

## Implementatie van beeldzorg. De Zorgbewegers-aanpak.

### 1. **Waarom begeleiding bij de implementatie?**

Beeldzorg wordt gedreven door de algemene trend van digitalisering van de samenleving. Het gebruik van informatie- en communicatietechnologie bij alle dagelijkse zaken wordt steeds gewoner. ICT is er gewoon en gaat niet meer weg. Dat zouden we ook niet willen; we omarmen het juist steeds meer. Bijna alle huishoudens in Nederland hebben inmiddels een internetaansluiting: 96% in 2021. Deze adoptie op grote schaal zal leiden tot een grotere vraag naar nog meer en betere toepassingen, ook in de zorg, waardoor aanbieders zullen moeten blijven innoveren.

Behandelen met behulp van beeldbelcontact houdt in dat een behandelaar op afstand via een beeldscherm en camera communiceert met een cliënt. Daarnaast kan de behandelaar voor intercollegiaal overleg of intervisie-doeleinden gemakkelijk contact hebben met een of meerdere collega's, zonder dat zij fysiek bij elkaar hoeven te komen.

De verhouding tussen face-to-face en beeldbelcontact neemt in de praktijk meerdere vormen aan. Ten eerste kunnen face-to-face behandelingen geheel vervangen worden door beeldbelcontact en ten tweede is het mogelijk om beeldbellen als aanvulling op een behandeling te gebruiken, bijvoorbeeld door cliënten de mogelijkheid te bieden om te beeldbellen als ze vragen hebben. Een derde mogelijke vorm is het vervangen van een gedeelte van de face-to-face contacten door beeldbelcontact. Beeldbellen is in de GGZ succesvol ingezet in onder andere de behandeling van depressie, angststoornissen, middelenmisbruik, ADHD en eetstoornissen (Larson, Jacob & Craighead, 2012; Elford, White & St. John, 2001; Ermer, 1999; Myers, Valentine & Melzer, 2008; Palmer et al., 2010).

### **Beeldbellen als element binnen blended behandelen**

In Nederland is sprake van een groot draagvlak voor eHealth; 61% van de mannen en 68% van de vrouwen staat open voor het gebruik van ICT in de zorg (TelePsy, 2013). Ook uit ander onderzoek blijkt dat patiënten vaak positief aankijken tegen het gebruik van eHealth (Mair et al., 2005). Als beeldbellen is afgerond blijkt een groot deel van de patiënten even tevreden te zijn als patiënten die alleen face-to-face contact hebben

gehad. Hetzelfde geldt voor volledige gezinnen die hebben beeldgebeld (Pesämaa et al., 2004; García-Lizana & Muñoz-Mayorga, 2010; O'Reilly et al., 2007).

In tegenstelling tot cliënten zijn hulpverleners voor aanvang vaak sceptisch over beeldbellen. Een veelvoorkomende opvatting onder hulpverleners is dat de communicatie via beeld te afstandelijk is en daardoor een negatieve invloed heeft op de relatie met de cliënt (Austen & McGrath, 2006). Uit ander onderzoek blijkt dat hulpverleners na afloop van beeldbellen aangeven tevreden te zijn over het gebruik van beeldbellen (Austen & McGrath, 2006; Richardson et al., 2009).

Een ander belangrijk inhoudelijk voordeel dat in veel onderzoek naar voren komt, is dat de resultaten van beeldbellen niet slechter zijn dan die van therapieën waarin alleen gebruik wordt gemaakt van face-to-face contact (o.a. García-Lizana & Muñoz-Mayorga, 2010; Richardson et al., 2009; Hilty et al., 2004; Norman, 2006; Hylar, Gangure & Batchelder, 2005). De beoordeling van de therapeutische band verschilt niet tussen cliënten met een face-to-face of (gedeeltelijke) beeldbelbehandeling en ook lijkt de kwaliteit van interacties het zelfde te zijn (Cluver et al., 2005; Morgan, Patrick & Magaletta, 2008; Savin et al., 2006; Greenberg, Boydell & Volpe, 2006). Uit enkele onderzoeken komt naar voren dat de interpretatie en expressie van emoties ook via beeldbellen goed gaat (Bischoff, Hollist, Smith & Flack, 2004), maar een andere studie toont juist aan dat de waarneming en inschatting van de emotionele staat en non-verbale communicatie van een cliënt minder betrouwbaar zijn (Dobscha et al., 2006). Eenduidige conclusies kunnen niet getrokken worden.

