

Kwalitatief onderzoek naar redenen waarom patiënten na een online
psycho-educatiemodule stoppen of doorgaan met online behandeling
voor een depressieve stoornis

Masterthese Psychologie, Geestelijke Gezondheidsbevordering

Faculteit Gedragwetenschappen

Universiteit Twente, Enschede augustus 2011

Begeleiders: Dr. Lieke Christenhusz en Martine Fledderus MSc

D.A.M. Nieuwenhuis

0151548

UNIVERSITEIT TWENTE.

Samenvatting

Achtergrond: Dit kwalitatieve onderzoek heeft zich gericht op personen die bij Dimence, instelling voor geestelijke gezondheidszorg in Overijssel een online behandeling hebben gevolgd voor een depressieve stoornis. Mensen met een stemmingstoornis maken veel gebruik van zorgvoorzieningen en het hebben van een depressieve stoornis heeft veel gevolgen. Behandeling via internet kan er mogelijk voor zorgen dat er efficiënter gewerkt kan worden waardoor meer mensen geholpen worden en de wachtlijsten afnemen omdat therapeuten meer tijd hebben. Bij andere internetbehandelingen is er veel drop-out te zien. Tot nu toe is er weinig kwalitatief onderzoek bekend naar behandeling via internet waarbij mensen ook ondersteuning krijgen van een behandelaar. Het doel van het onderzoek is om een beeld te krijgen van ervaringen van patiënten met de online behandeling bij Dimence en wat hen wel of niet motiveerde om door te gaan na de eerste module.

Methode: Door middel van semigestructureerde interviews zijn zes personen geïnterviewd die in het afgelopen jaar of recent zijn uitgeschreven en de module bewustwording hebben gevolgd. Hierbij zijn personen met een depressieve stoornis en een angststoornis meegenomen om hier een vergelijking tussen te kunnen maken. Er zijn telefonische interviews en persoonlijke interviews uitgevoerd. De interviews zijn uitgeschreven waarna de belangrijkste thema's zijn bepaald.

Resultaten: De helft van de geïnterviewde personen was positief, de helft negatief. De belangrijkste redenen voor de personen die door zijn gegaan met behandeling via internet zijn; tijd en locatie, het prettig vinden om te schrijven over de klachten en geen problemen met de interactie via de computer ervaren. De belangrijkste redenen die bij de personen genoemd zijn om niet door te gaan met de behandeling zijn; geen aansluiting met de klachten, vermindering van de klachten en het gebrek aan persoonlijk contact tijdens het maken van de oefeningen. De belangrijkste motiverende aspecten en ervaren barrières zijn terug te voeren naar de thema's; tijd en locatie, persoonlijk contact, motivatie, navigatie en vormgeving, manier van communiceren en aansluiting bij de klachten. Mensen met een angststoornis lijken meer gemotiveerd te zijn, mede doordat zij minder last hebben van verminderde concentratie en moeilijk ergens toe kunnen zetten. De gesprekken tijdens de behandeling vinden alle personen een belangrijk onderdeel van de behandeling.

Conclusie: Er zijn veel factoren die mee spelen bij het wel of niet gemotiveerd zijn voor internetbehandeling. Persoonlijke gesprekken blijven erg belangrijk. Het programma zou nog meer aangepast kunnen worden aan de situatie van de patiënt. Er zal meer onderzoek gedaan moeten worden naar het verschil met een standaard behandeling, het verschil tussen personen met een angststoornis en de rol die de sociale omgeving kan spelen bij het volgen van de behandeling.

Abstract

Background: This qualitative research has focused on people who were in treatment for a depressive disorder at a mental health care center in the Netherlands called Dimence. They have got internet-based treatment with written feedback and face-to-face evaluation moments. Having a depression has a lot of consequences and a lot of people are using treatment facilities for depression. The internet may offer a good alternative for reaching more people at the same time. It may reduce waiting-lists and save therapist time. In previous research there has been found high rates of drop-out in internet based interventions for depression. There has been little qualitative research about this subject. Especially about the treatments that have internet based interventions with support. Aims of the study are to gain more knowledge about patient experience with the treatment and to find what motivates them and what not.

Method: Qualitative data were collected through semi structured interviews with 6 patients. Interviewees were selected from a list of people who had recently or in the previous year stopped treatment for depression or anxiety and had followed a first internet based module called 'awareness' or in Dutch 'bewustwording'. We have collected data from both persons with a depressive disorder and an anxiety disorder in aim to compare these disorders. There have been personal interviews and interviews by telephone. An inductive, content analysis of the interviews was performed. The main themes were then compared with themes found in previous research.

Results: Half of the persons were positive, half of the persons were negative about the internet treatment. The most important reason for people to go on with the internet based treatment after the first module were that they could do it in their own time and place. Some people liked it better to write than to talk about their symptoms and they had fewer problems with communicating mainly through the computer. Persons who did stop after the first module found a lack of identification with the assignments, the complaints were less so the treatment was not necessary anymore or people experienced the small amount of personal contact a great barrier towards the treatment. The main themes that are found that include motivators and barriers towards the treatment are: time and location, personal contact, motivation, navigation and design, way of communicating and lack of identification.

Conclusion: There are a lot of factors that play a role if we want to know why people are motivated or not for internet based treatment with support. The program should be more adjusted to the situation of the patient, navigation should be easier. It seems that people with an anxiety disorder experience more benefit from the program. Maybe this is due to the symptoms of a depression which cause difficulty to concentrate and lack of motivation. More research should be done at this subject, the role of the social environment and the differences of treatment effects with regular treatment.

Inhoudsopgave

1.	Samenvatting	2
	Abstract	3
2.	Inleiding en achtergrond	5
	<i>2.1 Depressieve stoornis</i>	5
	<i>2.1.1 Angststoornissen</i>	6
	<i>2.2 Behandeling van de depressieve stoornis</i>	7
	<i>2.3 E-health en online behandeling in de geestelijke gezondheidszorg</i>	8
	<i>2.4 Online cognitieve gedragstherapie en drop-out van deelnemers</i>	9
	<i>2.5 Online behandeling binnen Dimence</i>	12
	<i>2.6 Relevantie en probleemstelling</i>	14
3.	Methoden	16
	<i>3.1 Procedure</i>	16
	<i>3.2 Deelnemers aan het onderzoek</i>	17
	<i>3.3 Het kwalitatieve onderzoek</i>	18
	<i>3.4 Analyse van de gegevens</i>	19
4.	Resultaten	20
	<i>4.1 Redenen om wel of niet verder te gaan met internetbehandeling na de module bewustwording</i>	20
	<i>4.2 Tijd en locatie</i>	22
	<i>4.3 Persoonlijk Contact</i>	23
	<i>4.4 Motivatie</i>	24
	<i>4.5 Navigatie en vormgeving</i>	24
	<i>4.6 Manier van communicatie</i>	25
	<i>4.7 Aansluiting bij de klachten</i>	26
	<i>4.8 Verbetering van de internetbehandeling</i>	27
	<i>4.9 Sociale omgeving</i>	27
5.	Belangrijkste verschillen tussen de personen die positief of negatief waren	28
	<i>5.1 Belangrijkste verschillen tussen een angst- en depressieve stoornis</i>	28
	<i>5.2 Vergelijking met het onderzoek van Gerhards e.a. (2011)</i>	29
6.	Discussie	31
	<i>6.1 Belangrijkste bevindingen</i>	31
	<i>6.2 Beperkingen</i>	32
	<i>6.3 Aanbevelingen aan Dimence</i>	33
	<i>6.4 Aanbevelingen voor verder onderzoek</i>	34
7.	Literatuurlijst	35
8.	Bijlagen	37
	<i>Bijlage 1. Opzet interviewschema</i>	37

2. Inleiding en achtergrond

2.1 Depressieve stoornis

Uit een groot onderzoek naar de psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking, het NEMESIS-2 onderzoek, blijkt dat het ooit in het leven voorkomen voor stemmingstoornissen (waaronder een depressieve stoornis) bij volwassenen tussen 18 en 65 jaar, 20,1 % is. Mensen met stemmingstoornissen maakten in 2008 het meest gebruik van zorgvoorzieningen voor hun problemen en kregen het vaakst medicatie voor hun psychische problemen voorgeschreven (de Graaf, Ten Have, & Van Dorsselaer, 2010). Iemand heeft een depressieve stoornis als men gedurende ten minste twee weken bijna elke dag, gedurende het grootste gedeelte van de dag een neerslachtige stemming heeft of een duidelijk verlies aan interesse heeft in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag. Daarnaast is er vaak sprake van een verstoring van het slaappatroon, verandering van de eetlust, verandering in de motoriek, vermoeidheid of verlies van energie. Ook is er vaak sprake van zelfverwijt, schuldgevoelens, concentratieproblemen of heeft men gedachten aan dood of suïcide (APA, 1994). Hoewel de helft van alle depressieve stoornissen binnen drie maanden vanzelf opklaart, wordt het beloop van stemmingstoornissen gekenmerkt door een grote kans op herhaling. Bij behandeling in de tweede lijn recidiveert meer dan de helft van de cliënten waarvan de depressieve stoornis in volledige remissie is geweest. Depressieve stoornissen komen ongeveer twee keer zo vaak voor bij vrouwen als bij mannen (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008).

De gevolgen van een depressieve stoornis zijn groot. De World Health Organization schatte de ziektelast in 2004 op de vierde plaats van veroorzakers van de grootste ziektelast. Verwacht wordt dat in 2020 depressieve stoornissen na hart- en vaatziekten op de tweede plaats in deze lijst zal staan (WHO, 2001). Een depressieve stoornis is een van de duurdere ziekten in Nederland. In 2005 werd 773 miljoen euro uitgegeven aan de zorg voor depressieve stoornissen. Daarnaast zijn er nog maatschappelijke kosten die het hebben van depressieve stoornis met zich meebrengen. In tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt, wordt die maatschappelijke ziektelast niet bepaald door een kleine groep met ernstige en chronische klachten maar door een veel grotere groep van mensen met milde of matige klachten (Rijnders & Heene, 2010; WHO, 2001). Door de WHO worden de maatschappelijke kosten van onderbehandelde psychische klachten op miljarden euro's geschat, ook voor landen als Nederland en België. Voor zo'n 75 procent worden

deze kosten veroorzaakt door dalende arbeidsproductiviteit en uitval door ziekte (WHO, 2001; Wieren, Schoemaker & Spijker, 2010). Een goede behandeling is daarom noodzakelijk en effectieve behandelingen zullen naar verwachting veel opleveren.

