



Testen van de gebruikersvriendelijkheid van een online psycho-educatie programma bij mensen met een depressie

Masterthese Geestelijke Gezondheidsbevordering
Faculteit Gedragwetenschappen

Aquila Oorlog
S0163481

1^o begeleider: Dr. L.C.A. Christenhusz
2^o begeleider: M. Fledderus, MSc

30 Augustus 2011

Universiteit Twente
Drienerlolaan 5
7522 NB Enschede

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Abstract	4
Samenvatting	5
Inleiding.....	6
Methoden.....	11
Proefpersonen	11
Werving	12
Onderzoeksprocedure	12
Analyse.....	12
Resultaten.....	14
Proefpersonen	14
Scenario 1: Inloggen.....	14
Scenario 2: Startpagina.....	14
Scenario 3: Profielpagina.....	15
Scenario 4: Feedback lezen	16
Scenario 5: Een bericht versturen.....	17
Scenario 6: Een nieuwe opdracht maken.....	18
Overige opmerkingen	19
Conclusie en Discussie.....	22
Conclusie	22
Limitaties.....	24
Aanbevelingen.....	24
Referenties.....	27
Bijlagen.....	30

Voorwoord

In het kader van de masteropleiding Geestelijke Gezondheidsbevordering aan de Universiteit Twente, is onderzoek gedaan naar de gebruikersvriendelijkheid van een online psycho-educatie programma bij mensen met een depressie. Terugblikkend heeft dit onderzoek veel inspanning gevergd. Het doen en uitwerken van het onderzoek was zeer leerzaam en hopelijk heeft het resultaten opgeleverd die bijdragen aan de ontwikkeling van het online psycho-educatie programma.

In dit ‘voorwoord’ wil ik gebruik maken van de mogelijkheid om mijn begeleiders te bedanken. De afgelopen maanden heb ik aan dit onderzoek gewerkt onder begeleiding van M. Fledderus, MSc en dr. L.C.A. Christenhusz, beiden vanuit de Universiteit Twente. Ik wil hen graag bedanken voor het enthousiasme, vertrouwen en begeleiding. De feedback die ik mocht ontvangen heeft er toe geleid dat ik doordachte keuzes heb kunnen maken. Bedankt!

Tevens wil ik Dimence Almelo bedanken. Bedankt voor het ter beschikking stellen van materialen en informatie. Ik hoop dat mijn onderzoek kan bijdragen aan betere hulpverlening voor ‘onze’ patiënten.

Vervolgens wil ik alle respondenten die mee hebben gedaan aan het onderzoek bedanken. Dankzij de respondenten heb ik data kunnen verzamelen en uitspraken kunnen doen. Mijn dank gaat dus ook uit naar alle deelnemende patiënten. Zonder hen was dit resultaat niet mogelijk geweest.

Bedankt.

Aquila Oorlog

Enschede, 30 Augustus 2011.

Abstract

Background: Depressive disorders are very common in the Netherlands, and they come at a huge cost, both social and economically. However, there is a chance of recovery from a depressive disorder. Cognitive behavioral therapy (CBT) is the therapy which is most frequently used for treating a depressive disorder. Reason for this, is its proved effectiveness. There are, however, disadvantages to CBT in practice. One way to counteract this, is to provide online CBT. With online CBT, waiting time can be filled efficient and waiting lists can dissolve more quickly. Another positive consequence is that therapists can organize their time more effectively. A disadvantage to online CBT, though, are high dropout rates, which has a negative effect on therapy. Dropout could possibly become less, when patients find online therapy easy to use. Therefore, the usability of online therapy could possibly have an influence on the use of it. The mental health institution Dimence in Almelo, the Netherlands, uses an online psycho-education program, based on CBT. Investigated is how patients with a depressive disorder assess the usability of this online psycho-education program, with the intention to search for improvements to the program. Through making technology align to the end user (user-centered), the patient, dropout could reduce, whereby the chance of therapy success could possibly increase.

Methods: To investigate how patients with a depressive disorder assess the usability of the online psycho-education program, a usability test was performed. A qualitative research design was used. Four patients of Dimence in Almelo, who are out of therapy for a depressive disorder, were involved in performing the usability test, which consisted of going through six scenarios. All problems patients encountered are categorized as problems with the user-friendliness, problems with the quality of communication or as implementation problems.

Results: Patients encountered problems in every scenario. There seems to be a lack of clarity and structure in the program. Problems arose especially with regard to the overview, navigation and explanation of various functions.

Conclusion: The usability of this online psycho-education program is not yet optimal and should better align to the patient. Practical suggestions are given in order to improve the usability. Future issues and limitations are discussed.

Samenvatting

Achtergrond: Depressieve stoornissen komen in Nederland vaak voor en brengen grote maatschappelijke en economische gevolgen met zich mee. Er is echter ook kans op herstel van een depressieve stoornis. Uit de praktijk blijkt dat cognitieve gedragstherapie (CGT) de meest gehanteerde behandeling is. Een reden hiervoor is de aangetoonde effectiviteit van deze behandeling. Er zitten echter ook nadelen aan CGT in de praktijk. Een manier om dit tegen te gaan, is CGT online aanbieden. Hierdoor worden wachttijden efficiënter ingevuld en lossen wachtlijsten mogelijk sneller op. Daarnaast kunnen behandelaren op deze manier hun tijd efficiënter indelen. Een nadeel van online CGT ligt echter in de hoge drop out percentages, wat een negatief effect heeft op de behandeling. Drop out zou mogelijk kunnen verminderen wanneer patiënten de online behandeling makkelijk in het gebruik vinden. De gebruikersvriendelijkheid van online behandeling zou daarom mogelijk van invloed kunnen zijn op het gebruik ervan. De GGZ-instelling Dimence, te Almelo, maakt gebruik van een online psycho-educatie programma, gebaseerd op CGT. Onderzocht wordt hoe patiënten met een depressieve stoornis de gebruikersvriendelijkheid van dit online psycho-educatie programma beoordelen, teneinde te onderzoeken hoe het programma verbeterd kan worden. Door de technologie aan te laten sluiten bij de eindgebruiker (user-centered), de patiënt, zou drop out verminderd kunnen worden, waardoor de kans op succes van de behandeling wordt vergroot.

Methode: Om te onderzoeken hoe patiënten met een depressieve stoornis het online psycho-educatie programma beoordelen, is gebruik gemaakt van een gebruikerstest. Het betreft een kwalitatief onderzoeksdesign. Vier patiënten van Dimence Almelo, die reeds uit behandeling zijn voor een depressieve stoornis, hebben meegewerkt aan uitvoeren van de gebruikerstest, dat bestond uit het doorlopen van 6 scenario's. Alle problemen die patiënten zijn tegengekomen zijn gecategoriseerd als problemen met de gebruikersvriendelijkheid, problemen met de kwaliteit van communicatie of als implementatieproblemen.

Resultaten: Patiënten liepen tijdens elk scenario tegen problemen aan. Er lijkt vooral een gebrek te zijn aan duidelijkheid en structuur in het programma. Problemen ontstonden vooral met betrekking tot het overzicht, de navigatie en uitleg van diverse functies.

Conclusie: De gebruikersvriendelijkheid van het online psycho-educatie programma is nog niet optimaal en zou beter aan moeten sluiten bij de patiënt. Concrete suggesties worden in dit onderzoek gegeven teneinde de gebruikersvriendelijkheid te verbeteren. Tevens worden de limitaties van het onderzoek besproken.

Inleiding

Depressieve stoornissen (depressie en dysthymie) komen vaak voor. In 2007 leed naar schatting 6,2% van de inwoners van Nederland (van 18 tot 65 jaar) aan een depressieve stoornis. Totaal zou dat neer komen op ongeveer 642.800 mensen die zouden lijden aan een depressieve stoornis, waarvan 545.100 aan een depressie in engere zin (RIVM, 2010).

Van een depressieve stoornis is sprake wanneer iemand last heeft van hevige neerslachtigheid. Ook dient die neerslachtigheid minimaal twee weken te duren. Om aan de criteria van de DSM-IV te voldoen dient men aan tenminste één van de kernsymptomen te voldoen (neerslachtige stemming en/of ernstig verlies van interesse). Daarnaast dienen nog drie of vier overige symptomen aanwezig te zijn (bv. slaapproblemen, concentratieproblemen, etc.) (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008). Voor de overige criteria wordt verwezen naar het handboek van Vandereycken et al. (2008).