Zorginstellingen in ons land doen al enige jaren ervaring op met het inzetten van beeldbelcontact. Als element binnen een blended behandeltraject zien we de volgende praktische en behandelinhoudelijke voordelen:

- Tijdwinst: het aantal fysieke afspraken kan worden teruggebracht, een beeldbelcontact is vaak korter dan een face-to-face contact
- Gemak: het gemak van beeldbelcontact verlaagt voor cliënten de drempel naar zorg
- De cliënt kan in zijn vertrouwde omgeving contact hebben met de behandelaar
- Online overlegmogelijkheid voor professionals onderling
- Onafhankelijk van plaats en tijd contact hebben. Bezoek aan een instelling of ambulante ondersteuning aan huis heeft vaak een grote impact op iemands levensritme. Het neemt een deel van de dag in beslag en tijdstippen worden meestal door de behandelaar bepaald. Elke vorm van een mogelijkheid tot zelfsturing hierin is dan ook welkom; bijvoorbeeld zorgondersteuning via beeld, op een zelfgekozen moment
- Vergroten van de zelfredzaamheid van de cliënt, bijvoorbeeld doordat de behandelaar de mogelijkheid krijgt op afstand te coachen in de thuissituatie.

### **Randvoorwaarden voor succes**

Beeldbellen gaat niet 'zomaar' goed. Gebruikers moeten leren de techniek te gebruiken en ervaren op welke onderdelen contact via het beeldscherm anders is dan face-to-face contact. Behandelaren kunnen door training leren om beeldbellen methodisch in te zetten. Op organisatieniveau moet een aantal praktische maatregelen genomen worden om de implementatie van beeldbellen succesvol te laten verlopen. De implementatie van beeldbellen verloopt vergelijkbaar met de introductie van andere digitale innovaties in de

zorg. Het vergt o.a. een goed samenspel van bottom-up (uitproberen, ervaring opdoen, draagvlak vergroten) en top-down (aansturen, monitoren), meetbare doelen stellen en regelmatig evalueren en bijstellen van de koers.

In het algemeen kun je stellen dat de volgende ingrediënten bijdragen aan succes:

- Beeldbellen combineren met face-to-face contact
- Duidelijke doelen stellen
- Keuzevrijheid van behandelaar en cliënt
- Flexibel kunnen inzetten van beeldbellen
- Klein beginnen en langzaam opschalen
- Een positieve attitude (behandelaren) en voldoende training
- De juiste apparatuur en werkende techniek

## **2. Implementatie-aanpak Zorgbewegers**

Een goede voorbereiding, planning en goed onderbouwde keuzes over de inrichting van de techniek en de werkwijze zijn cruciaal voor het welslagen van beeldzorg. Om dit te realiseren is het belangrijk om in de zorginstelling een werkgroep en een projectleider/coördinator aan te stellen die uren en mandaat krijgen om goed vorm te geven aan de nieuwe manier van werken en collega's hierin op weg te helpen. Vanuit Zorgbewegers ondersteunen wij met advies, training en het neerzetten van de kaders. Deze manier van samenwerken is beproefd succesvol gebleken.

Onze implementatie-aanpak van 'klein beginnen en groots uitrollen' betekent dat onderweg geleerd wordt van de eerste ervaringen en tijdig bijgestuurd kan worden om tot optimale implementatie te komen in de teams. Hierbij worden steeds de vragen gesteld 'Welke impact heeft dit voor de professional en de cliënt en diens netwerk?' en "Welke impact heeft het op de werkafspraken en voor het proces?".

### **Pilotfase: starten met beeldzorg**

We willen de organisatie zo goed mogelijk toerusten om succesvol van start te gaan. 'Goed' betekent:

- dat de praktische en technische randvoorwaarden op orde zijn
- dat medewerkers en cliënten voldoende zijn geïnformeerd over het doel en de verwachte meerwaarde
- dat er onderbouwde keuzes zijn gemaakt in de manier waarop beeldzorg wordt ingezet
- Dat medewerkers en cliënten voldoende instructie hebben gekregen om de techniek te kunnen gebruiken
- Dat medewerkers methodisch getraind zijn in communiceren/hulpverlening via beeldbellen
- dat een passende werkwijze wordt ontworpen en gedocumenteerd
- dat de voortgang in de pilot systematisch wordt gemonitord en er wordt bijgestuurd waar nodig.

