact met elkaar via de mail en in onze intervisie. Het werk is wel eenzaam.
Wat zijn belemmerende factoren? P5: dat de organisatie het belang van de chat niet altijd ziet. Het roept nog veel verbazing op. Ook bij medewerkers van Fier. We moeten intern veel netwerken/ Vertellen dat we iets kunnen betekenen in nazorg. Mensen weten niet wat wij bieden. Pas door te zien wat we toevoegen omarmen ze het.
P5: Dat het werk 's nachts is is voor onszelf een belemmering. We zijn minder zichtbaar, we zijn minder op te zoeken en er is minder collegiaal contact.
P7: Tijdens ons werk kunnen we veel met elkaar overleggen. Binnen de organisatie is er veel overleg mogelijk.

Werken in een netwerk
P1: Je bent je bij de chat veel bewuster van de grenzen van je beroep. Ik vraag wel door maar verwijs zoveel mogelijk naar hulpverleners in de nabije omgeving van de chatter want ik ben maar een anonieme hulpverlener met een chat van 45 minuten. Ook bij online behandelingen ben ik daar alert op. Je weet tenslotte toch minder van iemand en bent alerter op eventuele noodzaak tot extra hulp bijvoorbeeld van een huisarts.
P1: Het lijkt mij heel leuk als ik meer in een digitaal netwerk zou kunnen samenwerken. Als ik dan andere disciplines kon inschakelen die bijvoorbeeld in een andere organisatie werken. Nu doen we dat nog niet.
P2: Bij aanmeldingen voor eHealth verwijs ik soms eerst naar een huisarts. Dan komen ze later weer terug en vertellen wat er uit het gesprek met de huisarts is gekomen. Ook bij anonieme cliënten.
P2: Het zou mooi zijn als ik ook verbonden was met collega's van andere organisaties, dat zou makkelijker moeten kunnen. Er zitten nu veel drempels tussen. Het is dan belangrijk dat er meer 1 vorm is over hoe je online werkt. Dat je elkaars werkvorm begrijpt en in elkaars dossiers kan. Nu is het ontoegankelijk en veel gedoe.
P3: Wij zijn onvoorstelbaar benaderbaar geworden. Ik word benaderd door mensen uit het hele land met vragen over dwang. Andere professionals zullen zich er veel meer aan moeten wennen dat mensen overal advies kunnen vragen. En ook de beroepsvereniging die veel te veel regels heeft. Natuurlijk moet ik verantwoord blijven maar er word door wetgeving gesteld dat deze werkwijze onverantwoord is. Dat is beklemmend.
P3: Professionals zullen eraan moeten wennen dat mensen overal advies kunnen vragen. Wat is je positie, wat is de relatie als mensen je zo kunnen bellen. De huidige KNMG regels werken beknellend. Als ik een psychiatrisch advies geef ben ik volgens de wgbo een behandelaar. Natuurlijk moet ik verantwoord blijven. De KNMG is hierin veel te krampachtig.
P3: Noem het een mensenmarktplaats. Ik breng vraag en aanbod bij elkaar. Mensen delen ervaringen met elkaar, ik kan ze door mijn netwerk met elkaar in contact brengen.
P3: Ik zou mijn kennis ook beter toegankelijk willen maken voor andere professionals. De wereld is een dorp geworden. Ik zie daarin geweldige mogelijkheden. Vanuit mijn van doen in de ken ik iedereen. Ik ken heel veel mensen en heel veel mensen kennen mij. Er wordt patiënten geadviseerd contact met mij op te nemen. Het moeilijkste zijn de onderzoekers, daar zit veel kinne sinne.
P5: Ik zou wel met andere online organisatie willen samenwerken. Soms hebben we met 113 online thema dagen. We verwijzen naar elkaar maar hebben niet direct contact. We zouden meer van andere organisaties kunnen leren en dan leer je veel beter wat er allemaal is. Landelijk zou ik online hulp meer willen leren kennen.
P6: We werken niet echt samen met andere organisaties. Dat mis ik niet.
P7: Buiten 113 online werken we heel weinig samen. Andere organisaties maken wel veel gebruik van ons. Huisartsen verwijzen naar ons.
P8: Andere organisaties komen wel naar ons. Wij gaan niet zo snel naar andere organisaties. We doen wel aan second opinions.
P8: Ik verwijs het liefst naar hulpverleners in de eigen omgeving.
P9: Iedereen die mij vraagt als vriend toe te voegen voeg ik toe. Maar als ik iemand niet persoonlijk ken laat ik mijn grens minder los.
P9: Als je geen netwerken bent heb je het wel lastig in dit werk. Het is een netwerk samenleving. Dat netwerk is heel belangrijk.

