

Een inventarisatie naar de wensen en behoeften van psychologen in de generalistische basis ggz ten aanzien van de inzet van eHealth binnen depressiezorg



Thinking inside the eHealth Box

Een inventarisatie naar de wensen en behoeften van psychologen in de generalistische basis ggz ten aanzien van de inzet van eHealth binnen depressiezorg

Auteur:	Katja Holtkamp
Studentnummer:	1387448
Opleiding	Gezondheidspsychologie
Instelling:	Universiteit Twente, Enschede Faculteit Gedragwetenschappen Vakgroep Psychologie, Gezondheid & Technologie In opdracht van Raadthuys Psychologen
Begeleiders:	Dr. Annemarie Braakman-Jansen (Universiteit Twente) Dr. Olga Kulyk (Universiteit Twente) Drs. Désirée Krol (Raadthuys Psychologen)
Plaats en datum:	Enschede, 1 maart 2015

SUMMARY

Background: Health insurance companies increasingly demand that eHealth, the application of information and communication technology in support of health and health-related fields, plays a major role in health care. From the beginning of 2015, Raadthuys Psychologen is bound to provide 20% of its health care in the form of eHealth. However, since many projects fail during the experimental phase, it was necessary to first get an understanding of how psychologists think about the integration of eHealth within primary care. In this study, the focus was set on the deployment of eHealth within depression care.

Objective: Aim of this study was to get an insight in how eHealth can be integrated into the regular primary care of patients with depressive symptoms. For this purpose, psychologists of Raadthuys Psychologen were asked about their needs and expectations regarding the application of eHealth.

Methods: The study was conducted in two phases. During the first one, the exploratory phase, individual interviews were held with six psychologists to get a better understanding of the organization of depression care, as well as the opinions of psychologists concerning the provided care and the use of eHealth. In the second phase, information from the first round has been translated into persuasive and technical requirements for an eHealth application. A focus group was organized to present low-fidelity prototypes to a sample group of (potential) users. In addition, card sorting was used to involve the (potential) users in the design process of the information structure.

Results: The results have shown that the psychologists have different views about how eHealth can be applied. The following needs are expressed: an online portal that contains digital treatment information and homework assignments, an application that simplifies the process of establishing a treatment plan, and a tool that facilitates the communication among health care providers. Irrespective of which tool will be developed, the psychologists want the tool to contain intervention requirements, similar to primary task support (e.g. social facilitation and social learning) and social support (e.g. self-monitoring and personalization).

Conclusion: Communication seems to be an important key factor that can contribute to solving impeding factors of the care process, like difficulties with making treatment choices and the lack of consultation. In this sense, it is recommended that Raadthuys Psychologen uses video chat systems, to improve the process of exchanging information. Therefore, it is also possible to make use of already existing tools, provided that they meet the required design elements.

SAMENVATTING

Achtergrond: Zorgverzekeraars eisen steeds vaker dat eHealth, de toepassing van informatie- en communicatietechnologie ten dienste van de gezondheidszorg, een belangrijke rol in het zorgproces krijgt toebedeeld. Vanaf 2015 is ook Raadthuys Psychologen verplicht om 20% van hun zorg in de vorm van eHealth aan te bieden. Echter, doordat veel projecten de experimentele fase niet overleven, was het belangrijk om eerst inzicht te krijgen in hoe hulpverleners tegenover het gebruik van eHealth staan. Binnen Raadthuys Psychologen werd hierbij de focus gelegd op de inzet van eHealth binnen de zorg aan patiënten met depressie.

Doel: Doel van het onderzoek was vast te stellen op welke manier eHealth geïntegreerd kan worden in de reguliere zorg aan patiënten met depressieve klachten binnen de generalistische basis ggz. Hiervoor werden de medewerkers van Raadthuys Psychologen naar hun wensen en behoeften ten aanzien van de inzet van eHealth gevraagd.

Methode: Het onderzoek werd uitgevoerd in twee fasen. In de eerste verkennende fase hebben individuele interviews met zes psychologen plaatsgevonden om een beeld te krijgen van de opbouw van het zorgtraject, evenals de meningen van medewerkers ten aanzien van het zorgtraject en het gebruik van eHealth hierin. In de tweede fase werd de informatie uit de eerste fase vertaald naar persuasieve en technische elementen van een eHealth toepassing. Hiervoor werden prototypes in een focusgroep aan medewerkers voorgelegd en getoetst. Verder werden de medewerkers door middel van card sorting betrokken bij de vormgeving van de opbouw en structuur van een toepassing.

Resultaten: Volgens de medewerkers worden kansen voor de inzet van eHealth vooral gezien in de vorm van: een online portaal met digitale behandelinformatie en opdrachten, een applicatie voor het opstellen van behandelplannen en een tool ter bevordering van de behandelinhoudelijke communicatie. Persuasieve design elementen, die door de medewerkers als belangrijk werden ervaren en bij de ontwikkeling van een tool in aanmerking genomen moeten worden, zijn primary support functies, in de vorm van self-monitoring en personalization, evenals social support functies, als social facilitation en social learning.

Conclusie: Binnen Raadthuys Psychologen lijkt communicatie een belangrijke sleutelfactor te zijn, die een bijdrage kan leveren aan het oplossen van belemmerende factoren van het zorgproces, als moeite met het maken van behandelkeuzes en een gebrek aan overleg. Daarom wordt aanbevolen dat de praktijk gebruik maakt van een videochat systeem, ter verbetering van de onderlinge informatie-uitwisseling. Er kan hiervoor een beroep worden gedaan op reeds bestaande tool, mits deze voldoen aan de door de medewerkers geuite ontwerp-eisen.

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING	1
1.1 Depressie: prevalentie, symptomen, prognose en ziektelast	1
1.2 Adequate depressiezorg: een groeiende uitdaging voor de sector gezondheidszorg	2
1.3 Veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg	2
1.4 Verhoogde druk op generalistische basis ggz door nieuwe organisatie van zorg	6
1.5 eHealth in opkomst	7
1.6 Dimensies van eHealth	8
1.6.1 <i>Het zorgproces</i>	8
1.6.2 <i>De gebruiker</i>	9
1.6.3 <i>De technologie</i>	10
1.7 Mogelijkheden van eHealth	10
1.8 Stijgend belang van eHealth	11
1.9 eHealth aanbod binnen depressiezorg	12
1.10 De moeilijkheid der keuze	18
1.11 Human Centered Design	20
1.12 Aandacht voor holisme	20
1.13 CeHRes roadmap	21
1.14 Persuasive System Design	22
1.15 Vertaalslag naar de praktijk	23
1.16 Implementatie van eHealth binnen de generalistische basis ggz	24
1.17 De stakeholders	25
1.18 Onderzoeksdoel en onderzoeksvragen	26
2. METHODE	27
2.1 Setting	27
2.2 Onderzoeksproces	27
2.2.1 <i>Werving en toestemming</i>	28
2.2.2 <i>Individuele interviews</i>	28
2.2.2.1 <i>Design en procedure</i>	28
2.2.2.2 <i>Data analyse</i>	30
2.2.3 <i>Vorbereiding Card Sorting</i>	31
2.2.4 <i>Ontwikkeling Prototypen</i>	31
2.2.5 <i>Focusgroep</i>	32
2.2.5.1 <i>Design en procedure</i>	32
2.2.5.2 <i>Data-analyse (audio-opnames)</i>	34
2.2.5.3 <i>Data-analyse (Card Sorting)</i>	35