De pilot verloopt in 6 duidelijke stappen:

Stap 1 – Voorbereiding, afbakening scope en resultaat pilotfase

Stap 2 – Plannen

Stap 3 – Ontwerpen en inrichten

Stap 4 – Informatie, training en coaching

Stap 5 – Uitvoeren, verankeren en verbeteren

Stap 6 – Evaluatie en voorbereiding vervolg

Meer uitgewerkt ziet de fasering van de pilot er als volgt uit. De Zorgbewegers begeleidt de projectleider en de werkgroep bij het nemen van de verschillende stappen. Tevens voeren zij de methodische trainingen en interviews uit.

	Stappen	Activiteiten werkgroep	Resultaat
1.	Vorbereiding en bepalen resultaat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• inrichten werkgroep</li> <li>• vaststellen doelen pilot</li> <li>• vaststellen visie op beeldzorg en verwachte meerwaarde</li> <li>• vaststellen technische/praktische randvoorwaarden</li> <li>• vaststellen wijze van monitoren en evalueren</li> </ul>	Het doel, de meerwaarde van de ingebruikname van de beeldzorg en de gevolgen voor de cliënten, medewerkers en overige betrokkenen zijn duidelijk.
2.	Plannen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• maken van beknopt plan van aanpak met planning en mijlpalen</li> <li>• instructie- en trainingsbijeenkomsten inplannen</li> <li>• randvoorwaarden op orde brengen</li> <li>• selectie lokatie(s)/medewerkers</li> </ul>	Planning, fasering en mijlpalen zijn helder en gecommuniceerd. Draagvlak en participatie is gegarandeerd.
3.	Ontwerpen en inrichten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• selectie van doelgroep en bepalen wijze van benaderen/informereren</li> <li>• (her)ontwerp zorgproces o.b.v. visie (wanneer en waarom wordt beeldcontact ingezet in het traject)</li> <li>• ontwikkelen richtlijnen, werkwijze, handleidingen medewerkers</li> <li>• ontwikkelen communicatiemateriaal cliënten</li> </ul>	Te verwachten veranderingen zijn vertaald naar concrete aanpassingen in werk- en procesbeschrijvingen. Keuzes zijn gemaakt op het gebied van doelgroep, aantal cliënten, en welke professionals deelnemen aan de pilot en afgestemd en gecommuniceerd met betrokkenen. Commitment aan verandering is gerealiseerd.
4.	Informatie, training en coaching	<ul style="list-style-type: none"> <li>• technische training medewerkers</li> <li>• kick-off sessie 'methodische beeldzorg' medewerkers + manager</li> </ul>	Betrokken cliënten, medewerkers en andere betrokkenen zijn toegerust met de benodigde devices, kennis en informatie, en voelen zich competent om volgens de nieuwe werkwijze aan de slag te gaan.
5.	Uitvoeren, verankeren en verbeteren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2x inhoudelijke interview-sessie medewerkers</li> <li>• tussentijdse evaluatie (halverwege looptijd)</li> <li>• bijsturen o.b.v. voortgang</li> <li>• voorbereiden evaluatie</li> </ul>	De nieuwe werkwijze is ingebed in de huidige manier van werken. Er is aandacht voor verbeterpunten, onderlinge kennisuitwisseling en inspiratie delen.
6.	Evaluatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• uitvoeren evaluatie</li> <li>• vervolgplan o.b.v. uitkomsten</li> </ul>	Resultaten van de pilot zijn duidelijk, besluitvorming omtrent vervolg kan plaatsvinden.

### Looptijd pilot

De pilot loopt 6 maanden. In onderstaande tabel de planning die we grofweg hanteren. De eerste twee maanden wordt het 'voorbereidende' werk gedaan. Vanaf maand 3 wordt de techniek in de praktijk ingezet en kan er ongeveer 3 maanden ervaring mee worden opgedaan. Tijdens de uitvoeringsfase wordt twee keer een intervisie-moment voor medewerkers georganiseerd ten behoeve van (zorg)inhoudelijke ondersteuning en kennisuitwisseling.

	m1	m2	m3	m4	m5	m6
<b>Vorbereiding en bepalen resultaat</b>	x					
<b>Plannen</b>	x					
<b>Ontwerpen en inrichten</b>	x	x				
<b>Informatie, training en coaching</b>		x	x		x	
<b>Uitvoeren, verankeren en verbeteren</b>		x	x	x	x	x
<b>Evaluatie</b>						x

### Aanbod ondersteuning pilotfase (6 mnd)

Zorgbewegers hanteert een uurtarief van €125,-. De investering voor ondersteuning door Zorgbewegers in de pilotfase bedraagt derhalve €5.500,- ex. btw. Onderstaand een specificatie van de te verwachten uren.