2.1.1 Angststoornissen

Hoewel de depressieve stoornis centraal staat in dit onderzoek zal ook een vergelijking worden gemaakt met internetbehandeling voor angststoornissen. Angststoornissen staan naast de depressieve stoornis en middelengebruik in de top drie van psychische problemen in Nederland. Bij vrouwen is het de meest voorkomende psychische stoornis (Emmelkamp, Bouman en Visser, 2009). Angststoornissen zijn stoornissen waarbij mensen door hun angsten beperkt worden in hun algemeen dagelijks functioneren. De meest voorkomende angststoornissen zijn; enkelvoudige fobie, paniekstoornis, sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis en obsessief-compulsieve stoornis (Vandereycken e.a. 2008) Behandelingen van angststoornissen zijn gericht op het doen afnemen van vermijding en veiligheidsgedrag, het verminderen van angstgerelateerde gedachten en op het verminderen van angst en spanning. Dit wordt afhankelijk van de stoornis bereikt door gedragsinterventies; exposure in vivo, aanleren van nieuw gedrag en responspreventie. Door cognitieve interventies, lichamelijke interventies zoals ontspanningsoefeningen en eventueel psychofarmaca (Emmelkamp, Bouman & Visser, 2009). In de literatuur worden veel internetinterventies besproken die zijn gericht op angststoornissen of een depressieve stoornis. Uit onderzoek van Spek e.a. (2007) komt naar voren dat het effect van internetbehandelingen voor angststoornissen vaak groter is dan die voor depressieve stoornissen. Uit dit onderzoek kwam verder naar voren dat voornamelijk de behandelingen met ondersteuning van een behandelaar effect hadden. Uit een review van Christensen, Griffiths en Farrer (2009) komt naar voren dat meer onderzoek nodig is naar de verschillen tussen deze stoornissen die mogelijk invloed hebben op de behandeling. Zo zouden mensen met een depressieve stoornis eerder de gedachten kunnen hebben dat de online behandeling niet werkt of dat zij de behandeling niet verdiend hebben, met als consequentie dat zij mogelijk eerder stoppen met de behandeling.

2.2 Behandeling van de depressieve stoornis

Een depressieve stoornis wordt over het algemeen behandeld met cognitieve gedragstherapie, farmacotherapie of een combinatie daarvan. Dit is afhankelijk van de ernst van de depressieve stoornis en de voorgeschiedenis van de patiënt (Vandereycken e.a., 2008). Cognitieve gedragstherapie is een van de meest onderzochte en toegepaste psychologische behandelingen (Cuijpers en Dekkers, 2005). Uit een overzicht van meta-analyses van Cuijpers en Dekkers (2005) komt naar voren dat cognitieve gedragstherapie in combinatie met farmacotherapie, beter werkt dan farmacotherapie alleen.

Een review van Tollin (2010) laat zien dat cognitieve gedragstherapie betere effecten laat zien dan andere psychologische behandelingen bij behandeling van angst- en stemmingstoornissen. Het kan bij een depressieve stoornis een terugval voorkomend effect hebben (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008; Bockting en Oosterink, 2010). De cognitieve gedragstherapie richt zich bij depressie eerst op activering en het gevoel van bekwaamheid en plezier verhogen (Keijsers, Minnen & Hoogduin, 2004). Het cognitieve gedeelte richt zich op het idee dat een depressieve stoornis veroorzaakt wordt door activering van negatieve denkschema's. In de behandeling leert de patiënt negatieve patronen van cognities te herkennen en te veranderen. Er wordt gericht op het bewust maken van de rol van gedachten bij gevoelens en gedrag en het in kaart brengen van deze gedachten. Vervolgens worden deze gedachten uitgedaagd en vervangen door vaak meer realistische gedachten (Keijsers, Minnen & Hoogduin, 2004). Ook bij de instelling waar dit onderzoek uit is gevoerd wordt een depressieve stoornis op deze manier behandeld.

Hoewel er effectieve behandelingen bestaan worden nog lang niet alle mensen met een depressieve stoornis bereikt. Uit een Europees onderzoek blijkt dat ongeveer 6 % van de bevolking op jaarbasis lijdt aan psychische klachten die het algemeen functioneren belemmeren en niet vanzelf overgaan. In Nederland is de schatting dat 48% van deze mensen uiteindelijk hulp ontvangt (Alonso, Angermeyer & Bernert, 2004). Een derde van de mensen met een depressieve stoornis zoekt hiervoor geen hulp (Vandereycken, e.a., 2008). Mogelijke oorzaken hiervoor zijn dat mensen verwachten dat de hulp niet aansluit bij hun problemen of omdat zij zelf hun problemen willen oplossen (van Beljouw e.a., 2010). Daarnaast zijn er een aantal barrières voor het krijgen van goede hulp zoals een tekort aan vaardige therapeuten, hoge kosten, lange

wachtlijsten, niet bereid zijn om met een vreemde over problemen te praten en angst voor het 'stigma van psychologische hulp' (Spek e.a. 2007; Cuijpers, van Straten & Andersson, 2008).

2.3 E-health en online behandeling in de geestelijke gezondheidszorg

Bij het zoeken naar mogelijk efficiëntere manieren om zorg te bieden en mogelijkheden om meer mensen te bereiken is er de laatste jaren veel aandacht gekomen voor het gebruik van technologie. Het aanbieden van zorg via technologie is samen te vatten in het begrip 'E-health'. E-health staat voor 'electronic health' en staat voor alle informatie- en communicatie technologie die wordt gebruikt om de zorg voor gezondheid en welzijn te ondersteunen. De focus ligt hierbij op het leveren van zorg onafhankelijk van tijd, plaats en zorg professionals. (Drossaert & van Gemert-Pijnen, 2010). Ook op het gebied van geestelijke gezondheidszorg wordt steeds meer gebruik gemaakt van technologie en voornamelijk het internet als communicatiemiddel. Behandeling via internet is mogelijk een methode om meer mensen te bereiken, efficiënter en kosteneffectief te werken (Hollinghurst e.a., 2010; Gerhards e.a., 2010). Het kan wachtlijsten verkorten, tijdbesparend zijn voor therapeuten, de reistijd verkorten en mensen bereiken die voor traditionele vormen van behandeling moeilijker te bereiken zijn, zoals mensen met lichamelijke beperkingen (Spek e.a., 2007; Cuijpers e.a., 2008). Het aantal mensen dat toegang heeft tot internet is de laatste jaren alleen maar gestegen en het gebruik van internet is geïntegreerd in de levensstijl van mensen in geïndustrialiseerde landen. Dit betekent dat veel mensen beschikbaar hebben tot internet en dit steeds minder een belemmering zal zijn voor het aanbieden van behandelingen via internet. Mogelijk kan gebruik van internet er in de toekomst voor zorgen dat de drempel om hulp te zoeken lager wordt. Hoewel dit een belangrijk aspect blijft van behandeling van depressieve stoornissen wordt in dit onderzoek niet gericht op deze doelgroep maar op de groep die al de stap heeft genomen om hulp te zoeken voor depressieve klachten. De vraag die hierbij centraal staat is welke redenen patiënten hebben om wel of niet door te gaan met behandeling via internet.

Als behandeling wordt cognitieve gedragstherapie al in veel internetbehandelingen toegepast en is effectief gebleken bij behandeling van depressieve klachten en angstklachten (Warmerdam, van Straten, Twisk, Riper, & Cuijpers, 2008; Spek e.a., 2007; Cuijpers e.a., 2008). Uit een meta-analyse van Spek e.a. (2007) blijkt dat internetbehandelingen door middel van

cognitieve gedragstherapie met ondersteuning van een behandelaar via het programma voor depressieve stoornis hoge effectgroottes hebben. De effectgroottes bleken voor angststoornissen groter te zijn, maar dit zou verklaard kunnen worden door de mate van ondersteuning die men kreeg. Dertien studies gericht op een depressieve stoornis werden met elkaar vergeleken en daar kwam uit dat de zes studies zonder ondersteuning een gemiddelde effectgrootte van 0.24 hadden (95% BI 0.11-0.37) de 5 studies met ondersteuning van een behandelaar hadden een gemiddelde effectgrootte van 1.00 (95% BI 0.75- 1.24). Ook onderzoek van Nijland, van Gemert-Pijnen, Boer, Steehouder en Seydel (2008) ondersteunt deze bevindingen. Hier ging het voornamelijk om interventies gericht op zelfhulp waarbij een applicatie met e-mail consultatie het beste resultaat opleverde. In dit onderzoek wordt gericht op een internetbehandeling waarbij patiënten eerst langs komen voor een kennismakingsgesprek met de internetbehandelaar. Daarna worden thuis oefeningen gemaakt en opgestuurd waarna geschreven feedback van de behandelaar binnen enkele dagen teruggestuurd wordt. Een ander verschil is dat er tijdens de behandeling face-to-face evaluatiemomenten zijn.

2.4 Online cognitieve gedragstherapie en drop-out van deelnemers

Ondanks dat de effectiviteit van online behandeling voor een depressieve stoornis is aangetoond, blijkt dat veel internetbehandelingen een hoge mate van uitval van patiënten hebben. (Warmerdam e.a., 2008; Spek e.a., 2007; Christensen e.a., 2009; Eysenbach, 2005).

Eysenbach (2005) geeft in zijn artikel over uitval van patiënten aan dat er bij eHealth applicaties altijd een bepaalde mate van uitval te zien is. Dit noemt hij de 'law of attrition'. In bijna elke e-health applicatie en voornamelijk zelfhulp interventies is er een bepaald aantal patiënten te zien dat stopt met het gebruiken van de applicatie. Echter richten onderzoekers zich te weinig op deze uitval en redenen voor uitval en houden zij zich voornamelijk bezig met de successen van een nieuwe interventie. Onderzoeken met een hoge drop-out worden daarom soms niet gepubliceerd of er wordt niet ingegaan op de mate van drop-out. Daardoor weet men veel over waarom een interventie bij bepaalde mensen werkt, maar niet waarom een interventie bij een bepaalde groep niet werkt. De redenen voor uitval kunnen net zo belangrijk zijn als de redenen voor het slagen van de interventie. Om zo veel mogelijk mensen uit de doelgroep te

bereiken en om te zorgen dat de drop-out minder wordt is kennis van de beleving van de patiënt nodig.

Er is dus behoefte aan onderzoek dat zich richt op redenen van drop-out tijdens een online behandeling voor een depressieve stoornis. Wanneer er wel redenen werden genoemd in onderzoeken naar drop-out ging het vooral om: het overstappen naar een andere behandeling, verbetering van de klachten, te weinig tijd of motivatie hebben, technische of computerproblemen, gebrek aan face-to-face contact, het prefereren van medicatie of het gevoel hebben dat de behandeling niet werkt (Warmerdam e.a., 2008; Christensen e.a., 2009).