Er zijn een aantal risicofactoren die meespelen in het ontstaan van een depressieve stoornis. Erfelijkheid (Sullivan, Neale & Kendler, 2000), periodes vol stress (Ormel, 1999) en weinig sociale steun (Wade & Kendler, 2000) zijn belangrijke risicofactoren bij het ontstaan van een stemmingsstoornis. Comorbiditeit met persoonlijkheidsstoornissen, angststoornissen en alcoholmisbruik (Hölzel, Härter, Reese & Kriston, 2011) zijn daarnaast belangrijke factoren in het ontstaan en in stand houden van eerdere en chronische depressies.

Het hebben gehad van depressieve episoden vormen daarnaast een risicofactor voor het ontwikkelen van een chronische depressie (Hölzel et al., 2011). En juist bij de behandeling van chronisch depressieve patiënten doen zich grote problemen voor (Kocsis, Gelenberg, Rothbaum, Klein, Trivedi, Manber, Keller, Howland & Thase, 2008), zoals het laat ontdekken van een chronische depressie, waardoor er vaak sprake is van een niet geïndiceerde en langdurige behandeling.

Naast het risico op een chronische depressie, zijn er ook maatschappelijke gevolgen. Mensen met een depressieve stoornis zijn vaak ernstig beperkt in hun sociaal en maatschappelijk functioneren. Zo zijn de vitaliteit, het sociaal functioneren en de geestelijke gezondheid vaak ernstig aangetast (Bijl & Ravelli, 2000). Naast de maatschappelijke gevolgen, zoals het vergroten van de ziektelast, zijn er ook negatieve economische gevolgen. In 2005 werd 68,5 miljard euro besteed aan de gezondheidszorg, waarvan 14,2 miljard euro voor de rekening komt van de psychische stoornissen. Dit komt neer op 20,8% van de totale zorgkosten. Psychische stoornissen vormen daarmee de duurste specifieke diagnosegroep. Binnen deze sector komt de sector geestelijke gezondheidszorg met 3,7 miljard euro op de

tweede plaats. Het gaat hierbij om psychiatrische aandoeningen als schizofrenie, depressie, angststoornissen en verslavingsproblematiek (RIVM, 2008).

Hoewel een depressieve stoornis grote gevolgen met zich mee kan brengen, is er ook kans op herstel, vooral indien men er met de behandeling op tijd bij is. De behandeling van een depressieve stoornis bestaat uit het doorlopen van een aantal stappen. De basisinterventies die bestaan uit psycho-educatie, activering en dagstructurering worden aan alle patiënten gegeven. Naast basisinterventies kunnen patiënten en behandelaar kiezen uit eerste-stap interventies (bv. bibliotherapie, zelfhulp of zelfmanagement en activerende begeleiding). Indien na deze stappen nog geen verbetering heeft opgetreden zijn de psychologische interventies die de voorkeur genieten probleemoplossende therapie en kortdurende behandeling. Wanneer na deze interventies nog steeds geen effect te herkennen is, kan men overgaan tot cognitieve (gedrags)therapie, interpersoonlijke therapie, kortdurende psychodynamische therapie of farmacotherapie. Bij een ernstige recidiverende depressieve episode is uitsluitend farmacotherapie niet geïndiceerd (Multidisciplinaire Richtlijn Depressie, 2010).

Uit de praktijk blijkt dat cognitieve gedragstherapie (CGT) de therapievorm is die het meest gehanteerd wordt, zoals de richtlijn ook aanbeveelt. Een reden hiervoor is vooral de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie die aangetoond is in meerdere studies. Uit onderzoek van Simons et al. (2010) komt bijvoorbeeld naar voren dat CGT significant betere resultaten haalt bij patiënten met een depressieve stoornis in vergelijking met andere behandelingen. Uit een onderzoek van Butler, Chapman, Forman en Beck (2006) naar meta-analyses over CGT komt ook naar voren dat CGT goede resultaten boekt in de afname van klachten bij de behandeling van angst en depressie.

Ondanks de positieve resultaten over het effect van CGT in de praktijk zitten er ook nadelen aan deze vorm van behandeling. Een nadeel van CGT in de praktijk is dat het meer kost dan andere behandelingen, voornamelijk vanwege het verhoogde aantal therapeutische contacten dat CGT patiënten hebben in vergelijking met patiënten die andere vormen van behandeling volgen (Holman, Serfaty, Leurent & King, 2011). Een andere mogelijke verklaring van de hoge kosten betreft het niet komen opdagen van patiënten op gemaakte afspraken. Behandelaren kunnen hun tijd op deze manier niet efficiënt indelen, waardoor de productiviteit daalt en de kosten stijgen. Naast deze nadelen zijn er in de praktijk problemen met wachtlijsten voor diverse behandelingen (waaronder CGT). Het is bekend dat

wachtlijsten op dit moment stijgende zijn, waardoor patiënten moeten wachten op passende zorg.

Een manier om de nadelen van CGT zoveel mogelijk te beperken, maar om het effect te blijven behouden is CGT aanbieden via het internet. Met de opkomst van online CGT kunnen patiënten de wachttijd efficiënt invullen, waardoor de wachtlijst mogelijk sneller oplost. Behandelaren kunnen hun tijd efficiënter indelen (het komen opdagen van patiënten speelt dan slechts kleine rol) en kunnen meer patiënten behandelen in hetzelfde tijdsbestek. Daarnaast is het zo dat patiënten zelf de tijd voor behandeling kunnen indelen en de behandeling thuis kunnen uitvoeren. Naast de voordelen omtrent de wachtlijst en tijdsbesteding, komt uit onderzoek naar voren dat het aanbieden van online CGT voordelig uitvalt in tegenstelling tot face-to-face CGT (Gerhards et al., 2010). Dat online CGT kosteneffectiever uitvalt dan face-to-face CGT komt voornamelijk omdat behandelaren minder tijd kwijt zijn met online behandelen, waardoor zij vaak meerdere patiënten kunnen behandelen. Meerdere studies tonen aan dat het effect van CGT behouden blijft indien deze online wordt aangeboden. Uit een meta-analyse van 12 studies door Spek, Cuijpers, Nyklíček, Riper, Keyzer en Pop (2007) blijkt dat CGT via het internet goede resultaten boekt in het verminderen van klachten. Uit deze analyse kwam tevens het belang van therapeutische ondersteuning (via e-mail of telefoon) naar boven. Wanneer online CGT werd aangeboden met ondersteuning van een therapeut waren de effecten groter dan wanneer online CGT werd aangeboden zonder deze ondersteuning. Spek et al. (2007) geven dan ook aan dat vooral de aanwezigheid van de therapeutische ondersteuning ervoor zorgt dat online CGT werkt in het reduceren van klachten.

Ondanks de vele voordelen van het aanbieden van CGT via het internet, zijn er ook nadelen. Een groot nadeel is de zogenaamde 'drop out' van patiënten. In dit geval haken patiënten voortijdig af en ronden de behandeling niet af. In het onderzoek van Waller & Gilbody (2009) kwam bijvoorbeeld naar voren dat gemiddeld slechts 56% van de patiënten de online CGT behandeling volledig heeft doorlopen. Het verminderen van drop out is belangrijk omdat het doorlopen van de volledige behandeling juist een belangrijke factor is in het dalen van de klachten (Straten, Cuijpers & Smits, 2008). Om drop out te voorkomen is het belangrijk dat patiënten online CGT gemakkelijk in het gebruik vinden (Eysenbach, 2005). Daarnaast is het denkbaar dat patiënten minder geneigd zijn de behandeling via internet voort te zetten als zij hier minder goede ervaringen mee hebben, wat zijn effect weer heeft op de wachtlijsten. Patiënten kunnen de ervaringen die zij opdoen tijdens de online behandeling

meenemen naar een vervolgbehandeling, en indien deze positief is, kan men zich indenken dat de motivatie om de behandeling voort te zetten via het internet groter is.