P9: Internet helpt ons om met elkaar te verbinden. Het is heel laagdrempelig. Via internet kun je een collectief gevoel krijgen en wordt je ervaring razendsnel verspreid.
P9: Via de site werken we eraan dat onze positie sterker wordt. Dat doen we ook op sociale media.
P9: Meer samenwerken met andere online hulpverleners lijkt me heel mooi. Ik werk nu weinig samen, het is meer pionieren.
P9: We zijn ons zo blind aan het staren op de GGZ. We zijn onderdeel van de samenleving.
P10: Wij bellen soms voor iemand die in nood is de politie. Dan moet die persoon wel vertellen wat zijn locatie is en zijn anonimiteit opheffen.
P10: Wij werken samen met ketenpartners omdat we veel ervaring hebben op ons thema.
P10: We verwijzen naar de chat van 113 online. Tijdens een crisis sturen we visitekaartjes waardoor mensen direct in contact komen met andere organisaties zoals 113 of de politie of 112. Als je op zo'n visitekaartje klikt ga je direct naar die site. Met ketenpartners zou ik meer afspraken willen maken over samenwerken.
P10: Werken met vrijwilligers vind ik spannend voor onze setting. Ik zou aan 113 willen vragen hoe zij dat doen. We kopen bij 113 ook trainingen in over suïcide. Als we met ze spreken hebben we veel wederzijdse herkenning over dit werk.
P11: Ik ben nog nooit in mijn leven zo verbonden geweest met allerlei andere mensen als nu. Ik heb heel veel mensen leren kennen, een heel netwerk.
P11: Ik heb veel contact met patiënten, naasten, veel mensen benaderen mij met een vraag. Het is het lastigste bij collega's. Wij gunnen elkaar het licht in de ogen niet.
P12: We zouden evenementen willen organiseren waar je elkaar ook kan tegenkomen.
P12: De samenwerking tussen familie- en cliënten organisaties verloopt maar moeizaam, het is heel erg afhankelijk van mensen die elkaar wel of niet mogen.
P12: We noemen wel organisaties op onze website en we verwijzen rechtstreeks naar 113 online. We onderhouden de sociale kaart voor psychosezorg.
P13: Ik geef ook adviezen over medicatie. Collega's zijn dan soms gepikeerd. Krijg ik reacties: waar bemoei je je mee. Soms word ik ook wel via de patiënt bedankt. Ik heb patiënten van over de hele wereld die contact met me opnemen. Italië, België, Brazilië.
P13: We hebben onderling contact met een klein groepje mensen dat werkt in een e-community, die op die bepaalde manier willen werken. Dat geeft zelf ook een community gevoel, het vibreert.
P13: Ik verwijs soms ook via mail naar anderen. Niet iedereen wil via de mail werken.

Duurzaam

Privacy
P1: Ik vind het belangrijk dat we veilig te bereiken zijn. Privacy en veilig beheren van gegevens vind ik een moeilijk ding op het web. Je bent toch bezorgd dat gegevens worden misbruikt. Je wilt de veiligheid kunnen bieden waar je voor staat.
P1: Soms zegt een cliënt dat privacy vragen ze niet wat kan schelen. Het kan mij wel schelen. Hoe ver reikt dan mijn verantwoordelijkheid in hoeverre de vertrouwelijkheid beschermd wordt. En is het ook voor mij veilig? De vinger wijst naar mij als het op straat ligt.
P3: Privacy is zo anders geworden, de wereld is een dorp.
P6: Privacy vind ik de belangrijkste factor rond de toekomstige ontwikkelingen. Ik wil niet dat informatie van ons bij de verzekering terecht komt. Dat zou ik willen weten als ik apps adviseer.
P8: De risico's zijn voor ons groot. We zijn vatbaar voor hack 's.
P12: Professionals zouden minder last moeten hebben van de privacy regels, die nu verbieden dat ze met hun patiënten mogen mailen. Je wordt zo toegankelijker. Sommigen doen dat uit zichzelf.