In een kwalitatief onderzoek van Beattie e.a. (2009) werden patiënten met een depressieve stoornis vooraf in een interview gevraagd naar verwachtingen van de online behandeling met ondersteuning door een behandelaar. Deze behandeling werd uitgevoerd door middel van live chat contact en achteraf werden zij nog eens geïnterviewd om hun ervaringen aan te geven. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat negatieve verwachtingen voornamelijk te maken hadden met ideeën over de manier van communiceren. Veel mensen hadden liever een gesprek, dachten dat het moeilijk was om een relatie met de behandelaar te ontwikkelen zonder face-to-face contact en het opschrijven van gevoelens leek veel patiënten moeilijk. Conclusie uit het onderzoek was dat voor een bepaalde groep mensen online behandeling een acceptabele en hulpvolle behandeling kan zijn. Deze groep bestond in dit onderzoek vooral uit mensen die bekend zijn met en goede toegang hebben tot computers en internet. Zich prettig voelen bij het opschrijven van gedachten en gevoelens. Het fijn vinden om opdrachten terug te lezen en te reflecteren. Zich aangetrokken voelen tot de anonimiteit van de behandelrelatie en mensen die openstaan voor de vereisten als het maken van opdrachten en het doen van de oefeningen (Beattie e.a.2009).

Kwalitatief onderzoek van Gerhards e.a. (2011) heeft zich gericht op ervaringen van patiënten met een depressieve stoornis, die de online zelfhulp interventie 'kleur je leven' hebben gevolgd. Dit onderzoek hebben wij gebruikt als uitgangspunt voor het onderzoek naar de internetbehandeling bij Dimence. De cursus 'kleur je leven' is geheel online en er is geen tussenkomst van een huisarts. Mensen volgen acht wekelijkse sessies waarin zij een videofragment kunnen bekijken en in totaal 13 oefeningen zelfstandig maken. Mensen kunnen zich via internet aanmelden en vullen een vragenlijst in waarna een psycholoog beoordeeld of er

sprake is van depressieve klachten. Deze stuurt dan een persoonlijke mail terug. Dit is bij deze interventie het enige contact met een professional. Het onderzoek door Gerhards e.a. (2011) is uitgevoerd om een verklaring te vinden voor de hoge drop-out. Slechts 40 van een groep van 200 mensen die begon aan deze interventie maakten alle sessies af. In het onderzoek hebben zij d.m.v. semigestructureerde interviews met deelnemers antwoord proberen te krijgen op de vragen; hoe hebben deelnemers de interventie beleefd en wat zijn de redenen dat veel deelnemers de interventie niet af hebben gemaakt. Uit interviews met 18 deelnemers kwamen vooral de motiverende aspecten en barrières naar voren die te maken hadden met de inhoud van de interventie of de context. Een belangrijk aspect van de inhoud van de interventie bleek de mate waarin het programma aansloot op de situatie van de cliënt. Veel deelnemers waren positief over de inhoud van het programma en positief over het feit dat zij hun klachten herkenden in de informatie. Wel vonden veel deelnemers het moeilijk om de oefeningen te vertalen naar hun eigen situatie. De patiënten die de interventie af maakten bleken vaker positief te zijn over de inhoud van de interventie. Patiënten die de interventie niet af maakten vonden het vaker moeilijker om de oefeningen in de eigen situatie toe te passen. Alle deelnemers die de interventie niet af hebben gemaakt rapporteerden dat zij geen significante verbetering zagen.

In het onderzoek kwam ook het computergebruik als belangrijk aspect naar voren. Niet iedereen was gewend aan het gebruik van de computer of had een snelle internetverbinding. Frustraties met het niet goed werken van de computer leverde soms minder motivatie tot het doen van de oefeningen op. Sommige mensen vonden het vervelend dat de computer in de woonkamer stond en wachtten tot ze alleen waren zodat anderen niet mee konden kijken. De belangrijkste voordelen die genoemd werden bij het gebruik van de computer waren het kunnen doen van de oefeningen in de eigen tijd en in de eigen omgeving. Ook de anonimiteit bij deze interventie vonden een aantal deelnemers prettig. Een vast ritme in het maken van de oefeningen werd door een aantal deelnemers gezien als een motiverend aspect. Veel mensen vonden het prettig om de informatie op de computer ook nog uit te printen. Een ander voordeel dat genoemd werd was het kunnen terug kijken naar vorige oefeningen. Sommige deelnemers misten een samenvatting van de oefeningen.

In de interventie 'kleur je leven' is er geen persoonlijk contact met een behandelaar. Veel deelnemers gaven aan enige vorm van ondersteuning wel prettig te vinden. Dit zodat zij meer discipline hadden om de interventie te volgen. Daarnaast ging het om het missen van persoonlijk contact; het uitwisselen van ideeën en het krijgen van feedback om zo verder op bepaalde onderwerpen in te kunnen gaan. Bijna alle deelnemers die de interventie niet af maakten prefereerden persoonlijke ondersteuning. De groep die de interventie af had gemaakt of andere hulp had gezocht bleek met de directe sociale omgeving te praten over hun klachten. Bijna alle deelnemers die de interventie niet hadden afgemaakt en geen verdere hulp hadden gezocht hadden geen steun gehad uit hun sociale omgeving. Het toevoegen van professionele ondersteuning bleek positief te werken op het volhouden en afmaken van de interventie.

2.5 Online behandeling bij Dimence

Dit kwalitatieve onderzoek is uitgevoerd bij Dimence, een instelling voor geestelijke gezondheidszorg in Overijssel. Binnen het team volwassenen worden sinds ongeveer twee jaar internetbehandelingen aangeboden op het gebied van een aantal angststoornissen en depressie. Dimence streeft er naar om zoveel mogelijk evidence-based behandelingen aan te bieden. Het streven van Dimence is om zo veel mogelijk mensen gelijk te kunnen helpen met het aanbieden van psycho-educatie via internet. Evidence-based werken betekent dat behandelingen die uitgevoerd worden gebaseerd zijn op de best beschikbare informatie over doelmatigheid en doeltreffendheid. In de regel zijn drie belangrijke informatie bronnen hierbij: de wetenschap, vaak in vorm van wetenschappelijke artikelen, ervaring en inzicht van de beroepsbeoefenaar zelf en informatie van de gebruiker.

Hoewel er inmiddels steeds meer bekend is over online cognitieve gedragstherapie voor depressieve stoornissen is er nog geen onderzoek gedaan naar de specifieke internet behandelingen en psycho-educatie module via internet zoals deze bij Dimence aangeboden wordt. Een belangrijk verschil met internetbehandelingen die al bekend zijn is dat er een face-to-face kennismakingsgesprek is met de internetbehandelaar. Deze behandelaar stuurt feedback op de oefeningen. Eens in de zes weken volgt er een face-to-face evaluatie moment. Na verwijzing (voornamelijk door de huisarts) en aanmelding bij Dimence volgt na een screening een intake gesprek bij de afdeling angst- en stemmingsstoornissen. Hierna volgt een behandeladviesgesprek

(BAG) waarbij een behandelaar met de patiënt de mogelijkheden bespreekt en naar de voorkeur van de patiënt vraagt. Wanneer cognitieve gedragstherapie geïndiceerd is wordt de keus voorgelegd aan de patiënt om een eerste module 'bewustwording' via internet te volgen. Bij het kiezen voor een face-to-face behandeling komt men op de wachtlijst en kan het nog eens minimaal 4 tot 8 weken duren voor dat de behandeling daadwerkelijk start. Bij het volgen van de module 'bewustwording' wordt na ongeveer zes weken bekeken of men verder gaat via internet of toch face-to-face. Voor Dimence is het voordelig om zo veel mogelijk mensen via internet te kunnen behandelen. Dit kost minder tijd van behandelaren terwijl de declaratie van de behandeling hetzelfde is als de face-to-face behandeling. Dimence hoopt dan ook dat veel mensen willen starten via internet en doorgaan na de module 'bewustwording'.

Wanneer men kiest voor de module 'bewustwording' volgt er zo snel mogelijk een kennismakingsgesprek met de internetbehandelaar. In het kennismakingsgesprek legt de internetbehandelaar uit wat de eerste module 'bewustwording' precies inhoudt en hoe de behandeling in zijn werk gaat. Patiënten krijgen een inlogcode voor een beveiligde internetomgeving.

Het programma dat mensen via internet volgen is ontwikkeld door het Minddistrict Online Behandelcentrum dat behandelingen via internet ontwikkelt en aanbiedt aan zorginstellingen. De module 'bewustwording' is de eerste module met als doel psycho-educatie, het in kaart brengen van de klachten en het opstellen van doelen voor de verdere behandeling. De module bevat voor angststoornissen andere oefeningen dan bij de depressieve stoornis. Er wordt informatie gegeven over wat een depressieve of angststoornis inhoudt en over de mogelijke oorzaken. Patiënten krijgen meer inzicht in hun situatie en stellen doelen voor de behandeling op. Aan het eind van de module wordt een motivatieplan opgesteld. De module bestaat uit vier oefeningen waar de behandelaar feedback op geeft. Daarnaast kan men er voor kiezen om extra functies toe te voegen zoals de mate van stemming per dag in kunnen vullen in een stemmingdagboek. Het streven is om eens per week een oefening te maken waarna de behandelaar feedback stuurt. Na ongeveer zes weken volgt dan dus de evaluatie van de module bewustwording in een face-to-face contact.

In het evaluatiegesprek wordt dan besproken of de cognitieve gedragstherapie verder via internet gevolgd zal worden of dat men verder gaat met face-to-face behandeling.

Om een beeld te krijgen van de belevenis van patiënten met de behandeling via internet bij Dimence is dit evaluatiemoment als uitgangspunt voor het interview genomen. Hoe hebben patiënten de eerste module beleefd en waarom zijn zij wel of niet doorgedaan na de module bewustwording met behandeling via internet. In semigestructureerde interviews met een topic-list vergelijkbaar met die uit het onderzoek van Gerhards e.a. (2009) is bekeken of er dezelfde resultaten worden gevonden als in hun onderzoek. Verwacht is dat er wel een aantal verschillen zullen zijn omdat de interventie bij Dimence gecombineerd wordt met face-to-face contact (kennismakingsgesprek, evaluatiegesprek) en er op de oefeningen feedback wordt gestuurd door een psycholoog.