Om drop out te verminderen lijkt het belangrijk te onderzoeken hoe de technologie (online CGT) het beste kan aansluiten bij de eindgebruiker, de patiënt (user-centered design (Mauro, 2009)). De behoefte van de eindgebruiker kan immers verschillen van die van de ontwikkelaar. Een manier om te onderzoeken hoe de technologie het beste aan kan sluiten bij de eindgebruiker is door gebruik te maken van gebruikerstesten. Met een gebruikerstest probeert men te ontdekken welke problemen eindgebruikers (bv. patiënten) tegen kunnen komen bij het gebruik van bepaalde producten of diensten (bv. online CGT). Met de resultaten uit een gebruikerstest kunnen ontwikkelaars proberen de bruikbaarheid van bepaalde producten of diensten te verbeteren. Een gebruikerstest kan op verschillende manieren worden uitgevoerd. Nijland, Gemert-Pijnen, Boer, Steehouder & Seydel (2008) maakten bijvoorbeeld gebruik van scenario's gecombineerd met interviews en namen deze af bij 14 zorgverleners en 14 patiënten om te kijken welke applicaties werden gebruikt (bij zelfhulp) en welke problemen de proefpersonen tegen kwamen. In dit onderzoek werd een onderscheid gemaakt tussen de problemen die te maken hadden met de gebruikersvriendelijkheid van de applicaties, de kwaliteit van communicatie die werd geleverd en de implementatie van de applicaties. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de patiënten in totaal 260 problemen zijn tegengekomen, waaronder problemen met het taalgebruik en de navigatie. Een andere manier om een gebruikerstest uit te voeren, is gebruik maken van verschillende fasen, zoals in het onderzoek van Rotondi et al (2007). In dit onderzoek werd in elke fase een situatie voorgelegd die patiënten moesten doorlopen en beoordelen. Zo moesten patiënten bijvoorbeeld verschillende formatten van een website beoordelen (taalgebruik, navigatie etc.).

De GGZ-instelling Dimence in Almelo (locatie: Egbert Gorterstraat) maakt gebruik van een online behandelprogramma. Dit programma (ook wel MindDistrict genoemd) is gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie. Patiënten met angst- en/of depressieve stoornissen kunnen worden toegewezen aan deze vorm van behandeling. De internetbehandeling is in meerdere stappen opgedeeld. De module bewustwording (MB) is de eerste stap in de internetomgeving en patiënten kunnen meteen na het intakegesprek met deze module starten. In deze module krijgen patiënten voornamelijk psycho-educatie, worden de klachten in kaart gebracht en moeten ze bijvoorbeeld registratieopdrachten uitvoeren. Ook wordt gekeken welke motivatie de patiënt heeft voor de behandeling en welke doelen hij zou

willen realiseren. De behandelaar is aanwezig op de achtergrond en geeft feedback op de opdrachten via het programma. Omdat patiënten de mogelijkheid krijgen meteen te starten met deze module na het intakegesprek wordt de wachtlijstperiode overbrugd en efficiënt ingevuld. Als de module in zijn geheel is afgerond kan de patiënt in overleg met de behandelaar kiezen om de geïndiceerde behandeling verder te doorlopen via het internet of via face-to-face contact. Om het wachtlijstprobleem enigszins in te perken is het belangrijk dat patiënten de behandeling zoveel mogelijk met behulp van het internet voortzetten, in plaats van met face-to-face contacten.

Mogelijk hebben patiënten met depressieve klachten een andere kijk op het gebruik van de MB dan de ontwikkelaars van het programma. Het aannemen van een user-centered design lijkt dan ook erg belangrijk, hierbij staat de patiënt centraal (Mauro, 2009). In dit onderzoek wordt getracht te onderzoeken hoe depressieve patiënten de gebruikersvriendelijkheid van de module bewustwording waarderen, zoals gebruikt binnen de GGZ-instelling Dimence Almelo (locatie Egbert Gorterstraat). Voor zover bij ons bekend, is hier nog nooit onderzoek naar gedaan. De MB, het voorstadium van internet behandelen lijkt dan ook een uitstekende keuze om het gebruikersgemak van het programma te testen. Niet al te meer om de patiënten gemotiveerd te houden de behandeling via het internet voort te zetten en drop-out te voorkomen.

De vraagstelling in dit onderzoek luidt als volgt:

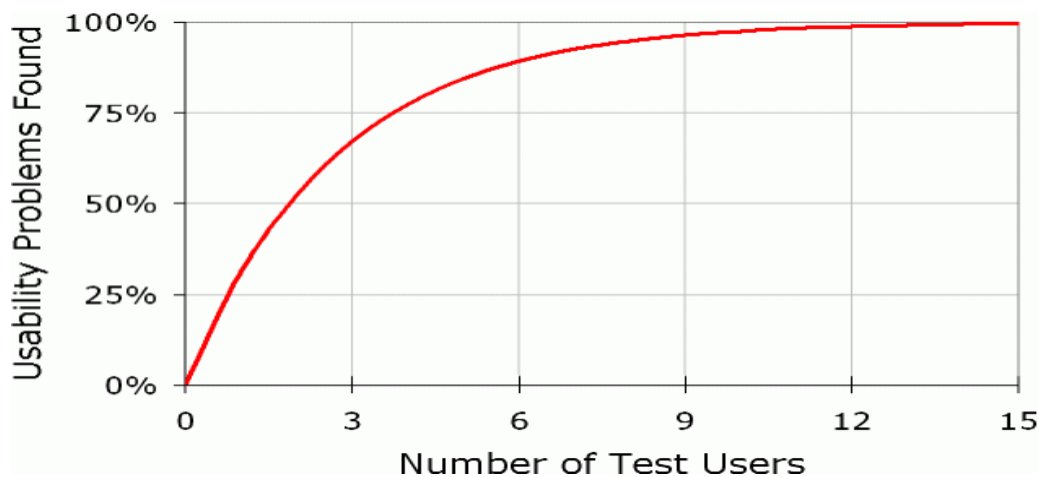
Hoe beoordelen patiënten met een depressieve stoornis de gebruikersvriendelijkheid van een online psycho-educatie programma, zoals gebruikt bij Dimence te Almelo.

Methoden

De methode die werd gebruikt om te onderzoeken hoe depressieve patiënten de gebruikersvriendelijkheid van de module bewustwording beoordelen, is het doen van een gebruikerstest (Mauro, 2009), te vergelijken met het onderzoek van Nijland et al. (2008). Het betreft een kwalitatief onderzoeksdesign (Dooley, 2001).

Proefpersonen

Uit de literatuur blijkt dat het volstaat om met 5 proefpersonen een gebruikerstest uit te voeren (Nielsen, 2000). Op deze manier is er geen afbreuk aan de betrouwbaarheid van het onderzoek en wordt ongeveer 80% van de problemen gedetecteerd (zie figuur 1, Nielsen (2000)). Gekozen is om patiënten met een depressieve stoornis te benaderen die uit behandeling zijn in plaats van patiënten die nog wel in behandeling zijn. Reden hiervoor is dat men de behandeling niet wil verstoren en geen inbreuk wil doen op de behandelrelatie die bestaat tussen patiënt en behandelaar, hetgeen een negatief effect kan hebben op de behandeling van de patiënt. In totaal zijn 40 proefpersonen uitgenodigd om mee te werken aan het onderzoek, waarvan uiteindelijk 4 daadwerkelijk aan het onderzoek hebben meegedaan, wat neerkomt op een responspercentage van 10%. Hiermee kan ongeveer 75% van de problemen worden gedetecteerd (zie figuur 1).



Figuur 1: Aantal proefpersonen in verhouding tot het aantal problemen dat gedetecteerd wordt in gebruikerstesten (Nielsen, 2000).

Werving

Uitbehandelde depressie patiënten die hun behandeling bij Dimence hebben gevolgd zijn via een brief uitgenodigd mee te werken aan het onderzoek. Er is middels een bijgevoegde informatiebrief uitgelegd wat het doel van het onderzoek was evenals andere aanverwante zaken. Indien patiënten geen belangstelling hadden hoefden zij niet te reageren. Indien patiënten wel mee wilden werken konden zij de toestemmingsverklaring ondertekenen voorzien van naam, telefoon nummer en e-mail adres en in de bijgevoegde retourenvelop opsturen. Op het toestemmingsverklaring formulier konden zij tevens aangeven of zij benaderd willen worden voor een afspraak via de telefoon of e-mail. Nadien werd er een afspraak gepland met de betreffende patiënten bij Dimence.