3. RESULTATEN	38
3.1 Individuele interviews	38
3.1.1 <i>Participanten</i>	38
3.1.2 <i>Opbouw van het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten</i>	39
3.1.2.1 <i>Het zorgtraject vanuit managementperspectief</i>	39
3.1.2.2 <i>Het zorgtraject vanuit de gz-psycholoog i.o., werkzaam op maximaal twee locaties</i>	42
3.1.2.3 <i>Het zorgtraject vanuit de gz-psycholoog (i.o.), werkzaam op twee of meer locaties</i>	44
3.1.2.4 <i>Vergelijking van de drie perspectieven</i>	47
3.1.3 <i>Taken van de gz-psycholoog binnen het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten</i>	49
3.1.4 <i>Positieve factoren met betrekking tot de zorgprocessen in het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten</i>	51
3.1.5 <i>Belemmerende factoren met betrekking tot de zorgprocessen in het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten</i>	53
3.1.6 <i>Verbeterpunten met betrekking tot de verschillende zorgprocessen in het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten</i>	55
3.1.7 <i>eHealth gebruik binnen Raadthuys Psychologen</i>	57
3.1.8 <i>Voordelen met betrekking tot de toepassing van eHealth binnen het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten</i>	58
3.1.9 <i>Barrières met betrekking tot de toepassing van eHealth binnen het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten</i>	60
3.1.10 <i>Mogelijkheden voor de inzet van eHealth binnen het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten</i>	62
3.2 Paper prototypes.....	65
3.2.1 <i>eHealth behandelprogramma's ter ondersteuning van het primaire zorgproces</i>	66
3.2.2 <i>eLearning tools ter ondersteuning van het secundaire zorgproces</i>	71
3.3 Focusgroep	77
3.3.1 <i>Participanten</i>	77
3.3.2 <i>Groepering Card Sorting</i>	78
3.3.3 <i>Presentatie Prototypen</i>	79
3.3.4 <i>Prioritering Card Sorting</i>	81
3.3.5 <i>Individuele Resultaten Card Sorting</i>	82
3.3.6 <i>Vergelijking van de resultaten</i>	84
4. CONCLUSIE	85

5. DISCUSSIE.....	86
5.1 Resultaten in context van de literatuur	86
5.2 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie van het onderzoek	89
6. REFLECTIE EN AANBEVELINGEN	90
DANKWOORD	93
LITERATUURLIJST	94
BIJLAGEN.....	104
Bijlage I – Informatiebrochure.....	104
Bijlage II – Toestemmingsverklaring	106
Bijlage III - Interviewschema	107
Bijlage IV – Voorbeelden eHealth applicaties.....	109
Bijlage V – Card Sorting.....	113
Bijlage VI – Presentatie paper prototypes	114
Bijlage VII – Draaiboek Focusgroep	118
Bijlage VIII – Resultaten Card Sorting.....	120

1. INLEIDING

1.1 Depressie: prevalentie, symptomen, prognose en ziektelast

Depressie geldt als de meest gediagnosticeerde mentale stoornis bij volwassenen (Richards, 2011) en heeft een enorme impact op de wereldwijde ziektelast. In totaal wordt ervan uitgegaan dat ongeveer 350 miljoen mensen bekend zijn met depressieve klachten (Marcus, Yasamy, Van Ommeren, Chisholm & Saxena, 2012).

Ook in Nederland is depressie een veelvoorkomende psychische stoornis. Dit blijkt uit de resultaten van de NEMESIS-2, de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study, waarin wordt aangetoond dat ongeveer 18,7% van de volwassen Nederlandse bevolking tot 65 jaar ooit in het leven met een depressieve stoornis te kampen heeft gehad (De Graaf, Ten Have & Van Dorsselaer, 2010). Onder vrouwen komt de ziekte vaker voor dan onder mannen. Zo heeft bijna een kwart van de vrouwen (24,3%) ooit in het leven een depressieve stoornis gehad, tegenover 13,1% van de mannen (Hardeman, Van de Sande, Inklaar & Zuidweg, 2012). Op jaarbasis lijden ongeveer 797.000 mensen vanaf 13 jaar aan een depressie (Conijn & Ruiter, 2011).

Kenmerkend voor een depressie zijn vooral een sombere stemming, lusteloosheid en een verlies aan interesse (Riper, Van Ballegooijen, Kooistra, De Wit & Donker, 2013). Volgens de DSM-IV is er sprake van een depressie wanneer iemand gedurende ten minste twee weken minimaal last heeft van een zeer neerslachtige stemming gedurende het grootste deel van de dag en / of een ernstig verlies van interesse in (bijna) alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag. Daarnaast heeft iemand met een depressie minimaal drie of vier van de navolgende symptomen (Spijker, Schoemaker & Penninx, 2013): eetproblemen en / of gewichtsverandering, slaapproblemen, geagiteerd of geremd gedrag, vermoeidheid en verlies van energie, gevoelens van waardeloosheid of overmatige schuld, concentratieproblemen en / of besluiteloosheid en / of terugkerende gedachten aan de dood of zelfdoding.

Prognoses voor depressie zijn slecht: in Nederland vormt deze stoornis een van de meest invaliderende ziektes en wordt geassocieerd met vroegtijdig overlijden. Vanuit economisch oogpunt gaat depressie gepaard met hoge kosten. Naar schattingen is er sprake van € 1,5 miljard, die veroorzaakt zijn in zowel de gezondheidszorg, als ook de arbeidsproductieve sfeer (Conijn & Ruiter, 2011). Dit zorgt er voor dat depressie onder de top-tien van ziekten met een hoge ziektelast valt. Mathers en Loncar (2006) gaan er zelfs van uit dat depressie in 2030 het toppunt vormt van deze lijst; in ieder geval wanneer het gaat om

rijke, ontwikkelde landen, waar ook Nederland toe behoort. Op de wereldwijde lijst zal depressie op de tweede plaats komen, na ziektes als HIV en Aids.

1.2 Adequate depressiezorg: een groeiende uitdaging voor de sector gezondheidszorg

De stijgende ziektelast onderstreept het belang om maatregelen te nemen tegen depressie. Weliswaar kan een depressie vanzelf weer verdwijnen, maar mensen met meerdere depressieve klachten hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van een depressie (Hardeman et al., 2012). Vroege preventie, opsporing en behandeling van de ziekte zijn dus noodzakelijk. Problematisch is echter, dat het voor het personeel in de gezondheidszorg in toekomst steeds moeilijker zal worden om aan de groeiende zorgvraag te kunnen voldoen. Al in de afgelopen decennia is het zorggebruik enorm gestegen (De Lely, 2012) en de verwachting is dat de zorgvraag in de toekomst nog meer zal toenemen. Vooral demografische veranderingen, zoals veroudering, zorgen voor een steeds groter aantal depressiepatiënten (De Groot, Hermans & De Lange, 2013). Al in 2014 bestond de Nederlandse bevolking voor ongeveer 18% uit 65-plussers en in 2040 zal dit percentage zelfs stijgen naar 26%, wat neerkomt op circa 4,8 miljoen mensen (Van Duin & Stoeldraijer, 2014). Als reden voor een stijgende levensverwachting wordt vooral de medische vooruitgang genoemd. Deze zorgt ervoor dat ziektes steeds beter voorkomen, genezen en beheerst kunnen worden, wat wederom leidt tot een afname in sterfte. Toch kan een hogere levensverwachting niet automatisch als gezondheidswinst worden gezien (Post, 2003). Met de leeftijd stijgt ook de kwetsbaarheid voor (chronische) ziektes (Fried, 2000; Lutz, Sanderson & Scherbov, 2008). Dit blijkt ook uit de aanzienlijke jaarlijkse instroom van nieuwe gevallen depressiepatiënten. Elk jaar krijgen rond 2,7% van de volwassenen tot 65 jaar en 2,8% van de generatie 65-plussers voor het eerst een depressie. In totaal zijn dit 365.000 nieuwe gevallen (Conijn & Ruiter, 2011). Hier komt nog eens bij dat de drempel tot zorg door de verhoogde toegankelijkheid van de sector ggz enorm wordt verlaagd, waardoor het aantal patiënten steeds meer stijgt (Bijenhof, Folkertsma, Kommer, Slobbe, & Polder, 2012).