2.6 Relevantie en probleemstelling

Bij evidence-based behandelen is het van belang om in kaart te brengen of nieuwe behandelingen werken en welke verbeterpunten er zijn. Binnen Dimence is niet bekend waarom patiënten na de module 'bewustwording' wel of niet doorgaan met de online behandeling. Gezien de hoge drop-out bij andere online behandelingen bij depressieve stoornissen, is het belangrijk om te kijken wat patiënten motiveert om de behandeling via internet te volgen en welke barrières de patiënten ervaren. Hebben deze invloed gehad op hun vervolg keuze, wel of niet doorgaan via internet en wat zijn bijvoorbeeld de redenen voor drop-out wanneer mensen de module niet helemaal afgemaakt hebben. Wat zijn de belangrijkste motiverende aspecten voor mensen die wel kiezen voor verdere internetbehandeling en wat zijn de belangrijkste belemmeringen voor mensen die overgaan op face-to-face contact.

Wanneer verwacht wordt dat de ziektelast voor depressieve stoornissen alleen maar zal stijgen is er voor de toekomst, ook met het oog op allerlei bezuinigingen, meer behoefte aan kosteneffectieve behandelingen. De internetbehandeling bij Dimence kan hier een goede uitkomst voor bieden en hierbij is het van belang dat meer mensen bereid zijn de behandeling via internet te volgen en ook afmaken. Wanneer men weet welke belemmeringen patiënten bij de internetbehandeling ervaren, kan hier bij nieuwe patiënten mogelijk rekening mee worden gehouden. Wanneer meer mensen beginnen met behandeling via internet en er minder drop-out bestaat, zal dit mogelijk een positief effect hebben op de lengte van de wachtlijsten en minder

tijd van behandelaren kosten waardoor meer mensen, sneller geholpen kunnen worden. Er is nog geen kwalitatief onderzoek bekend naar een internetbehandeling waarbij de patiënt eerst live kennis maakt met de behandelaar en de behandeling (de module bewustwording) samen met deze behandelaar in een face-to-face contact evalueert. De informatie uit dit onderzoek kan uiteindelijk een bijdrage leveren aan de kennis over internetbehandelingen met ondersteuning van een behandelaar voor depressieve stoornissen. Het onderzoek zal mogelijk bijdragen aan het verbeteren van de behandeling zoals deze aangeboden wordt bij Dimence en bijdragen aan het vinden van aspecten die mogelijk zorgen voor een toename van patiënten die kiezen voor de internetbehandeling.

Het doel van dit kwalitatief onderzoek is om een eerste beeld te krijgen van ervaringen van patiënten en te onderzoeken wat hen motiveerde en welke barrières de patiënten hebben ervaren voor het wel of niet doorgaan met de internetbehandeling na de module bewustwording. Het onderzoek heeft zich gericht op de vraag: Welke redenen geven patiënten aan om na de eerste online psycho-educatie module, de module bewustwording, te stoppen of door te gaan met online behandeling voor een depressieve stoornis. Welke motiverende aspecten en welke barrières geven zij aan?

3. Methode

3.1 Procedure

De wetenschapscommissie van Dimence heeft toestemming gegeven voor uitvoering van dit onderzoek. Het onderzoek heeft zich in eerste instantie gericht op patiënten die uitgeschreven zijn bij Dimence en in het afgelopen jaar, tussen juni 2010 en juli 2011, een behandeling hebben gevolgd voor een depressieve stoornis waarin zij de module bewustwording hebben gevolgd. Zij zijn daarna wel of niet door gegaan met behandeling via internet. Inclusiecriteria waren: mannen en vrouwen tussen 18 en 65, het hebben gevolgd van de module bewustwording en nu niet meer in behandeling zijn. Er is geen onderscheid gemaakt tussen de mate van depressie en de duur van de depressie aan het begin van de behandeling. Ook is niet gekeken naar uitkomsten van eerdere behandeling en uitkomst van de verdere behandeling die patiënten na de module bewustwording hebben gevolgd. Daarnaast was het streven om een aantal mensen met een angststoornis te interviewen om een vergelijking te kunnen maken tussen deze twee groepen. Door Dimence werd een lijst aangeleverd met 20 personen die in de periode tussen juni 2010 en juni 2011 zijn uitgeschreven voor behandeling en de module bewustwording hebben gevolgd. Dit waren voor ongeveer de helft personen met een depressieve stoornis en voor de helft personen met een angststoornis. Ook behandelaren binnen het team volwassenen te Almelo zijn benaderd met de vraag of zij patiënten hadden die recent gestopt zijn met behandeling en de module bewustwording hebben gevolgd. Na deze benadering kwamen nog tien namen naar voren. Van de 30 personen is naar 28 personen een brief gestuurd met de vraag of zij mee willen doen met een interview naar aanleiding van het volgen van de module bewustwording. Twee personen zijn niet benaderd omdat in het dossier vermeld stond dat de naam van de instelling bij (telefonisch) contact niet genoemd mocht worden. In de brief is gevraagd om een reactie te sturen per e-mail over het wel of niet mee willen doen. Hier zijn twee reacties op gekomen met mensen die niet mee wilden doen met het interview. In de brief is verder vermeld dat er bij geen bericht na twee weken gebeld zou worden. Na telefonisch benaderen van de overige 26 personen zijn 7 personen bereid gevonden om mee te doen aan het interview. De overige personen gaven aan; geen tijd te hebben voor het interview, niet de behoefte te hebben om nog eens op de behandeling in te gaan en een aantal personen bleef na herhaaldelijk telefonisch benaderen niet bereikbaar. De voorkeur ging uit naar een persoonlijk interview. Uiteindelijk zijn drie mensen bereid gevonden om mee te werken aan een persoonlijk

interview. De overige vier personen wilden alleen meewerken met een telefonisch interview. Er is toen gekozen om bij deze personen het interview telefonisch af te nemen. Een persoon heeft zich tijdens het telefonisch contact toch bedacht en wilde niet meer mee doen aan het telefonisch interview omdat het toch te veel tijd kostte. In tabel 1 zijn de belangrijkste kenmerken van de zes personen die zijn geïnterviewd weergegeven.

3.2 Deelnemers aan het onderzoek

In totaal zijn 6 personen geïnterviewd in de leeftijd van 19 tot 40 jaar. Er zijn vier vrouwen geïnterviewd en twee mannen. Bij vier personen was de diagnose een depressieve stoornis. Bij twee personen een angststoornis; dit waren een paniekstoornis en sociale fobie. Er hebben drie persoonlijke interviews plaats gevonden bij Dimence aan de locatie Egbert Gorterstraat. Drie interviews zijn telefonisch afgenomen. Voor de interviews zijn personen telefonisch benaderd om een afspraak te maken. Er is uitgelegd dat het gaat om een onderzoek naar de internetbehandeling waarbij wij graag in kaart willen brengen wat de motiverende aspecten en mogelijke barrières zijn geweest in het stoppen of doorgaan met online behandeling. Drie personen waren overwegend negatief over de internetbehandeling, drie personen waren overwegend positief. Twee personen zijn na de eerste module gestopt met de behandeling. Vier personen zijn na de eerste module doorgegaan met de internetbehandeling in combinatie met gesprekken. Omdat de helft van de geïnterviewden overwegend positief was en de helft negatief wordt verwacht dat er uit de zes interviews een duidelijk beeld naar voren kan komen van de verschillen in beleving tussen deze personen. Ook de range van leeftijden vormt vergeleken met de lijst van personen die benaderd zijn een goede doorsnede van de 'internetpopulatie' die de module bewustwording heeft gevolgd. Omdat dit onderzoek in eerste instantie is gericht op mensen met een depressieve stoornis wordt verwacht dat van het aantal van vier personen voldoende informatie verkregen wordt. Doordat er ook twee mensen met een angststoornis zijn geïnterviewd vormt de groep een goede doorsnede van de gehele populatie van personen die bij Dimence de internetbehandeling volgen en kan een eerste vergelijking gemaakt worden tussen de internetbehandeling voor deze stoornissen.

Tabel 1: Kenmerken deelnemers kwalitatief onderzoek

<u>Deelnemer</u>	<u>Geslacht</u>	<u>Leeftijd</u>	<u>Stoornis</u>	<u>Interview</u>	<u>Vervolg na module bewustwording</u>	<u>Mening internettherapie</u>
1.	V	19	Depressie	persoonlijk	Doorgegaan met behandeling via internet + face-to-face gesprek (eens per 4 weken)	Overwegend positief
2.	V	40	Depressie	telefonisch	Na module gestopt met de behandeling	Overwegend negatief
3.	V	26	Depressie	telefonisch	Tijdens module gestopt met behandeling	Overwegend negatief
4.	V	36	Paniek- stoornis	telefonisch	Na module doorgegaan via internet met afbouwend face-to-face (eens in de 4 - 6 weken)	Overwegend positief
5.	M	35	Depressie	persoonlijk	Na module doorgegaan via internet en gesprekken face-to-face (eens per twee weken)	Overwegend negatief
6.	M	28	Sociale angst	persoonlijk	Na module doorgegaan met behandeling via internet en face-to-face (eens per 4 weken)	Overwegend positief

3.3 Het kwalitatieve onderzoek

De kwalitatieve gegevens zijn verzameld door middel van een semigestructureerd interview. Het interview is een semigestructureerde vragenlijst met een aantal open vragen vergelijkbaar met de vragen die gesteld zijn in eerder kwalitatief onderzoek naar een internetbehandeling voor een depressieve stoornis (Gerhards e.a., 2011). Er worden in het interview vragen gesteld die specifiek in gaan op de behandeling bij Dimence maar ook op vragen afgeleid van het bovengenoemde onderzoek. Dit zijn bijvoorbeeld de onderwerpen; inhoud van het programma, behoefte aan sociale steun uit de omgeving, motiverende aspecten en barrières en advies voor verbetering van de behandeling. Er wordt ingegaan op de redenen om te stoppen en/of door te gaan met de online behandeling en op positieve en negatieve aspecten van de behandeling. Zie bijlage 1 voor de volledige vragenlijst. Doordat er alleen open vragen gesteld worden is er zoveel mogelijk ruimte voor eigen inbreng van de geïnterviewde. De interviews hebben plaatsgevonden in de maanden juni en juli 2011. Na het eerste interview is gekeken of de vragenlijst voldeed en of er mogelijk een thema toegevoegd moest worden. De

gemiddelde duur van de interviews was 35 minuten. Het interview dat niet is opgenomen duurde een uur en hierbij is zo veel mogelijk tijdens het gesprek genoteerd.