	Inzet Zorgbewegers	Uren incl. voorbereiding
Vorbereiding en bepalen resultaat	<ul style="list-style-type: none"><li>• afstemming op afstand (2 uur)</li><li>• 1x werkgroepbijeenkomst (3 uur)</li></ul>	6
Plannen	<ul style="list-style-type: none"><li>• afstemming op afstand (2 uur)</li><li>• 1x werkgroepbijeenkomst (3 uur)</li></ul>	6
Ontwerpen en inrichten	<ul style="list-style-type: none"><li>• telefonisch contact (2 uur)</li><li>• uitwerking stukken (4 uur)</li></ul>	8
Informatie, training en coaching	<ul style="list-style-type: none"><li>• kick-off medewerkers (3 uur)</li><li>• intervisie: 2x 2 uur</li></ul>	10
Uitvoeren, verankeren en verbeteren	<ul style="list-style-type: none"><li>• afstemming op afstand (6 uur)</li><li>• tussenevaluatie (2 uur)</li></ul>	8
Evaluatie	<ul style="list-style-type: none"><li>• evaluatie (4 uur)</li><li>• vervolgplan (2 uur)</li></ul>	6
<b>TOTAAL</b>		<b>44</b>

## E-health gaat niet zonder implementatie

### Ontwikkeling van e-health in psychosociale hulpverlening

De afgelopen vijftien jaar is e-health in de psychosociale hulpverlening volwassen geworden. In de beginperiode was een select groepje professionals bezig te experimenteren met de mogelijkheden van internet binnen hulpverlening. Veelal betrof het mensen die zelf inhoudelijk betrokken waren bij hulpverlening en die affiniteit hadden met digitalisering.

Het ontstaan van de eerste online behandelmodules luidde een nieuw tijdperk in, dat van de platforms. Centrale, beveiligde online plekken van waaruit online behandelingen konden worden aangeboden. In deze periode werden in rap tempo verschillende behandelplatforms ontwikkeld en, mede gestuurd door prikkels vanuit overheid en zorgverzekeraars, raakten met name ggz-instellingen massaal geïnteresseerd. De aanvankelijke weerstand van behandelaren nam wat af, omdat inmiddels ook was gebleken dat de beste resultaten behaald konden worden door niet enkel online te behandelen, maar door een afgewogen combinatie van online contact en oefeningen met face-to-face gespreksvoering. Dit 'beste van twee werelden' leidde ertoe dat steeds beter werd nagedacht over de toegevoegde waarde van digitale middelen in hulpverleningstrajecten. 'Blended' hulpverlening was geboren.

Niet alleen werd de werking van blended behandelen aangetoond, tegelijkertijd was sprake van een bredere digitalisering in de samenleving en raakten mensen gewend aan online diensten. Toch waren er nog altijd veel kritische geluiden. Vaak terecht, vanuit zorgen om mogelijke verschraving van de hulpverlening.

### Implementatie van blended hulpverlening blijkt niet vanzelf te gaan

Ook op plekken waar alle randvoorwaarden op orde waren, bleek werkelijk veranderen moeilijk. Omdat zorgprofessionals zo hun eigen gedachten en overtuigingen hebben over e-health, maar ook omdat het starten met blended behandelen feitelijk een organisatieverandering betekent. Het vraagt een veranderkundige aanpak in de breedte van de bedrijfsvoering. E-health écht laten landen betekent een (her)ontwerp van processen, nieuwe werkafspraken, nieuwe communicatie, een nieuwe manier van opleiden, nieuwe informatie verzamelen en anders sturen. En uiteraard moeten de technische en praktische randvoorwaarden op orde zijn. De techniek moet zo makkelijk en soepel mogelijk werken.