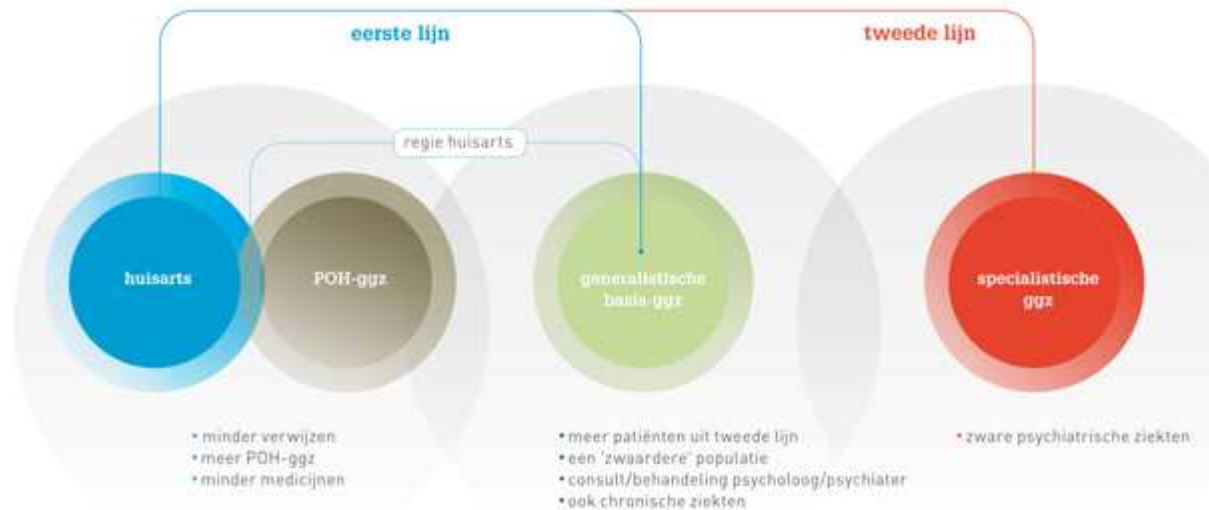
1.3 Veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg

Vanaf 2014 is de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg ingrijpend veranderd (Maassen, 2013). Dit met als doel dat meer patiënten in de eerste lijn blijven. Hiervoor is de eerstelijnspsychologische zorg opgesplitst in de huisartsenzorg met praktijkondersteuning ggz

en de generalistische basis ggz. Daarnaast bestaat er de gespecialiseerde ggz (voorheen de tweedelijns ggz) (zie figuur 1).

Nieuwe organisatie ggz vanaf 2014

Een patiënt komt in eerste instantie bij de huisarts terecht, die ondersteund wordt door de POH-ggz. Als de huisarts de patiënt niet kan helpen, kan hij hem binnen de eerste lijn doorverwijzen naar de generalistische basis-ggz, mits er een DSM-diagnose is. De huisarts houdt in dat geval de regie. Bij zware psychiatrische problematiek verwijst de huisarts door naar de specialistische ggz.



Figuur 1 Nieuwe organisatie ggz vanaf 2014 (Maassen, 2013)

Het is de bedoeling dat patiënten voor de behandeling van hun psychische klachten in eerste instantie bij de huisarts terechtkomen, of diens POH-ggz (praktijkondersteuner huisarts ggz) (Trimbos-instituut, 2012). Voor een adequate behandeling van mensen met een depressieve stoornis, heeft Stichting Eerstelijns Zorg Midden Betuwe het “Zorgprogramma Depressie bij Volwassenen” ontwikkeld (Hardeman et al., 2012). Hierin wordt uitleg gegeven over het samenwerkingsproces op het gebied van depressiezorg tussen alle betrokken hulpverleners van preventie tot en met nazorg.

In het begin staat vroege onderkenning. Wanneer een patiënt voldoet aan de screeningscriteria van een depressie, dient de hulpverlener een screening uit te voeren aan de hand van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL). Indien er sprake is van beginnende klachten, die (nog) niet voldoen aan de criteria van een depressie, dan wordt geïndiceerde preventie verleend. Deze bestaat uit ondersteunende- en adviesgesprekken met een hulpverlener, evenals zelfhulp- en zelfmanagementinterventies in de vorm van (online-) cursussen (Hardeman et al., 2012). De huisarts kan hiervoor doorverwijzen naar een POH-ggz.

Onder het takenpakket van een POH-ggz vallen onder andere de volgende activiteiten:

probleemverheldering en uitvoering van screeningsdiagnostiek, het opstellen en bespreken van een vervolgstappenplan, het geven van psycho-educatie, begeleiding en / of ondersteuning van zelfmanagement, de uitvoering van interventies gericht op verbetering in functioneren van de patiënt met psychische klachten, evenals het verlenen van geïndiceerde-, zorggerelateerde-, en terugvalpreventie (Bakker & Jansen, 2013). Wanneer een behandeling door de POH-ggz wordt uitgevoerd, is de huisarts hier nog steeds inhoudelijk verantwoordelijk voor. In die zin dient de POH-ggz korte lijnen te hebben met de huisarts (Schipper, 2013).

Wanneer de screeningsresultaten echter wijzen op de (ontwikkeling) van een depressie, dan volgt een systematische diagnostiek om de aard en ernst van de klachten te bepalen (Hardeman et al., 2012). Dit dient door een daarvoor bevoegde zorgverlener op basis van klinisch onderzoek te geschieden. Zelfinvulvragenlijsten, zoals de Beck Depression Inventory (BDI) en de Geriatric Depression Scale (GDS), maken onderdeel uit van dit proces en worden gebruikt als diagnostisch instrument. De klachten worden uitgevraagd en geclassificeerd volgens het classificatiesysteem voor psychische aandoeningen, de DSM-IV. Voor het diagnoseproces kan een beroep worden gedaan op aanvullende diagnostiek of consultatie bij een eerstelijns psycholoog of een psychiater (Hardeman et al., 2012).