3.4 Analyse van de gegevens

Vijf van de zes interviews zijn na toestemming van de geïnterviewde opgenomen met een geluidsrecorder. De interviews zijn afgenomen door de hoofdonderzoeker. De interviews zijn naderhand afgeluisterd en geheel uitgetypt. De anonimiteit is hierbij gewaarborgd door geen persoonsgegevens weer te geven. De analyse van de interviews is gedaan op basis van de 'Grounded Theory approach'. Dit houdt in dat is gekeken welke thema's na het stellen van open vragen naar voren zijn gekomen. De uitgetypte interviews zijn doorgelezen door de onderzoeker en de belangrijkste thema's zijn hierbij genoteerd. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen positieve, motiverende aspecten en negatieve aspecten en barrières. Daarnaast zijn de antwoorden op de verschillende overige vragen uit het interviewschema bij elkaar gevoegd.

Na analyseren van alle interviews is alle informatie bij elkaar gevoegd waarbij de belangrijkste thema's weergegeven worden. Deze thema's zullen vergeleken worden met de thema's die in eerder onderzoek van Gerhards e.a. (2011) zijn gevonden. De belangrijkste verschillen tussen de personen die overwegend positief zijn en de personen die overwegend negatief zijn zullen beschouwd worden. Ook zal gekeken worden of er duidelijke verschillen bestaan tussen de personen met een behandeling voor een angststoornis en de personen met een depressieve stoornis. Wanneer twee of meer personen een bepaald onderwerp hebben genoemd is dit meegenomen in de resultaten. Ook opvallende uitspraken die een goed beeld geven van de beleving van de deelnemers zijn meegenomen in de resultaten.

4. Resultaten

Van de zes geïnterviewde personen waren drie personen overwegend positief en drie personen overwegend negatief over de internetbehandeling. Vier personen zijn doorgedaan na de module bewustwording, twee personen zijn na de module bewustwording niet doorgedaan. Een persoon die overwegend negatief is, is dus doorgedaan met de behandeling via internet. In de interviews hebben de personen weergegeven hoe zij de behandeling beleefd hebben, wat hen motiveerde om de behandeling te volgen en welke barrières zij tegen zijn gekomen. Aan het begin van elke interview is kort ingegaan op de keuze voor de internetbehandeling. Vier personen gaven aan te hebben gekozen voor de module bewustwording omdat zij zo gelijk konden beginnen en niet op de wachtlijst kwamen. Alle personen geven aan voor de behandeling geen duidelijke verwachting te hebben gehad van hoe de behandeling er uit zou gaan zien. Wel dat het zou gaan om het lezen van tekst en invullen van opdrachten.

Bij één persoon werd de behandeling door de intaker aanbevolen waarna dit advies is opgevolgd. Bij één persoon gaf de reisafstand de doorslag om te beginnen met de internetbehandeling en de module 'bewustwording'. Eén persoon gaf aan de keus over te hebben gelaten aan de intaker. Alle personen hebben van te voren nooit eerder een behandeling via internet gehad. Alle personen gaven aan dat zij van te voren goed zijn geïnformeerd over de module bewustwording. De eerste persoon die is geïnterviewd gaf aan ook tijdens de module bewustwording een face-to-face gesprek te hebben gehad. Twee personen gaven aan tijdens de module bewustwording geen face-to-face gesprekken te hebben gehad. Bij de overige geïnterviewden was het niet duidelijk of het eerste gesprek na het kennismakingsgesprek tijdens of na de module was.

4.1 Redenen om wel of niet verder te gaan met internetbehandeling na de module bewustwording

Alle personen volgden de behandeling omdat zij van hun depressieve klachten of angstklachten af wilden komen. Vier personen zijn na de eerste module bewustwording, waarna het evaluatiemoment volgde, doorgedaan met de behandeling via internet in combinatie met een aantal keer een gesprek. Dit waren twee personen met een depressieve stoornis en twee

personen met een angststoornis. Bij de personen met een depressieve stoornis was bij de ene persoon het makkelijker vinden om te schrijven over de klachten de reden, bij de andere persoon was de reden het overbruggen van een wachttijd voor een groepstherapie. Deze persoon gaf aan dat het werd aanbevolen en wilde toch iets doen om de tijd te overbruggen maar had niet het gevoel dat de behandeling werkte. Dit omdat hij zich voornamelijk beter voelde na de persoonlijke gesprekken en bij de internetbehandeling er vaak tegenop zag om er mee te beginnen. Het voelde voor deze deelnemer meer als huiswerk naast de gesprekken dan iets wat hem echt hielp. Het wel of niet positief zijn over de internetbehandeling heeft hier dus geen rol gespeeld bij het doorgaan met de internetbehandeling. Bij de persoon met een paniekstoornis was de reden om door te gaan; het in eigen tijd kunnen doen van de oefeningen en minder tijd vrij moeten maken om langs te komen bij de behandelaar. De persoon met sociale angst heeft het advies van de behandelaar opgevolgd in het verder gaan via internet. Deze gaf aan wel het meest te hebben gehad aan de persoonlijke gesprekken.

“Ja, de computer werkt gewoon makkelijk, in je eigen omgeving, op je eigen tijd, en een gesprek daar moet je toch elke week tijd voor maken. Ja, ik vond de combi internet en gesprekken gewoon heel erg fijn ik zou niet alleen maar internet willen doen” (deelnemer 1)

De twee personen die zijn gestopt na de module bewustwording hadden beide een depressieve stoornis. Een persoon gaf aan dat door een verandering in de persoonlijke omstandigheden en daardoor vermindering van de klachten dat de behandeling niet verder nodig was. Of een verbetering van de klachten ook door het volgen van de module kon zijn ontstaan werd door de persoon ontkend. De andere persoon gaf aan dat de internetbehandeling niet aansloot bij de ernst van de klachten en elders hulp is gaan zoeken. Beide personen gaven aan dat zij tijdens de module bewustwording geen persoonlijke gesprekken hebben gehad en dat zij dit achteraf wel graag hadden gewild. Ook was een persoon geschrokken van de declaraties van Dimence voor de internetbehandeling. Hoewel dit wel vergoed werd vond zij het niet kunnen dat dezelfde declaraties gedaan worden voor een CGT behandeling via internet als voor een CGT behandeling met een wekelijks gesprek.

‘Ja dat denk ik wel,(op de vraag of het verschil had gemaakt wanneer er ook tijdens de module bewustwording een gesprek was geweest) want thuis zit je toch in je eentje achter die computer en als je dan verder nooit iemand echt spreekt dan is dat toch heel anders dan dat je in een mail een reactie krijgt.

Je kunt niet gelijk reageren op elkaar en dat is in een gesprek wel een toegevoegde waarde.’ (deelnemer 3)

’ Nee, als je al lange tijd depressies kent, denk ik niet dat dit wat is. En dan heb je ook gewoon het gevoel dat je met een kluitje in het riet wordt gestuurd’’ (deelnemer 2)

De belangrijkste redenen bij de deelnemers die kozen voor internet waren dus; liever willen schrijven over de klachten, het in de eigen tijd kunnen doen van de oefeningen, het overbruggen van een wachttijd en het opvolgen van het advies van de behandelaar.

Op de redenen om wel of niet verder door te gaan met de internetbehandeling is in de interviews verder ingegaan. Hierbij werden door alle personen voor- en nadelen van de module bewustwording en de verdere internetbehandeling genoemd. Hier volgt een overzicht van de thema’s die naar voren zijn gekomen en welke in de volgende paragrafen verder worden besproken; tijd en locatie, persoonlijk contact, motivatie, navigatie en vormgeving, manier van communicatie en aansluiting bij de klachten. De thema’s zijn vervolgens vergeleken met de thema’s die in het onderzoek van Gerhards e.a (2011) zijn gevonden.

4.2 Tijd en locatie

Het in eigen tijd bezig kunnen gaan met de internetbehandeling wordt door alle personen als een voordeel gezien. Het kan in de eigen omgeving, het kost minder reistijd, de behandeling kan beter ingepast worden in het dagelijks leven en de informatie kan op elk gewenst tijdstip teruggekeken worden. Eén persoon gaf aan het fijn te vinden om niet de druk te hebben dat je ergens naar toe moet, wat ook onder het thema motivatie zou kunnen vallen.

’Het kostte minder tijd aan reizen, je kunt het op elk moment van de dag doen wanneer je er zelf behoefte aan hebt en je kunt het nog eens na lezen’’ (deelnemer 3)

’’Bij alleen gesprekken dan zou er toch meer een tijdsdruk voor mij zijn, dan moet je er elke week naar toe, dat moet je inpassen in je schema, dit is toch wat vrijer en heb je niet die druk dat je ergens naar toe moet’ (deelnemer 4)

4.3 Persoonlijk contact

Alle personen geven aan dat zij het belangrijk vinden om naast het contact via internet persoonlijke gesprekken te hebben. De twee personen die niet door zijn gegaan na de module bewustwording hebben tijdens de module geen gesprekken gehad en hadden dit wel graag gewild. Een ander had graag achteraf vaker dan eens in de vier weken een gesprek willen hebben. Eén persoon gaf aan dat deze het meest heeft gehad aan de persoonlijke gesprekken, ondanks het helemaal gevolgd te hebben van alle internet modules. Bij het belang van persoonlijk contact wordt voornamelijk gerefereerd naar de manier van interactie. Het belang van de dialoog wordt verschillende keren genoemd. Zo geven een aantal personen aan dat bij interactie in een gesprek zij veel beter hun gevoel kwijt kunnen en zij het fijn vinden om oogcontact te hebben. Er wordt belang gehecht aan het leren kennen van de behandelaar. Dit maakt dat er dan ook dingen gezegd worden die anders niet gedeeld zouden worden, aldus een van de deelnemers. Ook dat de behandelaar veel van iemand weet en weet hoe iemand reageert op dingen werd belangrijk gevonden. Eén persoon vond het belangrijk om vragen te kunnen stellen en te vertellen over dingen die waren voorgevallen en had de behoefte om de behandelaar te vragen naar hoe deze een probleem aan zou pakken. Eén persoon vond de gesprekken belangrijk om te kunnen verduidelijken wat zij in de oefeningen bedoelde. Een ander vond met name bij de behandeling voor depressie het persoonlijk contact belangrijk. In persoonlijke contacten kan beter ingeschat worden wat het verloop van de depressie is en wat de behoeften van iemand zijn. De drie personen die overwegend negatief waren noemden vaak het gebrek aan dialoog en noemden dit het grootste nadeel van de internetbehandeling. Bij drie personen die positief waren werd ook genoemd dat zij persoonlijk contact belangrijk vonden maar had men minder problemen met de interactie d.m.v. geschreven tekst.