Gebruik van (Big) Data
P1: Wat betreft een verdienmodel van een app, dat vind ik niet echt interessant. Overal wordt aan verdiend, ook aan data. Wat er met die info wordt gedaan interesseert me wel. Apps kunnen veel gegevens verzamelen. Dat is een voordeel omdat je veel meer data kan verzamelen maar ook een nadeel. Er is geen keurmerk voor, dat mis ik.
P9: Ik kan me druk maken om het verzamelen van data. Ik ben niet blij met een wereld waar het alleen maar om geld gaat.

P11: Gegevens die je intoetst op een app, die worden soms gebruikt voor commerciële doeleinden. De mate waarin data worden gebruikt is schokkend. Aan de andere kant, het commerciële deel groeit, zo steekt de wereld in elkaar. Die app die ik zelf maakte, waarom zou je daar niet aan mogen verdienen? Nu was het allemaal vrije tijd.

P12: Er zijn mogelijkheden dat je telefoon data registreert en dat je daar feedback over krijgt. Daar maak ik me zorgen over. Er wordt van alles bijgehouden, wat je hebt gedaan, waar je bent geweest. Waar gaan die data heen? Straks wordt een psychose voorspeld op basis van data op je telefoon.

Verdienmodel

P3: Ik heb een website met 400 bezoekers per dag. Die wordt gedraaid door vrijwilligers. Die krijgen onderling ruzie of worden ziek of vallen uit. Het is een pioniersgebeuren. Ik doe alles gratis, dat is niet professioneel.

P4: Door de anonimiteit wordt dit werk niet vergoed maar gesubsidieerd. We verzamelen data voor de subsidieaanvragen.

P5: Ons doel is om 7x24 uur bereikbaar te zijn via de chat. Maar nu is de chat overdag niet bereikbaar. Dat is een financiële kwestie.

P6: Verdienmodellen, daar heb ik minder moeite mee. Nu is het moeilijk om kwaliteit neer te zetten. Kennis uit de commercie kunnen we daarvoor meer gebruiken. Ik zou het wel lastig vinden als cliënten veel moeten gaan betalen.

P9: Het werk is niet zo zichtbaar waardoor we er ook niet goed voor betaald krijgen.

P10: We houden cijfers bij over onze groei zodat we makkelijker subsidie kunnen aanvragen. Ik zou graag subsidie krijgen voor de ontwikkeling van de techniek. De financiering is vooral gericht op face-to-face contacten, dat is lastig.

P11: Gratis, dat is psychologisch niet goed. Ontwikkelingshulp was gratis, dus wat het waardeloos. Al moet je er maar 1 euro voor betalen, dan is het van waarde. Er zit een aspect van waarde aan, niks is gratis. Het fenomeen dat het niets kost klopt niet.

P12: Het is heel lastig om structurele financiering te vinden. We doen aan fondsen werving. Een subsidieaanvraag zorgt ook weer voor verplichtingen dus je moet goed opletten of je die na kan leven, of je daar de tijd voor hebt. Het is financieel woekeren. We zijn al maanden in gesprek met het ministerie van VWS, financiering voor e-community 's is er niet. De grootste vastloper is dat het anoniem is. Hoe maak je dan duidelijk dat het van waarde is.

P13: Het is nog wel een vraagstuk hoe je dit sustainable krijgt. Dat kan via populatiebekostiging. Je moet nu fondsen werven. Daarin moeten we meer samen optrekken.

Integratie van omgevingen met behulp van innovatie

Toekomst en innovatie

P1: Als er meer interfaces komen en het wordt groter dan denk ik dat mensen meer zelf zouden kunnen kiezen wie hun hulpverlener is. Dat zie ik wel zitten. Je kan dan meer vergelijken als cliënt.

P1: Ik zou het heel prettig vinden als het werk in de digitale omgeving makkelijker door viel in mijn administratie, als ook daar betere koppelingen tussen zaten.

P3: Ik wil een youtube kanaal en veel meer filmpjes en reportages maken. VR vind ik heel interessant voor exposure bij dwang. Je kunt de illusie van veiligheid tegenover angsten stellen. Het brein is veranderbaar door herhaling.

Wanneer er meer integratie van digitale omgevingen ontstaat hoe kijk je daar naar? P6: ik vind dat niet bedreigend, dat er verbindingen met commerciële partijen zijn vind ik niet verkeerd. Er zou wel meer regelgeving moeten zijn omtrent online privacy.

P6: Het lijkt me handig als je met algoritmes voor behandeling gedrag kan gaan voorspellen en zo meer kan bepalen wat goed werkt.