Nadat de diagnose duidelijk is, bepalen cliënt en huisarts samen hoe de behandeling eruit zal komen te zien en welke doelen worden nagestreeft. De gemaakte afspraken worden opgeslagen in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) in het medisch dossier van de cliënt. Verder wordt vastgelegd welke verantwoordelijkheden elke partij heeft (waaronder ook eventuele andere hulpverleners). Voor de bepaling van de juiste zorg, kan de huisarts de cliënt toewijzen aan één van vier bestaande profielen (Hardeman et al., 2012):

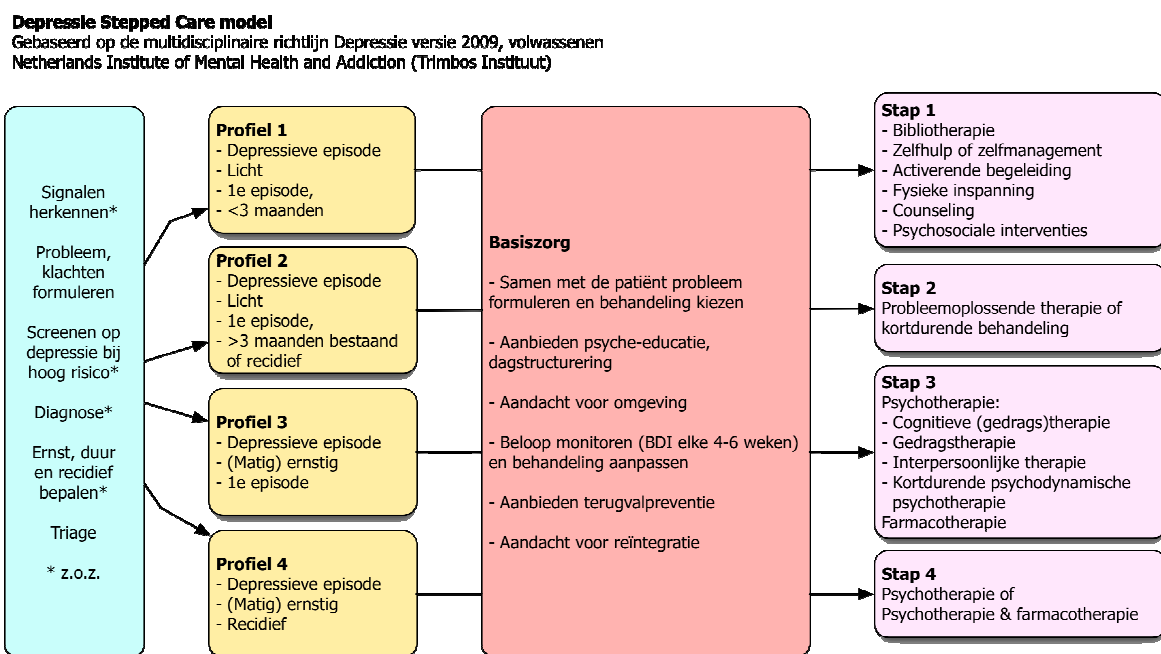
- o Profiel 1: Patiënt wordt behandeld door huisarts.
- o Profiel 2: Patiënt wordt behandeld door huisarts, praktijkondersteuner ggz of generalistische basis ggz.
- o Profiel 3: Patiënt wordt behandeld door generalistische basis ggz.
Huisarts doet de farmacotherapie.
- o Profiel 4: Patiënt wordt behandeld door gespecialiseerde ggz.

De inhoud van de behandeling verschilt per profiel (zie figuur 2). Globaal is de zorg gericht op activatie (lichamelijke beweging) en het herkennen en veranderen van negatieve gedachten in helpende gedachten (Molenaar, Don, Van den Bout, Sterk & Dekker, 2009). Indien zowel de huisarts als ook de POH-ggz een patiënt onvoldoende kan behandelen, kan deze worden doorverwezen naar een zorgverlener in de generalistische basis ggz (gbggz) of de

gespecialiseerde ggz (gggz). Een noodzakelijke voorwaarde hiervoor is het vermoeden van een DSM-benoemde stoornis. De aard van de doorverwijzing is op haar beurt afhankelijk van de ernst, complexiteit en het risico van de problematiek, evenals het beloop van de klachten. Patiënten met lichte en matige problematiek worden behandeld binnen de gbggz, terwijl de gggz bestemd is voor patiënten met een hoog risico en of (zeer) complexe aandoeningen. Voor een adequate verwijzing kan de huisarts gebruik maken van het verwijfsmodel huisartsenzorg, bestaande uit een vijftal beoordelingsaspecten (Schipper, 2013).

1. Is er een vermoeden van een DSM benoemde stoornis?
2. Ernst problematiek: wat is de impact op het dagelijks functioneren?
3. Complexiteit van de problematiek: is er sprake van comorbiditeit?
4. Het risico: is er sprake van zelfverwaarlozing, verwaarlozing van naasten, suïcideneigingen, kindermishandeling?
5. Het beloop van de klachten: wat is de duur van de klachten?

Gedurende de behandeling zelf wordt het ziektebeloop gevolgd door elke 4-6 weken de BDI af te nemen. De huisarts vertegenwoordigt de centrale zorgverlener, als het gaat om begeleiding en ondersteuning. Hij houdt zicht op de multidisciplinaire zorgverlening. Aan het einde van de behandeling staat het proces van re-integratie en bevordering van maatschappelijke participatie. Hiervoor wordt een patiënt verwezen naar het Algemeen Maatschappelijk Werk, de gemeente, arbo-arts of vrijwilligerswerk (Hardeman et al., 2012).