De sleutel tot succesvolle implementatie ligt uiteindelijk bij professionals. Hun enthousiasme en vaardigheden zijn van doorslaggevend belang, zo blijkt keer op keer. En niet onbelangrijk: de vraag 'what's in it for me?' Een professional die zelf geen voordeel ervaart van blended werken, zal de nieuwe werkwijze niet omarmen. Kennis, vaardigheden en een positieve attitude van de professionals zijn dus essentieel. Je kunt niet verwachten dat dat uit zichzelf ontstaat, daar moet je actief op sturen en in begeleiden.

### Weggegooid geld

Leveranciers van techniek hebben de notie van stevig inzetten op implementatie in die beginjaren geen onderdeel gemaakt van hun aanbod. Van oudsher waren er zorgmensen, die zich bezighielden met de 'hoe-vraag': hoe maak je een behandeling blended, hoe motiveer je cliënten? Enzovoorts. En er waren ict-partijen die de techniek leverden om dat veranderende primaire proces te ondersteunen. Twee werelden. Het effect hiervan was dat de zorginstellingen, die massaal een platform hadden ingekocht, met een suboptimale of soms zelfs onwerkbaar situatie zaten opgescheept. Zij hadden voor vele duizenden euro's geïnvesteerd in een systeem dat door hun behandelaren niet tot nauwelijks werd gebruikt.

Met de introductie van e-health raak je aan de kern van het werk van behandelaren. Dat heeft een andere impact dan bijvoorbeeld de introductie van een nieuw registratiesysteem. Binnen zorginstellingen zijn

zelden mensen beschikbaar die vanuit een visie op e-health en met stevige projectmanagement-ervaring de verandering op een inhoudelijke manier kunnen implementeren. Helaas een euvel waar we op plekken tegenwoordig nog altijd de nadelige gevolgen van zien. Het is niet alleen weggegooid (gemeenschaps)geld, ook zijn hulpverleners met dergelijke ervaring vaak gedemotiveerd en verandermoed geraakt en hebben zij slechte associaties met e-health gekregen. Dat soort oud zeer kan jaren blijven hangen en nieuwe initiatieven en nieuw elan blokkeren.

### **Vruchtbare grond creëren om de voordelen te genieten**

Door de jaren heen hebben we veel geleerd over de psychologische en veranderkundige kanten van de introductie van blended behandelen. We weten dat hulpverleners zich niet alleen enthousiast maar ook competent moeten voelen om op de nieuwe manier te werken. Niet alleen komt dat de kwaliteit van de hulpverlening ten goede, het is zelfs randvoorwaardelijk voor implementatie dat hulpverleners voldoende vertrouwen in eigen kunnen hebben. De zorginstelling moet een lerende organisatie worden, men moet eigenaarschap ervaren en zelf invloed kunnen hebben op de koers en werkwijze.

Ook de overheid heeft de afgelopen jaren steeds meer oog gekregen voor het belang van implementatie van e-health. Vanuit VWS lanceerde ZonMw in 2017 bijvoorbeeld de 'werkplaats e-health implementatie'. Men probeert een antwoord te vinden op de vraag waarom de implementatie 'zo moeizaam plaatsvindt' en er geen massale overname is van goede voorbeelden.

Ook de achterblijvende opschaling van e-health is inmiddels landelijk een aandachtspunt. De minister van VWS, Hugo de Jonge, zei hier recent over: 'Tegelijkertijd vormt verdere opschaling van dergelijke toepassingen naar meerdere locaties, regionaal of op landelijk niveau, vaak een aanzienlijke uitdaging. De kern van de uitdaging is dat het bij toepassing van innovaties, ook als er digitale techniek aan te pas komt, vaak gaat om (complexe) organisatorische veranderingsprocessen. Daarbij worden nieuwe samenwerkingsrelaties tussen professionals vormgegeven en kunnen patiënten vanuit een steeds gelijkwaardigere positie meesturen in hun behandelproces. Om daarin succesvol te zijn is een constructief samenspel nodig tussen innoverende bedrijven, patiënten, zorgaanbieders, verzekeraars, gemeenten en kennis- en onderwijsinstellingen.'

(Antwoord op Kamervragen over het bericht 'E-healthweek 2018: 'Opschaling is altijd gedoe''')

De aandacht voor implementatie groeit, maar we zijn er nog niet. Een deskundige implementatie-aanpak zou standaard onderdeel moeten uitmaken van de inkoop van zorgtechnologie. Hiermee creëer je de vruchtbare bodem die nodig is om potentie van e-health op het vlak van efficiency, kwaliteitsverbetering en klanttevredenheid werkelijk te gelde te maken.