“Als je praat dan kun je meteen je gevoel kwijt en bij internet had ik het idee dat je niet alles gelijk kunt opschrijven wat je voelt” (deelnemer 2)

“Ja zoals jij kunt bijvoorbeeld nu doorvragen op mijn vragen en bijvoorbeeld van wat voel je daar dan bij? En dat heb je via internet natuurlijk niet. Van face-to-face vind ik het ook prettig dat je je behandelaar beter leert kennen en dan zeg je ook dingen die je anders misschien niet op zou schrijven” (deelnemer 5)

4.4 Motivatie

Vijf personen geven aan dat het soms lastig is om gemotiveerd te zijn en te blijven. Vooral bij de personen met een depressieve stoornis kwam dit naar voren. Zij gaven aan dat de symptomen van een depressie er voor zorgen dat je weinig zin hebt om dingen te ondernemen en kosten veel dingen moeite. Het in eigen tijd uit kunnen voeren van de behandeling vormt qua motivatie een nadeel omdat het makkelijker is om de oefeningen uit te stellen en er niet mee bezig te gaan. Bij een gesprek 'moet je wel' geven verschillende personen aan.

"Op een gegeven moment denk ik dat als je het zelf thuis doet en je bent wat minder gemotiveerd, dan is het wel makkelijk om te zeggen; ik wacht er nog even mee en dat je dan iets minder gemotiveerd daar mee om gaat" (Deelnemer 3)

Ook de mate van klachten lijkt een rol te spelen. Eén persoon werd minder gemotiveerd toen de klachten afnamen (wat de persoon toeschreef aan veranderde omstandigheden). Een ander werd minder gemotiveerd omdat hij het gevoel kreeg dat de behandeling niet werkte. Ook zagen verschillende personen de oefeningen als huiswerk, wat zorgde voor minder motivatie. Eén persoon gaf aan zijn motivatie vooral uit de face-to-face gesprekken te halen. Eén persoon gaf als tip dat het haar motiveerde toen werd afgesproken om voor een bepaalde datum de oefening te moeten versturen.

"Nou minder dan als ik een gewoon gesprek heb ik moest me er echt wel toe zetten om die computer aan te zetten en in te loggen, niet dat het zoveel tijd kost maar toch met die achterliggende gedachte van; je moet iets opschrijven" (Deelnemer 5)

4.5 Navigeren en vormgeving

De oefeningen zelf werden over het algemeen als positief ervaren. Qua inhoud en vormgeving geven vier van de zes personen aan dat zij het lastig vonden dat tijdens het maken van de oefeningen niet snel terug geklikt kon worden naar de informatie en de voorbeelden. Twee personen geven aan dat zij door de depressie moeite hadden met het lezen van grote stukken tekst omdat zij zich moeilijk konden concentreren. Wanneer zij dan ook nog uit moesten zoeken hoe zij terug konden kijken naar de eerdere informatie werd dit als lastig ervaren. Kortere zinnen en een beknoptere tekst waren volgens hen beter geweest. Ook wordt het programma en

de pagina's als 'druk' ervaren. Het taalgebruik is volgens verschillende personen voor mensen met een buitenlandse achtergrond of lage opleiding te ingewikkeld.

"Ja en het lastige wat ik nog vond is als ik de feedback terug wilde lezen dan moest ik hier echt naar zoeken en van alles openen voordat ik er was. Het zou makkelijker zijn als je alle feedback bij elkaar zou hebben. Dat je die onder elkaar zet. Vooral in het begin dan denk je wat was het ook al weer en dan ben je soms een half uur aan het zoeken. Wat was het nou, wat heb ik daar op geantwoord en wat heeft zij daar op gezegd."(deelnemer 2)

"Ja en qua inhoud zeg maar ja als je het hebt over technische termen, ik ben wel zodanig opgeleid dat ik het wel begrijp maar ik weet niet hoe dat zit met mensen die wat lager zijn opgeleid."(deelnemer 5)

4.6 Manier van communicatie

De manier van communiceren verloopt bij de internetbehandeling anders dan bij gewoon contact. Hierbij werd als voordeel van internet genoemd dat er altijd contact opgenomen kan worden via de e-mail. Voor één persoon gold dat het haar erg gerust stelde dat wanneer zij een dringende vraag had dat hier binnen drie dagen op geantwoord werd. Ook het terug kunnen lezen van de informatie en het bijvoorbeeld later uit kunnen printen wordt als een meerwaarde gezien. Twee personen hadden meer moeite met deze manier van communiceren en dan vooral met het verwoorden en uitschrijven van het gevoel. Deze personen zijn na de module bewustwording niet verder gegaan met behandeling via internet. Ook het gebrek aan een dialoog werd aangegeven als een groot nadeel.

"Ja kijk je bent door een depressie al wat verward, je weet niet precies waar het aan ligt en je hebt in principe al een hele moeilijke periode en dan laat staan dat allemaal op papier te verwoorden. Als je gewoon praat met iemand face-to-face is dat heel anders, dan kan iemand op jou vragen ingaan en dingen aanvullen of jou een beetje op weg helpen en bij die internetbehandeling moet je jezelf er elke keer weer toe zetten en je moet dan steeds terugbladeren van oja wat was ook al weer de bedoeling en hoe moet ik het ook al weer formuleren." (deelnemer 2)

Eén persoon had vaak het idee met het maken van huiswerk bezig te zijn. Ook kwamen bepaalde oefeningen voor deze persoon niet genoeg uit de verf. Zoals bij het doen van een ontspanningsoefening is het volgens deze persoon erg prettig wanneer dit voorgelezen wordt en

je gewoon luistert. Wanneer je telkens naar het scherm moet kijken hoe het ook al weer zat werkte dit minder motiverend.

“Nou ja voor mij niet misschien ook omdat ik ook bijna de hele dag al met de computer bezig ben en ik vind het niet echt euh.. ik ben eigenlijk niet zo'n computermens en je hebt meer het idee dat je huiswerk aan het maken bent.” (deelnemer 5)

“Ja het sloot misschien wel aan bij de klachten maar het was vooral het opschrijven van de klachten. Het verwoorden van de dingen, dat vond ik erg lastig.” (deelnemer 3)

4.7 Aansluiting bij de klachten

Als voordeel van de module bewustwording wordt vaak genoemd dat het veel inzicht geeft in de klachten. Zo gaven verschillende personen aan dat zij beter inzicht hadden gekregen in het patroon van hun klachten.

“Ja nu had ik zelf al wel een goed beeld van hoe of wat, maar het is toch wel even goed voor jezelf om het even weer op te schrijven en te kijken hoe het nou ook al weer zat.” (Deelnemer 3)

Drie personen gaven aan dat het programma niet altijd aansloot op de klachten. Bij de een ging dit om een aantal oefeningen bij de ander om eigenlijk het hele programma. Eén persoon met een depressie voelde zich bij het volgen van de internetbehandeling niet genoeg serieus genomen. Zij vond dat Dimence de ernst van haar depressie niet goed had ingeschat en voelde zich met de internetbehandeling alsof zij 'met een kluitje in het riet was gestuurd'.

“Er waren een paar opdrachten bij waarbij ik zoiets had van dat heb ik helemaal niet, dan wist ik niet wat ik in moest vullen want daar had ik geen last van.” (Deelnemer 4)

“Dit zijn echt therapieën voor mensen met een kortstondig iets of mensen die iets ingrijpends meemaken of een overlijden of een scheiding.. maar goed als je al een verhaal van jaren hebt en depressies waarbij het elke keer op en af gaat dan ja dan is dit echt niet wat.” (Deelnemer 2)

4.8 Verbetering van de internetbehandeling

Aan alle geïnterviewde personen is gevraagd of zij tips hadden voor verbetering van de behandeling en het programma. Verschillende personen gaven hierbij aan dat de internetbehandeling nooit een behandeling moet worden die alleen via internet verloopt en dat er altijd ruimte moet blijven voor gesprekken. Het programma kan volgens verschillende personen rustiger vormgegeven worden en de tekst beknopter. Een persoon gaf aan dat het haar motiveerde wanneer het minder vrijblijvend is wanneer zij een oefening stuurde. Zij gaf als tip dat hier afspraken over gemaakt kunnen worden zodat er een deadline is.

“Nou naast het verbeteren van het programma denk ik de persoonlijke gesprekken. Dat deze er wel naast gehouden worden en dan gewoon zeggen eens in de zoveel tijd kom je sowieso terug, het is handiger om daar een vast patroon in te hebben, dat was mij niet helemaal duidelijk. Hier zouden betere afspraken over gemaakt moeten worden.” (deelnemer 3)

Eén persoon had in de oefeningen graag meer praktijkverhalen van andere mensen willen zien. Ook bij het stimuleren van nieuwe mensen voor de internetbehandeling zou meer verteld kunnen worden wat anderen aan de behandeling hebben gehad. Ook leken verschillende personen het belangrijk te vinden om te weten dat zij niet de enige zijn die deze klachten ervaren.

4.9 Sociale omgeving

Tijdens het interview is ook ingegaan op de rol van de sociale omgeving bij het volgen van het programma. Opvallend is dat bij drie personen die overwegend positief zijn over de behandeling ook de omgeving meer is betrokken bij de behandeling. Bij één persoon is een familielid mee geweest naar het kennismakingsgesprek over de module bewustwording. Bij één persoon werden de oefeningen samen met een vriendin gemaakt en besproken. Eén persoon gaf aan dat door het vertellen over de oefeningen de klachten voor het eerst bespreekbaar waren geworden binnen het gezin. Twee van deze drie personen gaven aan anderen te hebben geraadpleegd bij het beantwoorden van vragen over hun gedrag. Zo kon de omgeving uitleggen hoe zij dit zagen en ouders konden uitleggen hoe iemand zich als kind gedroeg. De drie personen die alle drie negatief waren over de internetbehandeling gaven alle drie aan geen behoefte te hebben gehad aan steun vanuit hun omgeving bij het volgen van de behandeling en het maken van de oefeningen.

5. Belangrijkste verschillen tussen personen die positief en negatief waren

Ondanks dat er zes personen geïnterviewd zijn waarvan er drie positief en drie negatief waren over de internetbehandeling zijn er bij deze personen duidelijk verschillen te zien. De deelnemers aan het onderzoek die positief waren over de internetbehandeling vonden het over het algemeen makkelijker om te schrijven over hun klachten. De gesprekken werden door deze personen meer gezien als aanvulling op de oefeningen, maar werden wel als heel belangrijk ervaren, voornamelijk als motiverende factor. Van de personen die positief waren had er één een depressieve stoornis en waren er twee personen met een angststoornis. Over het algemeen leken deze personen weinig moeite te hebben met de interactie via de computer. Bij deze personen werd door de persoon zelf de omgeving bij de behandeling en de oefeningen betrokken.