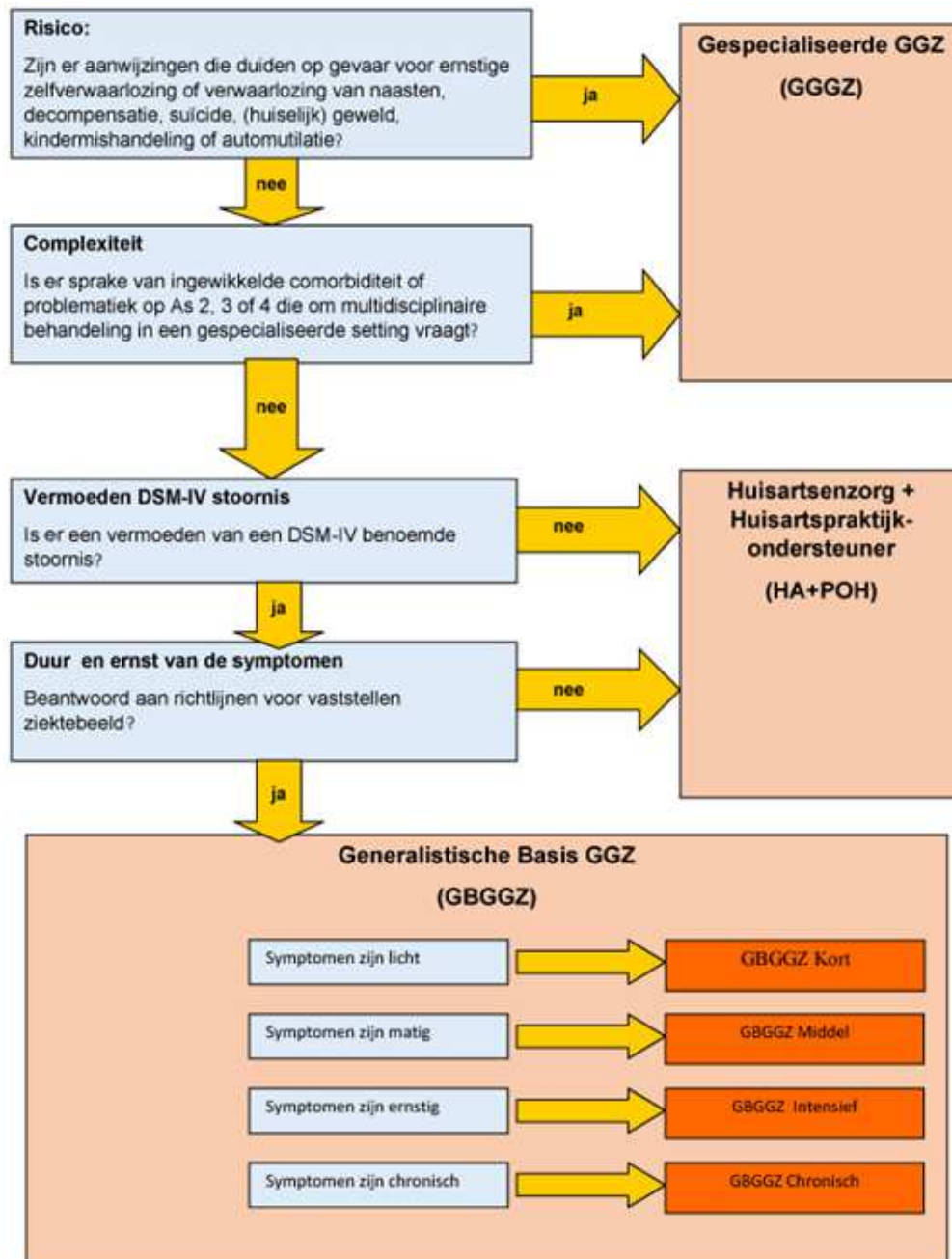


Figuur 2 Depressie Stepped Care model (Hardeman et al., 2012)

1.4 Verhoogde druk op generalistische basis ggz door nieuwe organisatie van zorg

De gbggz komt in beeld wanneer de huisarts de patiënt niet kan helpen en ervoor kiest om hem binnen de eerste lijn door te verwijzen. De gbggz is onder te verdelen in vier zorgcategorieën variërend van behandeling voor patiënten met lichte, matige, ernstige of instabiele / chronische problematiek (zie figuur 3). De specifieke zorgcategorie, waarvoor iemand in aanmerking komt, is afhankelijk van de aandoening en leefsituatie van een patiënt. Door het aanbod aan verschillende zorgvraagzwaarteproducten kunnen binnen de gbggz meer patiënten met een zwaardere psychische problematiek worden behandeld, dan dat het voorheen in de eerstelijns psychologische zorg het geval was (Bakker & Jansen, 2013). Daarom wordt psychologische hulp sinds het veranderde gezondheidsbeleid in 2014 ook vergoed via de zorgverzekering. De eerder gestelde eigen bijdrage van €20 per consult is komen te vervallen, evenals de beperking van slechts vijf vergoede sessies (GGZ Nederland et al., 2013; Maassen, 2013). Door het verlagen van de drempel naar professionele hulp voor psychische klachten, komt de gbggz steeds meer centraal te staan in de ggz. Dat wil zeggen dat de druk op de zorgverleners steeds groter wordt, aangezien er steeds meer werk verricht moet worden.

Zorgwekkend is hierbij dat er tegenwoordig al een tekort is aan ongeveer 700 gekwalificeerde eerstelijnspsychologen (LVE, 2011) en de verwachting is dat deze situatie in de toekomst zal verergeren. Door de vergrijzing zal de beroepsbevolking, en bijgevolg ook het aantal mensen dat werkzaam is in de zorg, in verhouding minder worden (Lechner, Mesters & Bolman, 2010). Voor het beschikbare personeel zal het dus steeds moeilijker worden om aan de groeiende zorgvraag naar diensten in de ggz te kunnen voldoen. Deze vooruitzichten vragen om nieuwe manieren waarop de kwaliteit van de gezondheidszorg ook de komende jaren toegankelijk en betaalbaar gehouden kan worden.



Figuur 3 Nieuwe organisatie ggz vanaf 2014 (Maassen, 2013)

1.5 eHealth in opkomst

Een veelbelovende oplossing voor dit probleem lijkt het vergroten van de positie van de patiënt in het eigen zorgproces, ondersteund door informatie- en communicatietechnologieën (Hoeymans et al., 2014). Dit concept is ook bekend onder de naam eHealth (electronic Health) en wordt als volgt omschreven:

e-health is an emerging field in the intersection of medical informatics, public health and business, referring to health services and information delivered or enhanced

through the Internet and related technologies. In a broader sense, the term characterizes not only a technical development, but also a state-of-mind, a way of thinking, an attitude, and a commitment for networked, global thinking, to improve health care locally, regionally, and worldwide by using information and communication technology. (Eysenbach, 2001, p. 20)

In het kort verwijst eHealth naar alle soorten van informatie- en communicatietechnologie die toegepast kunnen worden ten dienste van de gezondheidszorg en zodoende een bijdrage leveren aan het bevorderen van het welzijn van de patiënt.

1.6 Dimensies van eHealth

De verschillende soorten van eHealth toepassingen kunnen langs drie dimensies worden geordend, te weten: het zorgproces, de gebruiker en de technologie zelf (Krijgsman & Klein Wolterink, 2012).

1.6.1 Het zorgproces

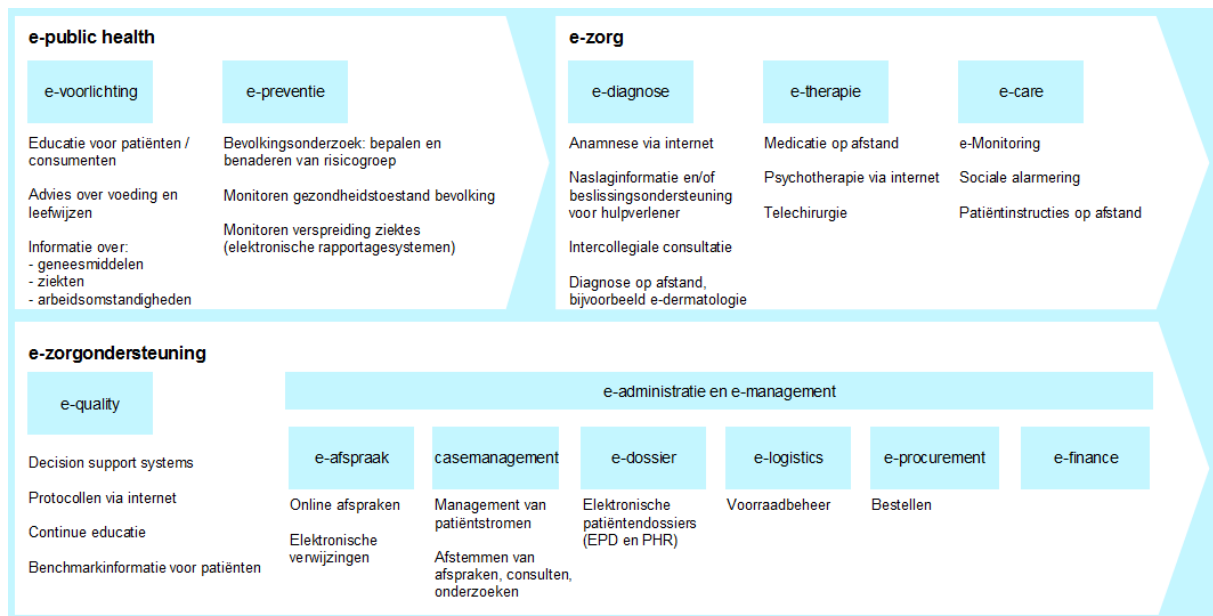
In eerste instantie vindt er een indeling naar het type zorgproces plaats, waaronder e-zorg, e-zorgondersteuning en e-public health (zie figuur 4) (Van Rijen, De Lint & Ottes, 2002).