Onderzoeksprocedure

De gebruikerstest is gedaan op basis van 6 vooraf opgestelde scenario's; inloggen, startpagina bekijken, profielinformatie controleren, feedback lezen, contact opnemen met de behandelaar en een nieuwe opdracht maken (zie bijlage 1). De patiënt hebben deze scenario's doorlopen op een computer in de internetomgeving. De patiënt werd gevraagd om hardop te denken. De onderzoeker zat naast de patiënt om belangrijke opmerkingen en/of keuzes te kunnen noteren. Naast notities van de onderzoeker werd met een voice recorder opgenomen wat de proefpersoon exact heeft gezegd. Na afloop van het onderzoek was er gelegenheid voor op- of aanmerkingen van de patiënt. De gemiddelde afnametijd van het onderzoek bedroeg een half uur. Met betrekking tot het doen van een gebruikerstest, is op te merken dat het toevoegen van 'eye tracking' extra informatie op had kunnen leveren (Freeman, 2011). Desalniettemin lijkt het protocol zoals in dit onderzoek gehandhaafd (Nijland et al, 2008; Mauro, 2009), voldoende suggesties op te leveren ter verbetering van de gebruikersvriendelijkheid van het online psycho-educatie programma.

Analyse

In de analyse is gebruik gemaakt van beschrijvende analyse. Ten eerste zijn de achtergrondvariabelen van de proefpersonen kort beschreven. De problemen die zich kunnen voordoen tijdens deze gebruikerstest zijn onderverdeeld, net als in het onderzoek van Nijland et al. (2008).

Er is een onderscheid gemaakt tussen:

1. Problemen met de gebruikersvriendelijkheid: hiermee worden de technische- en vormgevingsaspecten bedoeld (bijv. kleuren, presentatie van informatie, etc.)
2. Problemen met de kwaliteit van communicatie: hiermee wordt de communicatie tussen behandelaar en patiënt bedoeld (bijv. geen juiste feedback ontvangen)
3. Implementatieproblemen: hiermee worden de problemen bedoeld die kunnen ontstaan bij het dagelijks gebruik van het systeem (bijv. niet de functies op de juiste manier gebruiken omdat de kennis erover ontbreekt).

Om de resultaten te beschrijven is per scenario weergegeven welke problemen zich hebben voorgedaan met betrekking tot de gebruikersvriendelijk, kwaliteit van communicatie en implementatie. Daarbij is ervoor gekozen de algemene trend te beschrijven. Als het probleem is ontdekt door 1 persoon, dan zal dat worden vermeldt. Een tabel is weergegeven met daarin een samenvatting van de problemen die naar voren zijn gekomen in dit onderzoek.

Resultaten

In dit resultaatendeel wordt per scenario beschreven welke problemen de proefpersonen zijn tegen gekomen. Er wordt eerst gestart met een beschrijving van de proefpersonenpool. Proefpersonen worden in de beschrijving van de resultaten patiënten genoemd.

Proefpersonen

Van de 40 uitgenodigden hebben 4 patiënten mee gedaan aan dit onderzoek. De gemiddelde leeftijd bedraagt 46 jaar met een standaardafwijking van 11 jaar. Er waren 3 vrouwen en 1 man. Twee patiënten hebben aangegeven weinig computerervaring te hebben. In verband met de privacygevoeligheid van de gegevens is verdere achtergrondinformatie van de patiënten niet beschikbaar.

Scenario 1: Inloggen

Tijdens dit scenario werden de patiënten gevraagd het internet te openen en het internetadres in te typen van de module bewustwording. Vervolgens moest worden ingelogd in het programma met een bestaande inlognaam en wachtwoord.

In dit scenario was er sprake van twee soorten problemen met de gebruikersvriendelijkheid. Zo vond 1 patiënt het inlogscherm van het programma erg wit. Gebruik van kleuren en mogelijk de kleuren en het logo van Dimence zouden de achtergrond van de pagina wat kunnen 'opleuken'. Daarnaast waren er problemen tijdens het inloggen. Nadat de (correcte) inloggegevens waren ingevuld en op inloggen was gedrukt, verscheen er een scherm met een foutmelding. Er leek sprake te zijn van een systeemfout. Hierna moesten de gegevens opnieuw worden ingevuld, waarna aanmelden wel lukte.

Problemen met de kwaliteit van communicatie hebben zich in dit scenario niet voorgedaan. De optie 'voor het eerst aanmelden' werd als opvallend en duidelijk aangemerkt.

In dit scenario viel op dat sommige computertekens voor de patiënten lastig te vinden waren. Bijvoorbeeld het / ('slash') teken voor het intypen van een internetadres. Ook het invullen van het wachtwoord leek soms lastig, zo stond er bijvoorbeeld vaak een spatie voor de inlognaam, waardoor inloggen niet lukte.

Scenario 2: Startpagina

De startpagina is de eerste pagina die verschijnt nadat aanmelden in het programma is gelukt. Op de startpagina van het online behandelprogramma is informatie te vinden over het gebruik

van het programma. Er staat een groot stuk tekst met daarin de belangrijkste informatie en functies. Zo staat daar bijvoorbeeld uitgelegd hoe je een opdracht moet versturen. Een aantal functies zijn uitgelegd met behulp van illustraties. Zo is er bijvoorbeeld een plaatje te vinden waarin de belangrijkste knoppen zijn afgebeeld en een plaatje waarin het proces van feedback staat uitgelegd. Patiënten kregen de opdracht rustig rond te kijken op de startpagina.

Problemen met de gebruikersvriendelijkheid deden zich in dit scenario een aantal keer voor. Zo lijken de illustraties op de startpagina niet zinvol te zijn. Er werd bijvoorbeeld een illustratie getoond die de uitleg in de tekst zou moeten verduidelijken, echter de illustratie en bijbehorende tekst kwamen niet geheel overeen. Een andere illustratie werd aangemerkt als een *'harrewar'* en totaal niet overzichtelijk. Op de startpagina is een zodanige hoeveelheid tekst te vinden dat dit volgens patiënten zou kunnen leiden tot problemen. *'Als je er echt voor gaat zitten dan lukt het wel om het allemaal te lezen, maar niet als je het vluchtig wil doorlezen.'* Er moest door de hoeveelheid tekst ook veel 'gescrolld' worden, wat sommige patiënten niet handig vonden. Tijdens het doorlopen van dit scenario werd aangegeven dat het handig was wanneer een help functie aanwezig zou zijn. Deze functie is echter al aanwezig binnen het programma.

Problemen met de kwaliteit van communicatie hebben zich in dit scenario niet voorgedaan.

Implementatieproblemen kwamen in dit scenario tot uiting in de bestaande uitleg op de startpagina. Op de startpagina worden vrijwel alle functies uitgelegd die patiënten hebben binnen het programma. De optie 'extra functies' (bijv. dagboek) is te vinden in de werkbalk van patiënten, de uitleg over deze functies ontbreekt echter. Zo werd bijvoorbeeld niet uitgelegd wat de 'dagboek' functie inhoudt, terwijl één patiënt aangaf er wel behoefte aan te hebben. Ook merkte één patiënt op dat het gebruik van het woord 'taken' niet past bij de werkelijke functie ervan. Bij de 'taken' functie kan men zien of er feedback is achtergelaten door de behandelaar op een verstuurd oefening. Het woord 'taken' doet meer denken aan een opdracht, terwijl het woord 'inbox' bijvoorbeeld méér doet denken aan inkomende berichten. Het gebruik van het woord 'inbox' in plaats van 'taken' lijkt dan ook beter te passen volgens een patiënt.

Scenario 3: Profielpagina

De profielpagina kan worden geopend door middel van een link naar 'mijn profiel' bovenaan de startpagina. Op mijn profiel staan persoonlijke gegevens als: leeftijd, adres, culturele

herkomst etc. Verder bestaat er de mogelijkheid om je profielfoto en wachtwoord te wijzigen via de optie ‘wijzig gegevens’. Patiënten kregen de opdracht om te controleren of de juiste culturele afkomst in de profielgegevens stonden. Ook werd gevraagd de profielfoto te wijzigen.