De personen die overwegend negatief waren hadden meer moeite met het schrijven en het verwoorden van hun gevoel. Deze personen hadden voornamelijk gekozen voor de internetbehandeling om niet op een wachtlijst te komen. De drie personen hadden een depressieve stoornis. De personen geven aan voornamelijk baat te hebben bij het persoonlijk contact en de oefeningen meer als huiswerk te zien. Zij hebben alle aangegeven meer persoonlijk contact te willen. Deze personen hadden over het algemeen meer moeite met de manier van interactie en communiceren. Zij hadden meer behoefte om ook te praten over onderwerpen die niet met de oefeningen te maken hadden. Deze personen hadden geen behoefte om hun sociale omgeving bij de behandeling te betrekken.

5.1 Belangrijkste verschillen tussen angststoornis en depressieve stoornis

Eén persoon met een depressieve stoornis was positief. Drie personen met een depressieve stoornis waren overwegend negatief over de behandeling.

De belangrijkste verschillen die zijn waargenomen zijn dat mensen met een depressieve stoornis meer invloed van de symptomen van de stoornis noemen. Zo noemen zij de moeite met concentreren en het moeilijk ergens toe kunnen zetten. Dit wordt door de personen met een angststoornis niet genoemd. Qua persoonlijk contact was het verschil dat mensen met een depressieve stoornis meer behoefte leken te hebben aan persoonlijk contact. Beide groepen

deden verder dezelfde aanbevelingen op het gebied van de andere thema's. Over het algemeen lijken de mensen die de module bewustwording voor een angststoornis hebben gevolgd dezelfde barrières en motiverende aspecten te ervaren. Wel kan het zijn dat door een verschil in symptomen motivatie bij een depressieve stoornis meer een rol speelt. Uit het contact met de personen met een angststoornis komt naar voren dat deze personen het makkelijker vinden en eerder bereid zijn om oefeningen te maken en de behandeling geheel te volgen.

5.2 Vergelijking met het onderzoek van Gerhards e.a. (2011)

Vergeleken met het onderzoek van Gerhards e.a (2011) zijn er veel overeenkomsten gevonden en een aantal verschillen. De thema's die zijn gevonden in ons onderzoek komen bijna allemaal overeen met de thema's uit het onderzoek van Gerhards. In ons onderzoek is het belang van feedback niet naar voren gekomen omdat bij de internetbehandeling bij Dimence in de behoefte aan feedback wordt voorzien. Ook behoefte aan ondersteuning komt meer in het onderzoek van Gerhards naar voren. In ons onderzoek vonden de deelnemers het vooral belangrijk om persoonlijke gesprekken te houden, maar waren zij niet ontevreden over de ondersteuning. In het onderzoek van Gerhards werd het thema computer- en internetvaardigheden genoemd. Er kwam naar voren dat verschillende mensen niet genoeg vaardigheden hadden en geen goede locatie om goed met het programma te kunnen werken. Dit is in ons onderzoek niet naar voren gekomen. Wel gaven de deelnemers aan dat het voor mensen met weinig computervaardigheden waarschijnlijk te moeilijk zal zijn.

In ons onderzoek zijn de thema's inhoud en vormgeving en manier van communiceren toegevoegd. Deelnemers in ons onderzoek konden een vergelijking maken met het persoonlijk contact en het geschreven contact via de computer. In het onderzoek van Gerhards was er verder geen contact. Qua inhoud en vormgeving was er vooral commentaar op het kunnen terugkijken van oefeningen en een te druk scherm. Dit soort commentaar over de inhoud komt niet naar voren in onderzoek van Gerhards.

De thema's die overeen komen, zijn; tijd en locatie, aansluiting met de klachten, motivatie en persoonlijk contact. Een van de belangrijkste barrières die in het onderzoek van Gerhards werd gevonden was het niet kunnen identificeren met en moeilijk toe kunnen passen van de oefeningen in de eigen situatie. Dit kwam ook een aantal keer naar voren bij de

deelnemers aan ons onderzoek. De personen in het onderzoek van Gerhards hadden geen ondersteuning bij het maken van de oefeningen en ervoeren dit als een gemis. In ons onderzoek werd persoonlijke ondersteuning ook duidelijk als heel belangrijk ervaren. Naast de geschreven feedback werd voornamelijk het persoonlijke contact belangrijk gevonden.

Een motiverend aspect bij het onderzoek van Gerhards was het wel kunnen identificeren met de oefeningen en merken van verbetering van de klachten. In ons onderzoek is wel gevonden dat mensen meer inzicht kregen maar er is bij geen van de interviews genoemd dat een verbetering van de klachten zorgde voor motivatie om het programma te volgen. Wat betreft de inhoud van de oefeningen werd dit in beide onderzoeken als positief ervaren. Wel werd in beide onderzoeken gevonden dat mensen het soms moeilijk vonden om de oefeningen op de eigen situatie toe te passen. De behoefte aan persoonlijke ondersteuning kwam in beide onderzoeken duidelijk naar voren, in beide onderzoeken werd dit als motiverend gezien. Ook motivatie werd in beide onderzoeken genoemd. In het onderzoek van Gerhards verwachtten mensen vooral van persoonlijke ondersteuning meer gemotiveerd te raken. Dit is in ons onderzoek wel het geval gebleken. Op het gebied van motivatie noemden mensen met een depressieve stoornis wel dat de symptomen invloed kunnen hebben op de motivatie, dit kwam niet zo zeer naar voren in het onderzoek van Gerhards. Een laatste belangrijke overeenkomst was dat ook in ons onderzoek bleek dat deelnemers die positiever waren over de internetbehandeling vaker ondersteuning hadden gezocht in hun sociale omgeving en hier ook meer behoefte aan hadden.

6. Discussie

Het doel van dit kwalitatief onderzoek was om een beeld te krijgen van ervaringen van patiënten met de internetbehandeling bij Dimence. Allereerst moet opgemerkt worden dat het aantal deelnemers erg laag is geweest. Hoewel de indruk is dat er veel dezelfde ideeën heersen over de internetbehandeling bij de deelnemers zal meer onderzoek nodig zijn naar deze en andere vergelijkbare internetbehandelingen om de resultaten te kunnen generaliseren.

6.1 Belangrijkste bevindingen

De belangrijkste positieve en negatieve aspecten van de internetbehandeling zijn terug te voeren naar de thema's: tijd en locatie, persoonlijk contact, motivatie, navigeren en vormgeving, manier van communicatie en aansluiting bij de klachten. Veel thema's komen overeen met eerder onderzoek naar internetbehandelingen en dat van Gerhards e.a. (2011). De redenen die personen noemden om te stoppen na de module komen overeen met redenen die in eerdere onderzoeken zijn gevonden (Christensen e.a. 2009, Warmerdam e.a 2008). De personen die positief waren over de behandeling vonden het makkelijker om te schrijven over hun klachten. Dit komt overeen met bevindingen uit het onderzoek van Beattie e.a. (2009). Ook de behoefte aan persoonlijk contact, vooral bij mensen die negatief waren over de behandeling, komt overeen met bevindingen uit eerder onderzoek (Spek e.a., 2007; Warmerdam e.a., 2008). De bevindingen dat mensen die positiever waren over de behandeling eerder steun zochten in hun omgeving komt overeen met bevindingen uit het onderzoek van Gerhards e.a. (2011). Ook de thema's; tijd en locatie, aansluiting met de klachten, motivatie en persoonlijk contact kwamen met dit onderzoek overeen. Daarnaast vonden veel personen dat de vormgeving beter kon en dat het makkelijker moet worden om terug te gaan naar eerdere opdrachten. Veel personen vonden dat er te veel tekst op een pagina stond en dat opdrachten te ingewikkeld werden uitgelegd. Wanneer de oefeningen meer aansloten op de situatie van de persoon leek dit bevorderlijk te zijn voor de motivatie. Personen met een angststoornis lijken in dit onderzoek positiever te zijn over de behandeling dan personen met een depressieve stoornis. Bij deze personen speelden de symptomen van concentratie en moeilijk ergens toe kunnen zetten mee bij het volgen van de behandeling. Dit komt niet overeen met bevindingen uit Nederlands

onderzoek van Spek e.a. (2007), die de verschillen tussen effectgroottes van behandelingen voornamelijk toeschreef aan de mate van ondersteuning van een behandelaar.

De internetbehandeling bij Dimence lijkt voornamelijk te werken voor personen met een angststoornis en personen met een depressieve stoornis die geen moeite hebben met het verwoorden van gevoelens. Die niet te veel belemmerd worden door concentratieproblemen en gebrek aan motivatie en die geen problemen hebben met het feit dat er bij geschreven feedback geen sprake is van een dialoog. Ook lijkt er een verband te zijn tot het zoeken en krijgen van steun uit de sociale omgeving en het gemotiveerd zijn voor de behandeling. De behandeling moet voorzien in opdrachten die goed aansluiten op de klachten en navigeren en terugkijken van de oefeningen moet makkelijk gaan. De tekst kan beknopter worden gemaakt en er kunnen duidelijkere afspraken gemaakt worden over wanneer men terugkomt voor een persoonlijk gesprek en wanneer de oefeningen ingeleverd dienen te worden.

6.2 Beperkingen

De belangrijkste beperking van dit onderzoek is het lage aantal deelnemers. Doordat veel personen dezelfde thema's noemden in het interview wordt echter verwacht dat uitgebreider onderzoek dezelfde resultaten laat zien. Doordat er personen zijn geïnterviewd die uit zijn geschreven bij Dimence zit er bij een aantal personen een lange tijd tussen het afsluiten van de behandeling (het doen van de module bewustwording) en het interview. Mogelijk heeft dit invloed gehad op de antwoorden op de vragen. Zo wisten een aantal personen niet meer precies hoe veel gesprekken zij hadden gehad tijdens en na de module bewustwording. Een andere beperking is dat in eerste instantie gericht is op een depressieve stoornis en daardoor minder is ingegaan op behandeling voor angststoornissen. Ook het kleine aantal personen met een angststoornis is een beperking in het onderzoek. Een andere beperking is de hoeveelheid internetbehandeling tussen personen die positief en negatief waren. De twee deelnemers die zijn gestopt hebben alleen de module bewustwording gevolgd. De deelnemers die door zijn gegaan hebben de hele behandeling via internet gevolgd in combinatie met gesprekken en hebben zich daardoor een betere mening kunnen vormen over de internetbehandelingen. Een andere beperking is het verschil in het aantal persoonlijke gesprekken die hebben plaats gevonden. Iedereen heeft een intake gesprek gehad en een kennismakingsgesprek met de

internetbehandelaar. Daarna is het onduidelijk hoe vaak mensen terug zijn gekomen voor een gesprek. Voor een aantal was dit nog tijdens de module bewustwording.