P7: Als er meer verbindingen zouden zijn zou er meer contact kunnen zijn tussen hulpverleners en zouden we toegankelijker zijn. Het moet wel professioneel hanteerbaar blijven, er moet niet 24 uur per dag een beroep op je worden gedaan.

P9: Ik heb meegewerkt aan het ontwikkelen van een VR van mijn eigen psychose. Door ervaren kan je empathie versnellen.

P9: De toekomst wordt heel mooi!

P11: Als er meer middelen waren om te verbinden zou ik dat fantastisch innovatief vinden. Ik sprak een collega die weer een collega heeft die vanuit het buitenland een beeldverbinding heeft met patiënten. Ik werd gevraagd dat ook te doen, hoefde ik niet te reizen. Als geografie straks niet meer uitmaakt, dat is toch fantastisch!

P13: We moeten eHealth en mHealth user driven ontsluiten. Het moet een grote markt zijn die voortdurend wordt beoordeeld door gebruikers en waarin we elkaar door de eHealth en mHealth loodsen. Dat kan je doen door mensen echt te betrekken.

Persoonlijke ontwikkeling

Belasting van het werk
P2: Onregelmatig werken deed ik altijd al. Ik werk vanuit thuis, onderuitgezaakt op de bank. Het is een extra belasting omdat het zo kan wisselen. In een week dat het druk is, is het best lastig. Ik wil ook weleens een avond niks en dan is dit soms wel erbij.
P4: In de nacht ben je minder scherp. Je kunt niet ver weggaan van je computer, onze pauzes staan niet vast, we kunnen wel naar de wc of even thee halen. De chat is van 22 tot 6 open, van 6 tot 7 uur registreren we. Het is maximaal 4 dagen achter elkaar en dan zijn we 3 dagen vrij.
P4: De onregelmatigheid is prettig, mijn werk is geen sleur. Maar het nadeel is wel dat het 's nachts is, dat is lichamelijk ongezond, het beperkt in het sociale leven, ik heb door mijn werk minder concentratievermogen, het is afgezonderd werk, je ziet 's nachts niet veel collega's, het werkt isolerend. Ik zou meer als team willen werken.
P4: Je moet goed overdag kunnen slapen. De werkdruk neemt toe vanwege de drukte in de nacht. Soms doen we wel 10 chats tegelijkertijd. Daarin merk ik een hele hoge werkdruk. Die grote hoeveelheid gesprekken tegelijkertijd. Veel schakelen geeft druk en dat de ander moet wachten. Dan heb je veel minder tijd om na te denken. Vaak is het tot 2 uur 's nachts druk en dan druppelt het door. Je bent minder scherp in de nacht.
P6: Stagiaires doen maximaal 2 chats tegelijkertijd. Chats duren gemiddeld 30 minuten. Telefoonconsultaties wat langer, 45 min. In de nacht wordt de telefoon en chat korter gehouden vanuit de gedachte dat mensen baat hebben bij slaap. Er wordt dan weleens een belafpraak voor de volgende dag gepland.
P6: Het is online lastiger om af te stemmen op de ander. Het beïnvloed daardoor ook minder jezelf. Ik denk veel minder aan cliënten aan het eind van de dag dan in mijn vorige (face-to-face) werk. Het komt minder binnen.
P7: Het is een heel open werksetting, er is wel ruimte om even te ouwehoeren.
P7: Ik heb veel wisselende diensten, nacht- en dagdienst. Die wisseling is wel zwaar. Omdat ik hier heel graag wil werken heb ik veel reistijd om naar mijn werk te komen (anderhalf uur).
P7: Als een server uitvalt of er is onverwacht iets over zelfmoord op tv dan hebben we het heel druk. Als er veel mensen in de wachtrij staan geeft dat wel veel druk. We doen dan hele strenge triage of vragen mensen op een ander moment terug te komen.
P7: Er is een neiging om meer druk op te leggen als er teveel wachtenden komen. Ik wil niet dat we teveel afhankelijk worden van het scorebord, daar strijd ik voor. 2 chats tegelijk is eigenlijk al teveel.
P7: Ik vind de problematiek waarmee ik te maken heb soms wel zwaar. Als er een spannend gesprek is geweest dan kan je hier even apart zitten of even een stukje lopen, even wat anders doen. Soms komt het heel dichtbij.
P7: De wisselende diensten vragen veel tijd en energie. Na een avonddienst ben ik futloos en staat mijn leven nog in het teken van 113. Vooral na een drukke dienst, dan denk ik nog wel aan mijn werk. Thuis ga ik dan even wat anders doen.
P7: Soms is het heel druk, er is een maximum aan wat ik aankan. De wachtrij kan heel drukkend zijn. De hanteerbaarheid ligt heel erg aan de vormgeving: is er een tijds kader waarin je werkt en zijn er afspraken waarvoor je bent.
P8: Je moet relaxt zijn, je niet op laten jagen door de klok, dan stel je de beste vragen. Na een uur zie je herhaling komen in de chats, dan is het niet heel helpend meer.
P8: Omdat het werk zwaar is is het belangrijk dat je wordt opgevangen als het een zwaar gesprek was.
P8: Als je met schermen werkt heb je pauze nodig. Het kan heel afstompnd zijn. Soms ben ik heel moe, een soort van dufheid.
P10: Wij werken niet vanuit huis. De problematiek is soms zo heftig en je professionaliteit is anders als je thuis bent dan wanneer je in een neutrale omgeving bent waar je ook ruggenspraak kan houden, elkaar in de gaten kunt houden. We zoeken wel uit of ruggenspraak ook digitaal kan.