Zo zijn er eHealth toepassingen die kunnen dienen ter ondersteuning van het primaire zorgproces, hetgeen verwijst naar de relatie tussen de hulpverlener en de individuele patiënt. Deze toepassingen vallen onder de noemer “e-zorg” en kunnen nader worden ingedeeld in e-diagnose (bijvoorbeeld anamnese en intercollegiale consultatie via internet), e-therapie (vooral psychotherapie, “telemental health” en virtual reality-programma's, zoals serious gaming) en e-care (waaronder het gebruik van e-monitoring, huishoudelijke robots en domotica, een huisautomatisering in de vorm van sensortechnologie) (Krijgsman & Klein Wolterink, 2012; Van Rijen et al., 2002; Lechner et al., 2010).

Op de tweede plaats zijn er eHealth toepassingen die gebruikt kunnen worden ter ondersteuning van het secundaire zorgproces, hetgeen op zijn beurt verwijst naar processen ter ondersteuning van het primaire zorgproces. Deze applicaties behoren tot de dimensie “e-zorgondersteuning”. Hieronder vallen e-quality, e-administratie en e-management (Krijgsman & Klein Wolterink, 2012). E-quality kan nader worden ingedeeld in beslissingsondersteuning, richtlijnen, educatie en benchmarkinformatie. E-administratie en e-management omvatten daarentegen activiteiten van meer administratieve en organisatorische aard, zoals bijvoorbeeld

het bijhouden van elektronische medische dossiers.

Tot slot verwijst “e-public” health naar werkzaamheden op het gebied van preventie (bijvoorbeeld bevolkingsonderzoek) en voorlichting (zoals cliënten / consumenten-educatie en welzijnsprogramma’s) (Krijgsman & Klein Wolterink, 2012; Van Rijen et al., 2002).



Figuur 4 Indeling van eHealth toepassingen (Krijgsman & Klein Wolterink, 2012)

1.6.2 De gebruiker

eHealth kan in veel verschillende gebruikssituaties worden toegepast, waarbij steeds andere gebruikers betrokken zijn. Krijgsman en Klein Wolterink (2012) verwijzen in verband hiermee naar de volgende gebruikscategorieën (p. 6):

- o gebruik van eHealth door zorgverleners binnen de eigen werkcontext (bijvoorbeeld het gebruik van Elektronische Cliëntendossiers of beslissingsondersteunende systemen)
- o gebruik van eHealth door zorgverleners voor communicatie met cliënten (bijvoorbeeld elektronische consulten)
- o gebruik van eHealth door cliënten binnen hun persoonlijke levenssfeer (bijvoorbeeld het bijhouden van zelfmetingen in een persoonlijke applicatie)
- o gebruik van eHealth door cliënten onderling (bijvoorbeeld lotgenotencontact)
- o gebruik van eHealth door cliënten voor communicatie met anderen dan zorgverleners of cliënten (bijvoorbeeld raadplegen van voorlichtingsmateriaal)
- o gebruik van eHealth door zorgverleners voor communicatie met anderen dan zorgverleners of cliënten (bijvoorbeeld online bestellingen bij leveranciers)

- o gebruik van eHealth door zorgverleners voor communicatie met andere zorgverleners (bijvoorbeeld de uitwisseling van medische gegevens en elektronisch doorverwijzen)

1.6.3 De technologie

Tot slot kunnen eHealth toepassingen worden ingedeeld naar het type technologie dat in de toepassing domineert. Aangezien de snelheid waarmee technologie verandert, blijkt het lastig om een volledig overzicht te geven van alle mogelijke of beschikbare soorten technologie. Om die reden volgt er een opsomming van de meest voorkomende technologievarianten (Krijgsman & Klein Wolterink, 2012).

- o Webapplicaties en webportalen (bijvoorbeeld informatieve websites en patiëntportalen)
- o Mobiele Apps (het gebruik van toepassingen via een smartphone of tablet-PC)
- o Elektronische cliëntendossiers (EPD's) en Persoonlijke Gezondheidsdossiers (PGD)
- o Health-sensoren (apparaten voor het meten van vitale lichaamsfuncties), health-gateways (apparaten die de meetresultaten verzamelen en doorgeven aan een medische professional) en wearable devices (apparaten die op het lichaam worden gedragen)
- o Videocommunicatie (bellen met beeld)
- o Domotica (elektronica voor automatisering in huis)
- o Robotica (de inzet van robots, bijvoorbeeld ter ondersteuning in het huishouden)
- o Medische integratie-netwerken (bijvoorbeeld de uitwisseling van medische gegevens, zoals medicatiegegevens en screeningsresultaten via elektronische netwerken)
- o Algemene integratie-netwerken / business-to-business gateways (B2B) (bijvoorbeeld voor de uitwisseling van bestellingsgegevens tussen zakelijke partners)
- o Business intelligence (bijvoorbeeld het verzamelen van kwaliteitsindicatoren uit systemen) en "big data" oplossingen (bijvoorbeeld genomanalyse)

1.7 Mogelijkheden van eHealth

Het voordeel van eHealth toepassingen is dat zij op afstand werkzaam zijn, waardoor geografische, economische en sociale barrières tot gezondheid en welzijn worden verkleind. Concreet impliceert de mogelijkheid tot (virtuele) interactiviteit een flexibiliteit met betrekking tot plaats en tijd, wat wederom ervoor zorgt dat gezondheidszorg in velerlei vormen toegankelijk is voor een groot publiek (Van Gemert-Pijnen, Peters & Ossebaard,

2013; Rheuban, 2006). De betere toegang tot zorg leidt ertoe dat cliënten meer verantwoordelijkheid kunnen nemen voor hun eigen gezondheid. Zo kunnen cliënten zich op veelvuldige en eenvoudige manieren informatie over de eigen situatie verschaffen (Calabretta, 2002) en er kan met andere cliënten en zorgverleners worden gecommuniceerd over aanwezige symptomen en behandelingsmogelijkheden (Lechner et al., 2010). Cliënten kunnen hierdoor beter bepalen welke zorg zij nodig hebben en hoe of waar zij de zorg wensen te verkrijgen. eHealth levert dus ook een bijdrage aan het verhogen van de zelfzorg van de patiënt, aangezien de patiënt een grotere rol in het zorgproces krijgt toebedeeld. Concreet betekent dit voor cliënten meer eigen regie en zelfmanagement, terwijl de zorgverlener een meer ondersteunende positie inneemt (Hoeymans et al., 2014). Met andere woorden: er vindt een verschuiving in zorgrelatie plaats. Waar eerder de zorg sterk aanbodgericht was en de hulpverlener keuzes maakte ten aanzien van zorg en behandeling, vindt de besluitvorming tegenwoordig veelal in gezamenlijk overleg plaats. Uitgangspunt hierbij is dat de geboden zorg patiëntgericht is. Dat wil zeggen: zorg die is afgestemd op de individuele behoeften van de patiënt (Committee on Quality of Health Care in America, 2001). eHealth interventies kunnen op maat (getailored) worden aangeboden, waardoor zij beter aansluiten bij de cliënt en meer gebruikt zullen worden (Ahern, 2007). Voor hulpverleners biedt eHealth daarentegen de mogelijkheid om zich een beter beeld te vormen van de patiënt, diens behoeften en de te bieden zorg of ondersteuning (Ball & Lillis, 2001). Een voordeel van al deze punten is dat de efficiëntie van de gezondheidszorg kan worden verhoogd, terwijl de kosten dalen (Eysenbach, 2001).