6.3 Aanbevelingen Dimence

Opvallend is dat patiënten in dit onderzoek vaak kiezen voor de internetbehandeling omdat zij zo niet op een wachtlijst komen. In hoeverre is dit ethisch tegenover mensen met een ernstige depressie die niet in aanmerking komen voor de internetbehandeling. Ook gezien het feit dat er personen zijn die de internetbehandeling volgen om ergens mee bezig te zijn in afwachting op een andere behandeling. Mogelijk wordt de internetbehandeling te veel gezien als een tussenstap voor een andere soort behandeling en is men minder gemotiveerd om zich volledig te concentreren op de internetbehandeling. Twee deelnemers gaven aan dat de behandelaar ook nieuw was met de internetbehandeling en dat deze ook nog moest uitzoeken hoe het werkte. Deze personen waren overwegend negatief over de behandeling. Mogelijk dat het enthousiasme van de behandelaar en een goede voorlichting mee speelt in het wel of niet gemotiveerd zijn voor de behandeling en kunnen behandelaren hier tijdens een intake rekening mee houden.

Uit de verschillende interviews bleek dat er geen duidelijke richtlijnen zijn voor het aantal gesprekken face-to-face. Bij de een was er al een gesprek tijdens de module bewustwording. Een ander gaf aan wel aan te hebben gegeven dat ze liever nog een gesprek wilde tijdens de eerste module. Om iedereen een gelijke behandeling aan te bieden zullen er richtlijnen moeten komen over de hoeveelheid gesprekken die er face-to-face tijdens de behandeling zijn. Is dit pas na de module bewustwording of ook al tijdens? Of wordt dit aangepast aan de situatie van de persoon? Houden de verschillende behandelaren zich aan dezelfde richtlijnen? Mogelijk werkt de behandeling het beste wanneer er in het begin meer ondersteuning is van de behandelaar door middel van face-to-face contact. Ook is de aanbeveling om richtlijnen te maken met betrekking tot het terugsturen van opdrachten. Verschillende personen gaven aan dat het prettig was wanneer ze een deadline hadden. Ook bij het niet op tijd terugsturen van opdrachten zouden er voor de patiënt consequenties kunnen zijn die gelijk staan aan het niet op komen dagen bij face-to-face gesprekken. Wat betreft de aanbevelingen die deelnemers aan het onderzoek deden kan Dimence dit mogelijk terugspelen naar Minddistrict. De deelnemers bevelen aan om de oefeningen nog meer toe te passen op de situatie van de patiënt. Daarnaast zouden er meer

succesverhalen en praktijkverhalen van anderen die dezelfde stoornis hebben gehad toegevoegd kunnen worden. Ook op het gebied van navigeren zou er een functie toegevoegd kunnen worden waarin bijvoorbeeld alle opdrachten bij elkaar staan en alle feedback die men heeft gehad. Ook om dit later na de behandeling uit te kunnen printen en nog eens door te kunnen lezen.

Mijn persoonlijke aanbeveling is om zo veel mogelijk mensen die enigszins computerervaring hebben psychoeducatie aan te bieden via internet. Hier zouden zij zelfstandig een aantal oefeningen kunnen maken die voor de behandelaar al meer informatie opleveren over de patiënt en waarbij mogelijk geautomatiseerde feedback gegeven wordt. Personen die niet in aanmerking komen voor internet kunnen dan schriftelijke informatie meekrijgen met vergelijkbare oefeningen als in de internetbehandeling. In een persoonlijk gesprek kan dan na een korte periode bekeken worden of verdere behandeling via internet wat voor de persoon zal zijn. Zo niet dan kan men op de reguliere wachtlijst komen. Zo ja dan komt men op de 'wachtlijst' voor internetbehandeling. Zo hebben personen mogelijk minder het idee dat internetbehandeling alleen een overbrugging vormt en kan men het werken via internet eerst uitproberen tegenover het feit dat men normaal tijdens de intake gelijk een keuze moet maken.

6.4 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Verder onderzoek bij Dimence zal de bevindingen in dit onderzoek verder moeten bevestigen. Ook zal er dan meer onderzoek gedaan moeten worden naar het effect van de internetbehandeling in vergelijking met een standaard CGT behandeling bij Dimence. In verder onderzoek zullen meer mensen bij het onderzoek betrokken moeten worden om de resultaten te kunnen generaliseren. In verder onderzoek zal verder onderzocht moeten worden wat de rol is van de sociale omgeving bij personen die positief zijn over de internetbehandeling. Hebben zij toevallig meer sociale contacten, hebben zij andere persoonskenmerken waardoor zij eerder hulp vragen aan hun omgeving of speelt bijvoorbeeld de ernst van de klachten een rol. Wanneer blijkt dat ook bij de internetbehandeling het helpt om de sociale omgeving van de persoon meer bij de behandeling te betrekken zou dit meer ingepast kunnen worden in de behandeling.

Ook zal er verder onderzoek gedaan moeten worden naar de verschillen tussen effectgroottes van behandelingen via internet voor depressieve stoornissen en angststoornissen. Mogelijk zijn depressieve stoornissen slechts in enkele gevallen geschikt om via internet te behandelen.

7. Literatuurlijst

American Psychological Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Washington DC: APA, 1994.

Beattie, A., Shaw, A., Kaur, S., Kessler, D. (2009) Primary-care patients' expectations and experiences of online cognitive behavioural therapy for depression: a qualitative study. *Health expectations*, 12, pp 45-49.

Beljouw van, I., Verhaak P.F.M., Prins M.A., Cuijpers P., Penninx B.W.J.H., Bensing J.M. (2010) Treatment for common mental disorders: Reasons and determinants. *Psychiatric Services*; 2010 61(3): 250-257.

Bockting, C.L.H., Oosterink, A., (2010). Preventie van terugval bij recidiverende depressie met cognitieve therapie. *Gedragstherapie*; 2010, 43 35-57.

Christensen, H., Griffiths, K.M., Farrer, L. (2009). Adherence in internet interventions for anxiety and depression: systematic review. *Journal of medical internet research* 2009; 11(2) e: 13.

Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. (2008). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 169-177.

Cuijpers, P., Dekker, J. (2005). Psychologische behandeling van depressie; een systematisch overzicht van meta-analysen. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde* 2005;149:1892-7

Drossaert,S., & Gemert-Pijnen, J. (2010). eHealth. In L .Lechner, I. Mesters & C. Bolman (Eds.), *Gezondheidspsychologie bij patiënten*. Assen: van Gorcum

Eysenbach, G. (2005). The law of attrition. (Or: Why do eHealth users discontinue usage?). *Journal of medical internet research* 2005;7(1):e11.

Gerhards, S.A.H., Abma, T.A., Arntz, A., de Graaf, L.E., Evers, S.M.A.A., Huibers, M.J.H., Widdershoven, G.A.M. (2011). Improving adherence and effectiveness of computerised cognitive behavioural therapy without support for depression: A qualitative study on patient experiences. *Journal of affective disorders* 129 (2011) 117-125.

Gerhards, S.A., de Graaf, L.E., Jacobs, L.E., Severens, J.L., Huibers, M.J., Arntz, A., Riper, H., Widdershoven, G., Metsemakers, J.F., Evers, S.M. (2010). Economic evaluation of online computerised cognitive-behavioural therapy without support for depression in primary care: randomised trial. *Br J Psychiatry*, 196, 310-318.

Graaf, de, R., Ten Have, M., Van Dorsselaer, S. (2010). NEMESIS-2: De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hollingshurst, S., Peters, T.J., Kaur, S., Wiles, N., Lewis, G., Kessler, D. (2010) Cost-effectiveness of therapist-delivered online cognitive-behavioural therapy for depression: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2010 Oct;197(4):297-304.

Keijsers, G.P.J., Minnen, A. van., & Hoogduin, C.A.L. (Eds.) (2004). *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Deel 2 (2e herz. druk)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Korrelboom & ten broeke (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.

Nijland, N., van Gemert-Pijnen, L., Boer, H., Steehouder, M.F., & Seydel, E.R. (2008). Evaluation of internet-based technology for supporting self-care: problems encountered by patients and caregivers when using self-care applications. *Journal of Medical internet research* 2008;10(2):e13.

Rijnders, P en Heene, E. (2010). *Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn*. Boom, Amsterdam.

Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyer, J., Pop, V., (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological magazine*; 2007, 37: 319-328.

Tolin, F.D., (2010) Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 30 (2010) 710-720. Elsevier

Vandereycken, W., Hoogduin C.A.L., Emmekamp, P.M.G. (2008) *Handboek psychopathologie. Basisbegrippen*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Van Straten, van, A., Cuijpers, P., Smits, N. (2008). Effectiveness of a web-based self-help intervention for symptoms of depression, anxiety and stress: Randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2008;10(1):e7

Warmerdam, L., van Straten, A., Twisk, J., Riper, H., Cuijpers, P. (2008). Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research* 2008; 10(4):e44

WHO, The World health report: 2001: *Mental health: new understanding, new hope*. ISBN 92 4 156201 3 (NLM Classification: WA 540.1)

Wieren S van (RIVM), Schoemaker C (RIVM), Spijker J (Trimbos-instituut). (2010) Welke zorg gebruiken patiënten en wat zijn de kosten? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM

8. Bijlagen

Bijlage 1. Opzet interviewschema voor mensen die de module bewustwording hebben gevolgd en wel of niet door zijn gegaan met behandeling via internet.

- Bestond er een beeld van de internetbehandeling voor de behandeling begon?
- Hoe is de communicatie verlopen over de internetbehandeling?
- Wat gaf de doorslag om wel of niet verder te gaan met behandeling via internet na de eerste module bewustwording?
- Hoe is de module bewustwording en de eventuele verdere internetbehandeling gegaan?
- Wat vond men van de inhoud en vormgeving van het programma?
- Welke aspecten motiveerden tijdens de behandeling?
- Welke barrières is men tegen gekomen?
- Was er sociale steun uit de omgeving?
- Welke verbeteringen zouden doorgevoerd kunnen worden?