P10: Als het te druk is in de chat loop je het risico dat je gaat antwoorden om het antwoord. Je denkt dan niet meer na waar je naartoe wilt.
P11: Die zittende houding is niet goed, ik sport heel veel.
P12: Soms is het wel lastig dat je niets kan doen. Als je een tragische mail van ouders krijgt met vervelende verhalen over de zorg.
P12: Het werk is soms wel belastend voor jezelf. Je leest tragische verhalen, krijgt kritiek en boze reacties. Het legt beslag op je leven. Maar ik ben ook erg gedreven, mijn leven draait hierom. Een enkele keer voelt het als belasting omdat het 24/7 naar je toe komt. Mijn leven bestaat voor zo'n groot deel uit dit werk, ik zou niet weten wat ik zonder al die dingen ben.

Balans
P1: Ik reageer altijd binnen 2 a 3 dagen op die mail. Ook in de kortere vakanties. Niet in mijn zomervakantie, dat is de enige vakantie waarin ik mijn werk voor 99 Gram stil leg of overdraag. Andere vakanties neem ik vrij voor mijn andere werk maar niet voor 99 Gram.
P1: Het digitale werk is een totaal andere manier van werken. Het heeft veel flexibelere werktijden. Ik neem alleen vakantie voor mijn digitale werk tijdens de zomer. De rest van het jaar ben ik altijd beschikbaar en log ik ook in op bijvoorbeeld feestdagen. De balans tussen werk en vrije tijd is anders. Je weet dat als je dit werk doet dat je onregelmatig werkt en af en toe dienst hebt. Er is geen ORT maar er hangt voldoende ander werkplezier tegenover. Dit werk heeft een heel andere beleving. Soms is het wel veel bovenop mijn gewone werk. Als ik thuis inlog moet alles wijken. Dat weet mijn gezin. Tijdens de chat ben ik niet te storen. Ach en soms kan ik mijn eigen kind even vragen hoe die ergens over denkt, dat is best makkelijk.
P3: Door mijn manier van werken loopt het mij over de schoenen. Ik word heel veel gebeld door mijn boek. We zijn onvoorstelbaar bereikbaar geworden. Dat is best heel intensief. Betrokkenheid alsof het vrienden zijn, dat gaat enorm meespelen en dit is grenzeloos.
P3: De grenzen tussen privé en werk zijn volkomen verschoven. Dat is mijn ding. Mijn persoonlijkheidsstructuur is levensgevaarlijk. Ik heb er een soort schaduwpraktijk door opgebouwd die alles van mij vraagt.
P6: De balans tussen werk en vrije tijd is heerlijk in dit werk. Eerder nam ik altijd nog 's avonds werk mee naar huis, nu niet meer. Ik had op mijn vorige werk een hele hoge productienorm, dat heb ik hier niet. Hier is je werk gewoon klaar. Nu doe ik dingen omdat ik ze zelf leuk vind. Het maakt mij een veel gelukkiger mens.
P8: Ik neem mijn werk niet mee naar huis. Ik werk hier en als ik thuis ben is het werk heel snel uit mijn hoofd. Ik kan wel blijven denken over de techniek van het werk, niet over de inhoud.
P9: Mijn werk en privé lopen helemaal door elkaar. Ik straal mijn passie uit. Soms zou ik werk en privé iets meer moeten scheiden. Dit doet wat mijn mij persoonlijk, door dit werk sta ik heel sterk. Ik laat hulpverlener zijn los. Mensen hebben het meest houvast als ik me opstel als mens.
P11: Er is geen evenwicht! Ik ben al jaren doorgeslagen. Nogmaals, ik heb een missie. Maar op een gegeven moment ga ik me terugtrekken. Je kan heel goed ergens voor strijden, maar soms is het ook klaar. Mijn familie komt op de eerste plaats. Digitaal raak je makkelijk uit balans.
P12: Ik ben via mijn telefoon en email steeds bereikbaar. Het is heel verleidelijk om snel over grenzen te gaan, zeker in een sector waarin je voortdurend een vraag om hulp voelt. Het is wel belangrijk om je werk af te kaderen. Collega's van Proud2BeMe werken vanuit een kantoor, dat helpt wel om het gezond te houden.
P13: Het is makkelijk werk om in te passen in kleine momenten waarop je even niets te doen hebt. Dit kun je doen in de marges van het bestaan.