1.8 Stijgend belang van eHealth

De voordelen, die eHealth kan opleveren, zijn divers. Mede hierdoor wordt in de gezondheidszorg steeds meer waarde gehecht aan het aanbieden van webgebaseerde technieken ter ondersteuning van de zorg. Sterker nog, zorginkopers eisen steeds vaker dat eHealth een belangrijke rol in het zorgproces krijgt toebedeeld (Jacobs, 2013). Dit komt ook terug in de productbeschrijvingen van de gbggz. Een overzicht van de vier zorgvraagzwaarteprodukten voor de gbggz laat zien dat er steeds meer van uit wordt gegaan dat een deel van de cliënten een combinatie van face-to-face en eHealth behandelingen ontvangt (zie figuur 5). Enige voorwaarde hiervoor is dat de cliënt voldoende motivatie heeft om zelfstandig te werken en beschikt over de middelen en vaardigheden om eHealth te kunnen gebruiken (Bakker & Jansen, 2013).



Figuur 5 De vier zorgvraagzwaarteproducten voor de gbgz (Schipper, 2013)

1.9 eHealth aanbod binnen depressiezorg

Het eHealth aanbod voor depressie is breed. In hun inventarisatie naar eHealth toepassingen hebben De Groot et al. (2013) al ruim 50 interventies voor depressie gevonden. De applicaties zijn beschikbaar voor verschillende functies, zoals informatie en educatie, communicatie, organisatie van zorg, preventie, behandeling en zelfmanagement.

Een voorbeeld van een eHealth interventie op het gebied van informatie en educatietechnologie is de website “overjekop” van het Fonds Psychische Gezondheid. Hier wordt onder andere uitleg gegeven over de prevalentiecijfers en symptomen van depressie. Ook wordt op de website toegelicht hoe iemand met negatieve gedachten om kan gaan. Daarnaast bestaan er enkele websites waarop getest kan worden of iemand depressieve klachten heeft en hoe ernstig deze klachten zijn. Zo wordt door Psychologie Magazine een online versie van de Beck Depressie Zelftest aangeboden, terwijl op de website van “KleurJeLeven.nl” de depressie screeningstool CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) kan worden ingevuld. Verder is op “zelfhulpwijzer.nl” een test te vinden die niet alleen de ernst van de klachten bepaald, maar ook persoonlijk advies geeft over welke behandelmethode het meest bij iemand past (zie figuur 6) (Mentalshare, n.d.).

Stress

Afgelopen week...

Had ik last van piekeren.

☐ Nee ☐ Soms ☐ Regelmatig of vaak

Had ik last van lusteloosheid.

☐ Nee ☐ Soms ☐ Regelmatig of vaak

Voelde ik me gespannen.

☐ Nee ☐ Soms ☐ Regelmatig of vaak

Voortgang

Figuur 6 Zelfhulpwijzer.nl (Mentalshare, n.d.)

Communicatietechnologieën zijn onder depressiepatiënten vooral in de vorm van internet support groups (bijvoorbeeld lotgenotencontact) erg populair (Griffiths et al., 2012). Voorbeelden hiervan zijn de websites “indepressie.nl” en “gripopjedip.nl”. “In Depressie” beschikt over een forum waarin patiënten ervaringen en adviezen kunnen delen met lotgenoten. Ook kunnen zij hier terecht met vragen. “Grip Op Je Dip” is daarentegen een voorbeeld van een online cursus die in een gesloten chatbox plaatsvindt. De cursus wordt geleid door een deskundige en er kunnen maximaal acht adolescenten aan deelnemen. In zes chatsessies leren de deelnemers hoe zij hun sombere gevoelens en depressieve klachten kunnen aanpakken (Conijn & Ruiter, 2011). Sinds eind 2011 ontvangen alle participanten bij deelname aan de online chatcursus een inlog, waarmee zij gebruik kunnen maken van een app. Hiermee is het mogelijk om de eigen stemming te registreren of een dagboek bij te houden (zie figuur 7). Eerste aanwijzingen voor de effectiviteit van deze cursus werden geleverd door Van der Zanden, Kramer, Gerrits en Cuijpers (2012).



Figuur 7 **Grip Op Je Dip App (Marlin Media, 2012)**

Naast informatie- en communicatietechnologieën bestaan er ook interventies voor de organisatie van zorg. Het IPPZ (n.d.) heeft twee programma's ontwikkeld, waarmee zorgaanbieders makkelijk en veilig online zorg kunnen leveren, te weten: "mijnTherapie" en "karify".

"mijnTherapie" is een beveiligde online omgeving voor cliënten en behandelaars, geschikt voor communicatie, behandelingen, zorg op maat en informatie-uitwisseling (zie figuur 8). "karify" is een online platform waar zorgverleners en –gebruikers terecht kunnen voor e-healthtoepassingen als e-healthtrajecten, e-consulten, herhaalrecepten en afspraken (Karify, 2015).



Figuur 8 mijnTherapie (IPPZ, n.d.)

Een groot deel van het eHealth aanbod bestaat uit interventies voor preventie en behandeling. Dat deze vormen van internet-gebaseerde therapieën lonen, blijkt uit talloze literatuurstudies. Dit is met name het geval wanneer er sprake is van ondersteuning door een therapeut (Richards & Richardson, 2012; Riper et al., 2013; Spek et al., 2007). Geïndiceerde en zorggerichte preventie wordt bijvoorbeeld verleend via de website “tdonline.nl” (Terugval Depressie Online). Geïndiceerde preventie is gericht op personen die wel depressieve klachten hebben, maar waarvoor (nog) geen officiële diagnose kan worden gesteld, terwijl zorggerichte preventie bedoeld is voor mensen die aan een chronische depressie lijden (Lemmens, Rempelberg, Molema & Suijkerbuijk, 2014). Door middel van “tdonline” kunnen adolescenten en volwassenen maandelijks een vragenlijst invullen om zicht te houden op hun stemming. Verder stellen zij een strategieënplan op voor tijden waarin het minder goed gaat. Een terugvalcoach houdt de resultaten van de deelnemers in de gaten en grijpt in wanneer de klachten toenemen (RIVM, 2014).

Bij begeleide behandelinterventies behandelt de cliënt zichzelf met ondersteuning van