Met betrekking tot de gebruikersvriendelijkheid valt op dat er problemen lijken te zijn met de vormgeving. Zo was het lettertype van de optie ‘mijn profiel’ te klein. Daarnaast was er in het profiel sprake van een gecentreerde uitlijning. De patiënten hebben aangegeven het prettiger te vinden wanneer er rechts uitgelijnd zou worden, dit zou kunnen zorgen voor een meer overzichtelijke pagina. *‘Het ziet er nu allemaal een beetje wild uit’*. Daarnaast gaf één patiënt aan dat het aanspreken met ‘je’ in plaats van ‘U’ niet altijd netjes is. Verder leek het lastig om de optie ‘mijn profiel’ te vinden als je het niet in één oogopslag zag. Men moest dan bijvoorbeeld eerst de uitleg op de startpagina gaan herlezen, wat niet als prettig werd ervaren.

Problemen met de kwaliteit van communicatie zijn in dit scenario niet naar boven gekomen.

Implementatieproblemen deden zich wel voor. Zo vond een merendeel het lastig om de optie ‘mijn profiel’ te vinden, vooral doordat zij deze informatie op een andere plek hadden verwacht. Vrijwel alle patiënten keken eerst bij de informatie van de behandelaar. *‘Ik zat te denken dat normaal jouw gegevens hier (bij kopje behandelaar) dan wat groter staan, maar het staat nu wat kleiner bovenaan.’* Ook de ervaring met computers bracht voor één patiënt problemen met zich mee. Het bleek lastig te zijn om te scrollen in het scherm, hiervoor moesten aanwijzingen worden gegeven.

Scenario 4: Feedback lezen

Als de patiënt een opdracht heeft ingeleverd, geeft de behandelaar feedback op deze opdracht. Deze feedback is terug te vinden door een link aan te vinken die verschijnt in de rechter werkbalk. De optie ‘je hebt feedback ontvangen’ moet worden aangeklikt om rechtstreeks bij de feedback te komen. Deze optie verschijnt onder het kopje ‘behandelaar informatie’. Ook kun je bij de feedback komen door de optie ‘taken’ aan te klikken. Patiënten kregen in dit scenario de opdracht feedback op een ingeleverde opdracht te vinden en te lezen.

Problemen met de gebruikersvriendelijkheid kwamen in dit scenario minder voor dan in voorgaande scenario’s. Wel was het onduidelijk dat de feedback meteen tevoorschijn zou komen wanneer de optie ‘je hebt feedback ontvangen’ werd aangeklikt. Dit werd vooral als onduidelijk gezien omdat er subkopjes verschijnen die doen vermoeden dat deze moeten

worden aangeklikt alvorens er wat gebeurt. *‘Ah, en de feedback die staat hier al en dat was me even niet helemaal duidelijk, dat die daar meteen onder staat, onder feedback. Er staan er dus vijf verschillende, weet ik veel, titels, en de feedback staat daar al onder.’* Naast dit probleem met de gebruikersvriendelijkheid was er één patiënt die aangaf het kleurgebruik erg *‘hard’* te vinden overkomen.

Problemen met de kwaliteit van communicatie leken zich voor te doen met betrekking tot de inhoud van de feedback. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van een enkele zin die de feedback moest voorstellen. Patiënten hebben tijdens het onderzoek echter aangegeven een groot stuk tekst of een verhaal als feedback te verwachten. *‘Dan verwacht ik een verhaal’.* Positief was dat de feedback geprint kon worden. *‘Oh, je kunt ook nog printen. Als je dan tips voor jezelf hebt (subkopje in oefening), tips voor jou bijvoorbeeld. Ik neem aan dat daar dingen in staan van hoe je met je depressie om kunt gaan en zo. En dan is het wel makkelijk als je het uitprint. Als je het dan een keer niet meer ziet zitten, dat je dat blaadje erbij kunt pakken en niet dat je dan eerst je hele computer moet opstarten. En je kunt het ook meenemen als je ergens bent. Dat vind ik het mooie van dat je kunt printen.’*

Implementatieproblemen deden zich voor bij het gebruik van de optie ‘vorige’. Patiënten hadden de verwachting dat de optie ‘vorige’ zoals gebruikt in het programma overeen kwam met deze optie in de internetbrowser. Patiënten waren verbaasd toen zij erachter kwamen dat deze opties verschillend waren. Daarnaast was het voor een patiënt met een wat gebrekkige computerkennis lastig om de optie ‘je hebt feedback ontvangen’ aan te klikken. Men moest precies op het woordje feedback in deze regel gaan staan om te kunnen klikken met de muis, als men er goed op stond verscheen ook een handcursor. Één patiënt gaf aan te verwachten dat de feedback in e-mail vorm zou verschijnen, er werd gezocht in de inbox.

Scenario 5: Een bericht versturen

In de module bewustwording kunnen patiënten contact opnemen met de behandelaar door bijvoorbeeld een bericht te versturen. Deze functie staat in de rechter werkbalk. Een nieuw bericht kan worden geschreven door voor deze optie te kiezen. Patiënten hoeven het e-mailadres van de behandelaar niet in te voeren, deze verschijnt automatisch. Patiënten kregen de opdracht om via het programma een vraag te stellen aan de behandelaar.

Alle patiënten vonden het lastig dat er geen optie was om direct op de feedback te kunnen reageren. Als zij een vraag zouden hebben over de feedback, zouden zij via een

omweg een bericht moeten versturen. *'Ik vind het een beetje los staan van elkaar. Dit had ik liever onder één kopje gehad'*. Dit was echter het enige probleem dat men tegenkwam met betrekking tot de gebruikersvriendelijkheid in dit scenario.

Problemen met de kwaliteit van communicatie zijn in dit scenario niet naar boven gekomen. Patiënten vonden het *'goed te doen'* om een bericht te versturen. Zij gaven aan het fijn te vinden om zelf een bericht samen te kunnen stellen.

Met betrekking tot de implementatie kwamen 2 soorten problemen aan het licht. Zo viel op dat de 'Tab' functie op het toetsenbord niet werkt in het programma. Bij het versturen van een bericht moest met de muis eerst worden geklikt op de tekstregel bij 'onderwerp' om daar het onderwerp in te kunnen vullen. Om over te gaan naar het tekstvak, kon geen gebruik gemaakt worden van 'Tab' en moest men het tekstvak eerst afzonderlijk met de muis aanklikken. Daarnaast viel op dat het voor één patiënt niet duidelijk was wat het verschil is tussen de functie 'gesprek' en 'bericht'. Om dit verschil te kunnen achterhalen moest terug worden gegaan naar de startpagina, waar de functies uitgelegd werden. *'Kijk, als je echt een behandeling volgt dan ben je vaak helemaal door de wind. Dan wil je aan het handje genomen worden omdat je anders denkt van bekijk het maar: Ik hoef hier niet lang te zoeken (naar uitleg op de startpagina), daar heb ik geen zin in.'*

Scenario 6: Een nieuwe opdracht maken

Om een nieuwe opdracht te maken kunnen patiënten na het lezen van de feedback steeds de optie 'volgende' aanklikken. Zij zullen dan eerst informatie te lezen krijgen, waarna de oefening zal volgen. Na de oefening volgt logischerwijs de feedback. Dit proces staat uitgelegd op de startpagina, met uitzondering van de uitleg dat men steeds de optie 'volgende' moet gebruiken. In dit scenario kregen patiënten de opdracht om een nieuwe oefening te maken en te versturen naar de behandelaar.

In dit scenario zijn 4 soorten problemen ontdekt met betrekking tot de gebruikersvriendelijkheid. Zo gaf men aan dat de manier van opsommen niet logisch was. De opsomming van subkopjes in het programma is horizontaal. De patiënten hebben aangegeven dat een verticale manier van opsommen een stuk overzichtelijker is. *'Voor mij persoonlijk had het gewoon 1, 2, 3 moeten zijn, naar beneden.'* Een ander probleem deed zich voor bij het versturen van de opdracht. Ondanks dat het op de startpagina staat uitgelegd, wisten veel patiënten niet dat ze de opdracht eerst moesten opslaan, alvorens ze deze konden versturen. *'Dat heb je misschien gelezen op zo'n startpagina, maar pff dat is misschien al lang*

weer weg. Bij het doorlopen van het programma kan men door middel van het dikgedrukt zijn van de kopjes herkennen in welke fase men zit (informatie, oefening of feedback). Echter, de aanwezigheid van deze overgang valt vaak niet op. *'Dat heb ik denk ik over het hoofd gezien'*. Een enkeling vond daarnaast het plaatje niet toepasselijk dat verschijnt wanneer je een opdracht hebt ingeleverd. Dit plaatje bestaat uit een silhouet van een man met geen gezicht en is slechts ingekleurd met de kleuren van Dimence. *'Dat mannetje is helemaal niet zo nodig. Het is zo'n gezichtsloos iemand hè'*.