Persoonlijke ontwikkeling
P1: De deskundigheidsbevordering en intervisie vind ik echt heel erg belangrijk. Het is heel goed voor mijn professionele ontwikkeling. Het geeft transparantie over mijn manier van werken en ik heb veel beter geleerd met feedback om te gaan.
P2: Het is wel een raar idee dat de hele wereld kan zien wat je hebt gedaan. Het voelt een beetje naakt. Je gaat meer met de billen bloot. Als persoon vond ik dat nooit zo leuk maar door het meer te doen heeft het me zekerder gemaakt en durf ik meer.
P3: We zijn huisarts in een dorp geworden. Ook door ervaringskennis in te zetten is het veel persoonlijker geworden. Dat is best heel intensief, er is meer betrokkenheid alsof je vrienden bent. Dat is grenzeloos en gaat wel enorm meespelen. Daar moet je een balans in vinden.

P8: Uiteindelijk wil ik graag face-to-face werken. Dat is 'the real thing'. Een gesprek van mens tot mens. Maar ik vind het ook nog wel even fijn om zo te werken. Een stukje zelfbescherming. Ik geef behandeling maar hoef mensen niet te zien. Dan kan ik mijn eigen emotie goed monitoren.
P9: Als iemand een vervelende opmerking plaatst voel ik dat wel. Het liefst wil ik dan reageren. Maar ik ben redelijk goed in het uitstellen van mijn reactie en denk dan na. Het is wel lastig want het is een openbaar medium, lastig als iemand je dan diskwalificeert. Iemand kan misbruik van je maken. Je moet jezelf trainen om jezelf er wat voor af te sluiten en toch in verbinding te zijn. Ik doe dat door open te blijven en mezelf te zijn.
P9: Het openbare aspect is best lastig. Ik sta zo sterk in het vertellen van mijn eigen verhaal, dat ik niet zo bezig ben met de reacties van anderen. Het gaat er juist om dat je vertrouwt.
P9: Als je dit werk wilt doen moet je ook sterk je eigen positie aangeven. Je moet je in je eigen werkomgeving kunnen positioneren. Je moet goed voor jezelf zorgen.
P10: Voor dit werk moet je flexibel zijn, je kwetsbaar durven opstellen en feedback durven vragen.
P10: Voor dit werk moet je snel kunnen schakelen, taalvaardig zijn, je kwetsbaar op kunnen stellen, wat betreft de inhoud van het werk kennis hebben, feedback kunnen vragen, je moet je heel bewust zijn dat je het niet kan herstellen, het moet bij je passen, de andere dynamiek.
P11: Als cliënten mij googelen zien ze wie ik ben. Digitaal moet je dezelfde persoon zijn, 'what you see is what you get'. Ik geef ook altijd aan dat mensen het moeten zeggen als ze iets zien wat niet klopt. Mensen komen in mijn face-to-face werk bij me en dan hebben ze me online al over me gelezen. Tot nu toe is dat in mijn voordeel. We zijn opgeleid met het idee dat je niets van jezelf mag laten zien. Als je zoekt kom je gewoon mijn privé telefoonnummer tegen en of ik kinderen heb en mijn eigen ervaring met depressie.