## Over de Zorgbewegers

### Wat doen de Zorgbewegers?

De Zorgbewegers helpen zorginstellingen om de juiste beweging op gang te brengen in de transitie naar e-health. Dat doen we door praktische kennis en ervaring met de toepassing en implementatie van e-health in te zetten. We begrijpen dat goede implementatie-begeleiding voorwaardelijk is voor het succesvol gebruik van e-health door alle betrokkenen. We werken volgens een beproefde implementatiestrategie en nemen primair de zorginhoud als uitgangspunt. Het aanbod van de Zorgbewegers is niet gekoppeld aan de inzet van specifieke ICT-oplossingen.

### Wie zijn de Zorgbewegers?

De Zorgbewegers is een team van adviseurs met een zorginhoudelijke achtergrond en gedegen kennis van toepassing en implementatie van e-health. We lopen al wat jaren mee en zijn meegegroeid met de ontwikkelingen op het gebied van ehealth. We snappen de context van de zorginstelling, we begrijpen de hoofden en harten van hulpverleners en we weten dat de inzet van ehealth een verandering betekent in het werken en denken van alle betrokkenen.

Wij zijn kritisch, kundig, spreken de taal van de hulpverlening, begrijpen de behoeften van de gebruikers en nemen altijd de zorginhoud als vertrekpunt. We hebben ook verstand van ict. Daardoor slaan we met succes de brug tussen techniek en hulpverlening.

Wij treden op als adviseur, projectmanager of trainer. Vaak ook bestaan die rollen naast of na elkaar. We helpen de juiste beweging en verandering te creëren in je organisatie, we zijn je kundige sparringpartner en we zetten je graag aan het denken over vragen als 'waarom willen we dit?' en 'welk probleem lost dit op?'.

We werken samen met professionals uit ons netwerk die hun sporen hebben verdiend op het gebied van zorginnovatie en de implementatie van e-health en die veelal expertise hebben op specifieke thema's.

### Diensten

- *Visievorming en besluitvorming*
  - procesanalyse
  - visie-sessie
  - patient journey
  - business case
  - selectie ict
  
- *De startende organisatie: 6-stappenplan voor een vliegende start*
  - projectorganisatie en -management
  - inrichten monitoring, evaluatie en verantwoording
  - coaching projectleider en aandachtsfunctionarissen/ambassadeurs
  - herontwerp processen en zorginhoud
  - methodiektrainingen online hulpverleners
  - ondersteuning communicatie
  
- *Borgen en opschalen*
  - projectmanagement
  - opschalingsplan opstellen en uitvoeren
  - standaardiseren en vereenvoudigen processen
  - ontwikkelen en aanpassen zorginhoud



- inbedding in de lijn
- opleidingsplan opstellen en uitvoeren
- *Inhoudelijke verdieping*
  - methodiektrainingen (online hulpverleners, transparant rapporteren etc.)
  - praktische trainingen (gericht op leren werken met het ict-systeem)
  - workshops, lezingen, gastlessen
  - intervisie
  - e-learning



### **Bijlage 3: profiel Myriam Limper**

Myriam, van huis uit psycholoog, heeft jarenlange ervaring met het ontwikkelen en implementeren van e-healthtoepassingen. Myriam werkte onder andere voor stichting E-hulp.nl en als zelfstandig adviseur. Zij schreef mee aan het Handboek Online Hulpverlening, trainde vele honderden hulpverleners in methodisch online hulpverlening en begeleidde diverse organisaties in de Zorg & Welzijn om vorm te geven aan online hulpverlening op maat. In 2016 sloot Myriam zich aan bij e-healthplatform Jouw Omgeving, alwaar zij het implementatie- en trainingsaanbod ontwikkelde.

Rode draad in haar werk is het borgen van de kwaliteit van online hulpverlening, met een sterke focus op het perspectief van de eindgebruikers: hulpverleners en cliënten.

Momenteel is Myriam directeur van Zorgbewegers, een advies- en trainingsbureau op het gebied van implementatie van online zorg ([www.zorgbewegers.nl](http://www.zorgbewegers.nl)).