Problemen met de kwaliteit van communicatie zijn in dit scenario niet naar boven gekomen.

Problemen met de implementatie deden zich in dit scenario wel voor. Zo gaven alle patiënten aan moeite te hebben met het vinden van de opdracht. *'Ik denk dat je de gemiddelde depressieve nu al wel de boom ingestuurd hebt.'* Zoals eerder vermeld kan men bij de opdracht komen door steeds de optie 'volgende' te gebruiken na het lezen van de feedback. De meeste patiënten hebben deze optie echter pas gebruikt na aanwijzingen van de onderzoeker. *'Ik had liever dat er een stukje tekst bij stond van : klik op volgende om verder te gaan.'* *'Liever duidelijker hoe je de nieuwe opdracht kunt vinden. Duidelijker welke stappen. Moet wel voor iedereen te doen zijn'*. Een ander probleem waar men tegen aanliep was dat de volgorde van de onderdelen niet altijd logisch was. Zo waren subkopjes duidelijk aangegeven, echter het hoofdstuk waar deze subkopjes onderdeel van waren, zijn niet goed terug te vinden. Er wordt niet duidelijk weergegeven wat de opbouw van de hoofdstukken is met de daarbij horende subkopjes.

Overige opmerkingen

Aan het einde van het onderzoek was er voor de patiënten de mogelijkheid om nog opmerkingen of aanbevelingen te geven over het kleurgebruik en presentatie van informatie, navigatie in het programma, communicatie tussen behandelaar en patiënt, dagelijks gebruik van het systeem, taalgebruik, gebruik van verschillende opties en de informatie die aanwezig is in het programma.

Buiten de problemen om, met het kleurgebruik en presentatie van informatie, die in de scenario's al aan de orde zijn gekomen, hebben zich geen andere problemen voorgedaan.

De navigatie in programma bleek meestal lastig. De patiënten gaven aan dat het gebruik van het programma waarschijnlijk makkelijker zou zijn als je het vaker gebruikt. Wel

dienen sommige opties beter uitgelegd te worden. De patiënten gaven aan het liever een stuk eenvoudiger te willen hebben.

Over de communicatie tussen behandelaar en patiënt in het programma konden de meeste patiënten niets vertellen. Één patiënt heeft aangegeven het gewenste resultaat (klachtendaling) niet te verwachten, vooral omdat er weinig face-to-face contact is. *'Helpt niet als je laks bent'*. Één andere patiënt daarentegen heeft aangegeven het fijn te vinden feedback te krijgen en hierin geen problemen te voorzien.

Patiënten hebben aangegeven dat het dagelijks gebruik van het systeem soms lastig kan zijn. *'Je hebt geen stok achter de deur'*. Wel vonden een aantal patiënten het fijn dat er een dagboekfunctie was, waardoor je dingen kwijt kunt en kunt opslaan. *'Je kunt dan goed van je afschrijven'*. Echter bij het openen van het dagboek bleek het uiterlijk van de functie erg chaotisch over te komen. *'Misschien is het wel een kwestie van wennen'*.

Het taalgebruik in het programma vonden vrijwel alle patiënten prima. Er bleken geen ingewikkelde of moeilijke termen gebruikt te zijn. Wel gaven patiënten aan dat het niet voor iedereen prettig kan zijn om met 'je' aangesproken te worden. *'Misschien is dat ook wel ouderwets van mij'*.

Het gebruik van de verschillende opties in het programma kan in sommige gevallen lastig zijn, aldus de patiënten. Zo gaf men aan eerst een avond achter het programma te willen zitten om het te ontdekken. *'Uitvigilieren, een beetje snuffelen'*. Wel zouden patiënten het prettig vinden als alle functies duidelijk uitgelegd zouden worden en dat men consistent is in deze uitleg. Vooral omdat het niet voor iedereen even makkelijk is om met een computer te werken. *'Niet iedereen heeft voldoende computerkennis hiervoor. Ik ben niet iemand die veel op een pc doet, alleen mijn mail.'*

Als laatste was er ruimte voor aanbevelingen of opmerkingen over de informatie die aanwezig is binnen het programma. Tot zover mogelijk de patiënten het konden beoordelen, hebben zij aangegeven genoeg informatie te kunnen vinden. *'Bijvoorbeeld soorten depressie.'* De informatie zou duidelijk en helder zijn. Niet te uitgebreid en ook niet te miniem. Wel werd de aanbeveling gedaan dat het voor mensen die meer geïnteresseerd zijn, handig is om meer informatie te kunnen vinden. Deze optie zou nog ontbreken. Er worden echter wel literatuursuggesties gedaan binnen het programma. Één patiënt gaf aan nog andere informatie te missen. Zo staat niet in het programma wie Dimence is en wat zij doen. *'Het liefst zie ik het werkgebied en doelstellingen er ook in.'* Ook werd aangegeven dat je makkelijk terug kan kijken naar informatie en dat je je dat eerst moet aanleren. *'Al doende leert men.'* Voor een

samenvatting van alle problemen die zijn ontdekt in dit onderzoek, wordt verwezen naar tabel 1. In deze tabel is geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende scenario's waarin deze problemen naar voren zijn gekomen.

Tabel 1: Samenvatting van de problemen met een korte omschrijving

Soort probleem	Omschrijving
Problemen met de gebruikersvriendelijkheid	Foutmelding tijdens inloggen 'Help' functie niet te vinden Hoeveelheid tekst Illustratie niet passend Kleur en achtergrond Manier van opsomming Niet duidelijk dat feedback meteen verschijnt Niet logisch eerst opslaan en dan versturen Optie 'reageren op feedback' ontbreekt Onopvallende overgang Taalgebruik Uitleg met behulp van Illustraties Vormgeving
Problemen met de kwaliteit van communicatie	Lengte en inhoud van tekst bij feedback
Implementatieproblemen	Aanklikken optie 'Feedback ontvangen' Ervaring met computers Gebruik optie 'vorige' Optie 'Taken' Optie 'Mijn profiel' niet duidelijk te vinden Onduidelijk hoe je bij opdrachten komt Onduidelijk verschil tussen 'gesprek' en 'bericht' 'TAB' functie werkt niet Uitleg extra functies ontbreekt Volgorde niet altijd logisch

Conclusie en Discussie

In dit hoofdstuk zullen de conclusies en limitaties van dit onderzoek worden besproken. Dit hoofdstuk zal eindigen met concrete aanbevelingen.

Conclusie

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een gebruikerstest. Patiënten met een depressieve stoornis, die reeds uit behandeling zijn, hebben 6 vooraf opgestelde scenario's doorlopen en moesten daarbij hardop nadenken en praten. Terugkomend op de onderzoeksvraag van dit onderzoek: *'Hoe beoordelen patiënten met een depressieve stoornis de gebruikersvriendelijkheid van een online psycho-educatie programma, zoals gebruikt bij Dimence te Almelo'*, is te concluderen dat de gebruikersvriendelijkheid op dit moment nog niet als voldoende kan worden beoordeeld. Patiënten met een depressieve stoornis lijken tijdens de behandeling behoefte te hebben aan structuur en duidelijkheid. Zij willen graag exact weten wat de bedoeling is en hoe zij dat kunnen doen en kunnen aanpakken. Deze structuur en duidelijkheid leek nogal eens te ontbreken in het online psycho-educatie programma. De navigatie in het programma bleek soms erg lastig, ook een duidelijk overzicht was niet altijd aanwezig binnen het programma. Daarnaast bleek dat er soms belangrijke uitleg van diverse functies ontbrak, dat zijn effect had op de gebruikersvriendelijkheid van het online psycho-educatie programma.

De resultaten van het onderzoek zijn onderverdeeld in problemen met de gebruikersvriendelijkheid, problemen met de kwaliteit van communicatie en implementatieproblemen (Nijland et al., 2008), zoals verder zal worden besproken.

Met betrekking tot de gebruikersvriendelijkheid valt op dat het programma niet altijd voldeed aan de verwachtingen. Een aantal functies ontbraken bijvoorbeeld naar mening van de patiënten. Het toevoegen of verbeteren van een aantal functies zou daarmee de gebruikersvriendelijkheid kunnen verbeteren. Daarnaast werd het kleurgebruik een aantal keer als 'te wit' betiteld. Ook het toepassen van plaatjes werd niet altijd even gewaardeerd. Een enkele keer was een plaatje niet toepasselijk (bijv. gezichtsloze man) of zorgde het plaatje juist voor verwarring (bijv. niet in overeenstemming met de bijhorende tekst). De lay-out van het programma bleek dus altijd niet altijd praktisch en/of mooi te zijn. Daarnaast kan het niet opvallen van de 'help' functie ook problemen opleveren. Hulp kan immers niet worden geboden bij het ontstaan van vragen, als men niet weet waar deze hulp te vinden is.

Over het algemeen vonden patiënten de informatie en de inhoud van het programma prima, waardoor aan de voorwaarden van kwaliteit van communicatie voldaan kon worden. Problemen tussen de behandelaar en patiënt werden niet verwacht. Het lijkt wel belangrijk om ervoor te zorgen dat er enige vorm van contact bestaat, face-to-face of via het online psycho-educatie programma. Patiënten gaven aan dat de feedback die ze ontvangen erg prettig is en dat het contact met de therapeut dan ook erg belangrijk is. Zo blijkt tevens uit onderzoek dat de therapeutische ondersteuning in online behandeling, die de patiënt erg belangrijk vindt, van groot belang is voor een klachtenreductie (Spek et al., 2007; Gellatly, Bower, Hennessy, Richards, Gilbody & Lovell, 2007).

De implementatieproblemen die in dit onderzoek naar voren zijn gekomen, zijn vooral terug te leiden naar problemen met de structuur en duidelijkheid. Het was vaak niet duidelijk wat men kon doen met het programma of waar men bepaalde functies kon vinden. Patiënten gaven aan dat je tijdens een depressie in zo'n situatie snel opgeeft en de behandeling mogelijk vroegtijdig beëindigt. Dit laatste lijkt in overeenstemming te zijn met eerder onderzoek. Eerder onderzoek geeft bijvoorbeeld aan dat patiënten met een depressieve stoornis mogelijk geneigd zijn online behandeling te staken wanneer de online behandeling erg veel inspanning vergt (bijv. door de oefeningen of de hoeveelheid tekst) (Andersson, Bergstrom, Hollandare, Carlbring, Kaldö & Ekselius, 2005). Andersson et al. (2005) geven dan ook aan dat een mogelijke oplossing hiervoor ligt in het aanpassen van de teksten en het toestaan van een langere behandelperiode. Ook de ervaring met computers en internet lijkt zijn effect te hebben op het gebruik van het online psycho-educatie programma. Indien er technische problemen voorkomen of wanneer men weinig kennis heeft van computers of internet, lijkt men eerder de behandeling te willen staken. Dit is overeenkomstig met eerder onderzoek (Lange, Van de Ven & Schrieken, 2003). De computerervaring speelt mogelijk een belangrijke rol bij het gebruik van het online psycho-educatie programma.

Concluderend lijkt het dat patiënten met een depressieve stoornis mogelijk meer begeleiding nodig hebben bij het doorlopen van zo'n online psycho-educatie programma dan in eerste instantie werd verwacht. Zij kijken mogelijk inderdaad anders aan tegen het online psycho-educatie programma dan de ontwikkelaars ervan. Om ervoor te zorgen dat patiënten de online behandeling voortzetten zullen er aanpassingen gedaan moeten worden om de gebruikersvriendelijkheid te verbeteren. Deze mogelijke verbeteringen zullen bij de aanbevelingen concreet aan bod komen.

Limitaties

In dit onderzoek is een gebruikerstest uitgevoerd. Nielsen (2000) heeft aangegeven dat het volstaat om met 5 proefpersonen een gebruikerstest uit te voeren. Hierbij zou ongeveer 80% van de problemen ontdekt kunnen worden. In dit onderzoek hebben 4 patiënten meegewerkt, wat zou kunnen betekenen dat niet alle relevante problemen ontdekt zijn (ongeveer 75%). De 4 patiënten die uiteindelijk hebben meegewerkt, zijn patiënten die reeds uit behandeling zijn voor een depressieve stoornis. Verdere achtergrondvariabelen van de patiënten zijn vanwege privacygevoeligheid onbekend, waardoor het de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten aantast. Patiënten die nog wel in behandeling zijn zouden namelijk andere problemen kunnen ontdekken in het programma. Echter, de patiënten in dit onderzoek zijn in zekere mate experts. De problemen die zij ontdekten relateerden zij vaak aan de periode waarin zij zelf depressieve klachten hadden. Daarnaast weegt het nadeel van het gebruik van (ex)patiënten niet op tegen het voordeel van het uit kunnen voeren van dit onderzoek, zonder de behandeling of therapeutische relatie van patiënten te belasten.

Het onderzoek lijkt in beperkte mate generaliseerbaar. De patiënten zijn allen in behandeling geweest bij Dimence Almelo, locatie Egbert Gorterstraat, waardoor de resultaten niet gegeneraliseerd mogen worden naar patiënten van andere locaties, instellingen of gemeenten. Vanwege de privacygevoeligheid is niet verder gevraagd naar de achtergrondvariabelen van de patiënten. Mogelijk hebben deze variabelen echter wel een rol gespeeld bij de totstandkoming van de onderzoeksresultaten, waardoor men voorzichtig moet zijn met het generaliseren van deze resultaten naar andere personen of situaties. Daarnaast is enkel het online psycho-educatie programma getest. Het overige deel van het online programma MindDistrict, waaronder de behandeling zelf, zijn daarbij buiten beschouwing gelaten. Concluderend dienen de resultaten van dit onderzoek met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Er kunnen echter wel aanbevelingen gedaan worden, teneinde de gebruikersvriendelijkheid van het online psycho-educatie programma te verbeteren.

Aanbevelingen

Terugkomend op de inleiding van dit onderzoek, lijken depressieve patiënten inderdaad anders te kijken naar de module bewustwording (MindDistrict) in vergelijking met de ontwikkelaars van het programma. Om de gebruikersvriendelijkheid te verbeteren en drop out tegen te gaan, lijkt verstandig om het online psycho-educatie programma aan te passen aan de eindgebruiker, mogelijk door een meer 'user-centered' benadering aan te nemen (Mauro,

2009). Het online psycho-educatie programma (module bewustwording van MindDistrict) lijkt namelijk onderhevig te zijn aan een aantal problemen die de gebruikersvriendelijkheid doen verminderen. Patiënten met een depressieve stoornis vinden het online psycho-educatie programma op een aantal punten lastig in het gebruik. Een oplossing hiervoor zou kunnen zijn dat behandelaar en patiënt bij aanvang van de online psycho-educatie module een aantal scenario's samen doorlopen. Op deze manier zouden problemen tijdig kunnen worden opgespoord en samen kunnen worden opgelost. Een andere manier om het programma te verbeteren is het samenstellen van een panel van experts, die bestaat uit patiënten met een depressieve stoornis. Tezamen met dit panel zouden verbeteringen bedacht en uiteindelijk getest kunnen worden. Op deze manier zou een meer user-centered design toegepast kunnen worden (Mauro, 2009). Mogelijk kan ook gedacht worden aan het aanbieden van een korte algemene computertraining voor patiënten die het lastig vinden om met het internet en computers te werken. Mogelijk zou met deze ingrepen het drop out percentage van online behandeling kunnen dalen.

Dimence zou daarnaast verbeteringen kunnen aanbrengen aan het online psycho-educatie programma door in eerste instantie de problemen die in dit onderzoek naar boven zijn gekomen te verbeteren. Concreet zou dat neerkomen op de volgende verbeteringen:

- Alle functies van het programma uitleggen op de startpagina, inclusief de 'Help' functie en de 'Extra functies'.
- Informatie op de startpagina overzichtelijker maken. Mogelijk door het toevoegen van een duidelijke en opvallende inhoudsopgave. Bijvoorbeeld met subkopjes als: Mijn Profiel, Een nieuwe taak, Een bericht versturen, Nieuwe opdracht, Feedback, Veel gestelde vragen, Over Dimence, etc.
- Bij het aangeven van subkopjes, duidelijk aangeven van welk hoofdstuk deze onderdeel zijn. Daarbij gebruik maken van een verticale manier van opsommen.
- Een pagina toevoegen met informatie over de instelling Dimence; werkgebied, missie en visie.
- Illustraties bij de uitleg verbeteren; hanteer een stapsgewijze uitleg. Leg per stap uit wat men kan doen en hoe dat moet. Ook het vinden van de nieuwe oefening moet tot deze uitleg behoren. Liever kleine screenshots toevoegen van de diverse stappen, dan alle stappen verwerken in één plaatje.

- Verbeter het plaatje op de startpagina waarin het proces van het programma staat uitgelegd. Zorg ervoor dat in het plaatje staat aangegeven dat de feedback volgt na de oefening, en niet tussen informatie en oefening in, zoals het nu staat aangegeven.
- De optie ‘Mijn Profiel’ even groot maken als ‘Behandelaarinformatie’ en deze in dezelfde kolom aan de rechterkant verwerken.
- De profielgegevens in ‘Mijn Profiel’ rechts uitlijnen in plaats van gecentreerd uitlijnen.
- Optie ‘reageren op feedback’ toevoegen bij feedback.
- Aanklikken van de optie ‘Je hebt feedback ontvangen’ makkelijker maken. Laat het handje verschijnen op de gehele zin en niet alleen op het woordje ‘feedback’ in deze zin.
- Knoppen zoals gebruikt op het toetsenbord en op het internet laten corresponderen binnen het programma (knoppen ‘vorige’ en ‘Tab’).
- Help knop verduidelijken, maak deze groter en vervang het vraagteken door ‘Help’, zodat deze meer opvalt.
- Het verschil tussen de functies ‘Taken’ en ‘Inbox’ verhelderen. Mogelijk door hier informatie over op te zetten op de startpagina.

Tot slot lijkt het verstandig verder onderzoek in te zetten naar de gebruikersvriendelijkheid van de module bewustwording (MindDistrict) bij andere specifieke diagnosegroepen. Ook wordt aanbevolen nogmaals een gebruikerstest te doen bij patiënten met een depressieve stoornissen, nadat de verbeteringen zoals in de onderzoek zijn aangehaald, zijn doorgevoerd. Het ontwikkelen van het programma blijft immers een iteratief proces (Mauro, 2009).

Referenties

- Andersson, G., Bergstrom, J., Hollandare, F., Carlbring, P., Kaldø, V. & Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 187, 456-461.
- Bijl, R.V. & Ravelli, A. (2000). Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological Medicine*, 30, 57-668.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M. & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Dooley, D. (2001). *Social Research Methods*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall.
- Eysenbach, G. (2005). The Law of Attrition. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1), e11.
- Freeman, B. (2011). *Triggered Think-Aloud Protocol: Using Eye Tracking to Improve Usability Test Moderation*. New York: ACM.
- Gellatly, J., Bower, P., Hennessy, S., Richards, D., Gilbody, S. & Lovell, K. (2007). What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*, 7, 1217-1228.
- Gerhards, S.A., Graaf, de, L.E., Jacobs, L.E., Severens, J.L., Huibers, M.J., Amtz, A., Riper, H., Widdershoven, G., Metsemakers, J.F. & Evers, S.M. (2010). Economic evaluation of online computerized cognitive-behavioural therapy without support for depression in primary care: randomized trial. *British Journal of Psychiatry*, 196, 310-318.
- Holman, A.J., Serfaty, M.A., Baptiste, E.L. & King, M.B. (2011). Cost-effectiveness of cognitive behavior therapy versus talking and usual care for depressed older people in primary care. *BMC Health Services Research*, 11(1), 11-33.
- Hölzel, L., Härter, M., Reese, C. & Kriston, L. (2011). Risk factor for chronic depression – A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 129, 1-13.

Kocsis, J.H., Gelenberg, A.J., Rothbaum, B., Klein, D.N., Trivedi, M.H., Manber, R., Keller, M.B., Howland, R. & Thase, M.E. (2008). Chronic forms of major depression are still undertreated in the 21st century: Systematic assessment of 801 patients presenting for treatment. *Journal of Affective Disorders*, 110, 55–61.

Lange, A., Van de Ven, J.-P. & Schriecken, B. (2003). Interapy: Treatment of post-traumatic stress via the internet. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32(3), 110–124.

Mauro, A. (2009). Patient-Centered E-Health Design. In E.V. Wilson (Ed.), *Patient-Centered E-Health*: Medical Info Science Reference.

Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (eerste revisie). (2010). <http://www.ggzrichtlijnen.nl/>.

Nielsen, J. (2000). “Why You Only Need to Test With 5 Users”, Alertbox op <http://www.useit.com/alertbox/20000319.html>, geraadpleegd op 28/4/2011.

Nijland, N., Gemert-Pijnen, van, J.E.W.C., 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*, 10(2), e13.

Ormel, J. (1999). De rol van levensgebeurtenissen, persoonlijkheid en erfelijkheid. In J.A. den Boer e.a. (red.), *Handboek stemmingsstoornissen*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

RIVM. (2008). *Kosten van Ziekten 2005*. Bilthoven: RIVM.

RIVM. (2010). *Het aantal gevallen of personen met een bepaalde ziekte op een bepaald moment (punt-prevalentie) of in een bepaalde periode, bijvoorbeeld per jaar (periode-prevalentie), absoluut of relatief*. Bilthoven: RIVM.

Rotondi, A.J., Sinkule, J., Haas, G.L., Spring, M.B., Litschge, C.M., Newhill, C.E., Ganguli, R. & Anderson, C.M. (2007). Designing websites for persons with cognitive deficits: Design and usability of a psychoeducational intervention for persons with severe mental illness. *Psychological Services*, 4(3), 202-224.

Simons, A.D., Padesky, C.A., Montemaranò, J., Lewis, C.C., Murakami, J., Lamb, K., DeViny, S., Reid, M., Smith, D.A. & Beck, A.T. (2010). Training and dissemination of cognitive behavior therapy for depression in adults: A preliminary examination of therapist

competence and client outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 751-756.

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

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. *Journal of Medical Internet Research*, 10(1), e7.p1.

Sullivan, P.F., Neale, M.C. & Kendler, K.S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: A review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552-1562.

Vandereycken., W., Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp, P.M.G. (2008). *Handboek Psychopathologie, Deel 1 Basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Wade, T.D. & Kendler, K.S. (2000). The relationship between social support and major depression: Cross-sectional, longitudinal, and genetic perspectives. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 188, 251-258.

Waller, R. & Gilbody, S. (2009). Barriers to the uptake of computerized cognitive behavioural therapy: A systematic review of the quantitative en qualitative evidence. *Psychological Medicine*, 39, 705-712.

Bijlage

Bijlage 1: Scenario's

<u>Opdracht</u>	<u>Onderdeel van Minddistrict dat getest wordt</u>
Typ u het volgende internetadres is : http://oefenomgevinga1.e-behandeling.nl/ Meldt u aan bij het programma met de volgende inloggegevens: Gebruikersnaam: ***** Wachtwoord: *****	Inlogpagina → inloggen
Bekijken van startpagina: Kijkt u eens rustig rond.	Startpagina → Bekijken startpagina
U wilt nu graag controleren of de profielgegevens goed zijn doorgekomen. U wilt kijken of er wel in staat dat u van Turkse afkomst bent. Ook wilt u graag uw profielfoto wijzigen. Kunt u laten zien hoe u dit zou doen?	Profielpagina → Raadplegen profiel informatie → Wijzigen profielfoto
Je behandelaar heeft feedback (commentaar) gegeven op een opdracht. Kunt u laten zien wat u nu zou doen?	Taken functie → Feedback lezen
Na het lezen van de feedback heb je een vraag die je wil stellen aan je behandelaar. Je snapt niet goed wat je behandelaar precies bedoeld in zijn uitleg. Kunt u laten zien wat u nu zou doen?	Berichten functie → Bericht versturen
Uw therapeut heeft onlangs contact met u opgenomen met de vraag of u een nieuwe opdracht wil gaan maken. Kunt u laten zien wat u nu moet doen?	Taken functie → Nieuwe opdracht maken