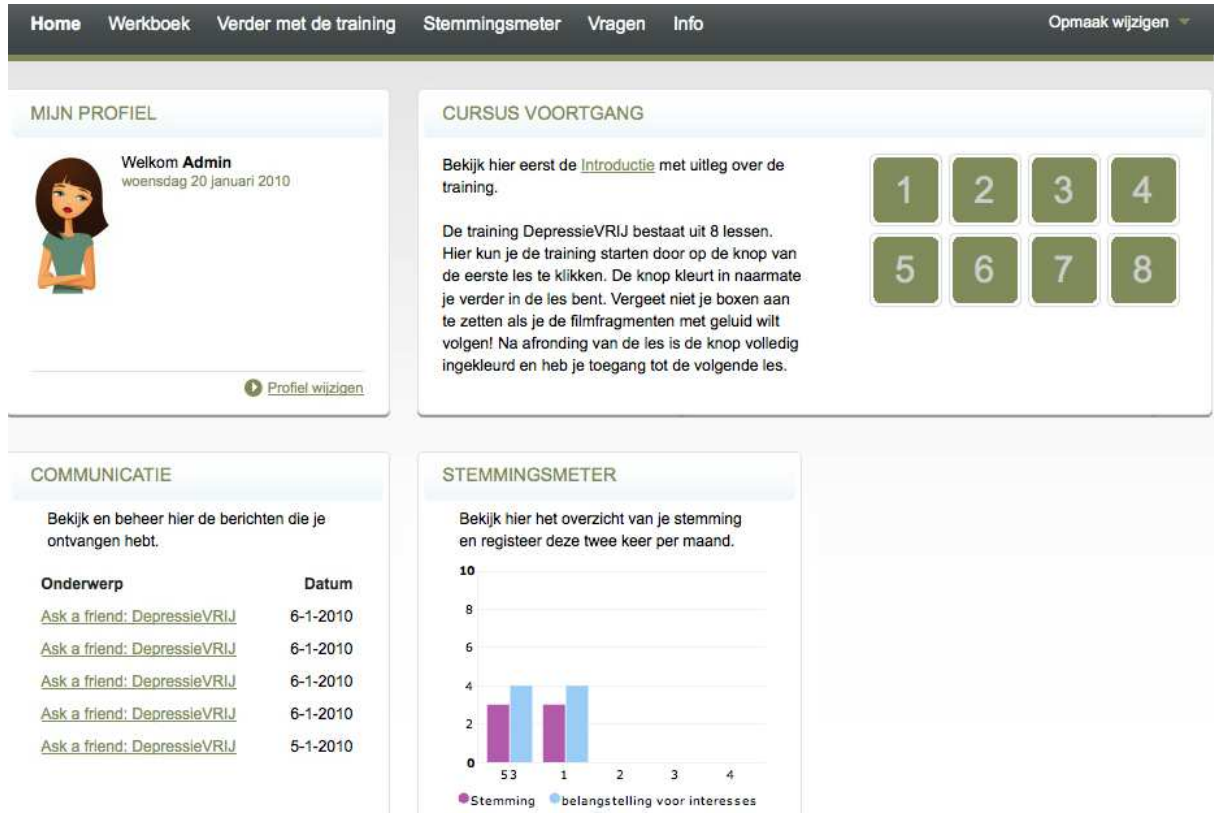
een professionele hulpverlener. Riper (2011) beschrijft dat een typische kortdurende “begeleide” zelfhulpinterventie uit vijf tot negen sessies per behandeling bestaat en gebaseerd is op cognitieve gedragstherapie, de waarschijnlijk meest effectieve therapeutische benadering voor online toepassingen, aldus Barak, Hen, Boniel-Nissim en Shapira (2008). De communicatie tussen de deelnemers en coaches verloopt vooral asynchroon via het internet of andere media, zoals de telefoon. Dit is ook het geval bij de behandelinterventies “Interapy” en “Beating the Blues”. Bij “Interapy” kunnen de deelnemers aan de hand van oefeningen en opdrachten onderzoeken welke factoren hun klachten in stand houden en hoe ze hier mee om moeten gaan. Begeleiding ontvangen de deelnemers door een psycholoog, die regelmatig feedback geeft (zie figuur 9). Dat een dergelijke web-gebaseerde cognitief gedragsmatige behandeling van milde en matige depressie onder begeleiding van een professional effectief is, blijkt uit onderzoek van Ruwaard et al. (2009). Na het volgen van de cursus was bij ruim 50% van de deelnemers een klachtenreductie te constateren, vergeleken met 6% van de deelnemers in de wachtlijst controle groep.

Ook “Beating the Blues” lijkt goede resultaten te bereiken wat betreft het bewerkstelligen van een afname in klachten bij patiënten met een milde of matige depressie, aldus Learmonth en Rai (2008). Het interactieve computerprogramma bestaat uit acht sessies van een uur, die de deelnemers zelfstandig kunnen volgen. Begeleiding wordt geboden in de vorm van face-to-face contacten of telefonische gesprekken met een therapeut.



Figuur 9 Opbouw online cursus Interapy (Interapy, n.d.)

Tot slot bestaan er diverse interventies voor zelfmanagement. Deze leveren een belangrijke bijdrage aan het verhogen van de mate van kennis, self-efficacy en symptoombestrijding. Ook kunnen zij een verbetering in zelfmanagement gedrag en stemming teweegbrengen (Barlow, Wright, Sheasby, Turner & Hainsworth, 2002). Twee voorbeelden van zelfmanagement interventies zijn “KleurJeLeven”, en “depressieVRIJ”. “KleurJeLeven” is een online zelfhulp cursus voor volwassenen met lichte tot milde depressieve klachten en bestaat uit acht lessen en een terugkomdag (zie figuur 10). De cursus is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en leert de deelnemers vaardigheden om hun stemming te verbeteren (Conijn & Ruiter, 2011). De effectiviteit van de cursus is aangetoond door wetenschappelijk onderzoek (Lemmens et al., 2014; Spek, 2008). In vergelijking met “KleurJeLeven” is “depressieVRIJ” een internettraining voor mensen die een of meerdere keren een depressie hebben meegemaakt en een terugval in depressie willen voorkomen. In acht lessen krijgen de deelnemers inzicht in de denkpatronen die een rol spelen in terugval in depressie en leren zij hoe zij deze denkpatronen kunnen veranderen. Ook kunnen deelnemers via de website hun stemming monitoren en een terugvalpreventieplan opstellen. De effectiviteit van de interventie wordt op dit moment nog onderzocht (Trimbos-instituut, 2010).



Figuur 10 depressieVRIJ (Trimbos-instituut, 2010)

1.10 De moeilijkheid der keuze

Voor zorgaanbieders is het in de praktijk vaak lastig om een weloverwogen keuze te maken uit het brede aanbod aan eHealth technologieën (Kreps & Neuhauser, 2010; Lechner et al., 2010): welke interventie is bewezen effectief en voor wie? Uiteindelijk is de zorgaanbieder immers verantwoordelijk voor het leveren van doelmatige en gepaste zorg en zal hij hierover open moeten zijn naar patiënten, zorgverzekeraars en de overheid. Een eerste probleem in dit beslissingsproces is dat het aantal onderzoeken naar de effectiviteit van internet-interventies nog steeds beperkt is (Riper et al., 2013). Wanneer er wel onderzoek aanwezig is, dan lopen de resultaten vaak sterk uiteen. Een meta-analyse van Spek (2008) liet zien dat sommige internetinterventies voor depressie en angst helemaal geen effect aantoonden, terwijl anderen juist erg effectief waren. Aangetoonde effectiviteit wil echter nog niet zeggen dat de interventie ook aanvaard wordt door potentiële gebruikers (Cavanagh et al., 2009). Verder is wetenschappelijk bewezen effectiviteit in de ene onderzoekssituatie geen garantie voor succesvolle toepassing in een andere situatie. Bartholomew, Parcel, Kok, Gottlieb en Fernández (2011) waarschuwen ervoor om al bestaande interventies klakkeloos te implementeren in nieuwe situaties. Al een kleine verandering in de omstandigheden kan van grote impact zijn op de effectiviteit van een hele interventie. Zo is het mogelijk dat de interventie niet aansluit bij de nieuwe doelgroep, wat wederom kan leiden tot een beperkt of foutief gebruik van de interventie. In samenhang hiermee is het belangrijk om eerst te onderzoeken in hoeverre een bestaande interventie aansluit bij het gezondheidsprobleem, de gedrags- en omgevingsoorzaken, de (eigenschappen van de) doelgroep en de doelen, zodat de interventie desnoods aangepast kan worden aan de nieuwe omstandigheden (Bartholomew et al., 2011). Echter, een eventuele aanpassing vereist eerst inzicht in wat de werkzame bestanddelen van de (reeds bestaande) interventie zijn en onder welke voorwaarden deze effectief zijn. Interventies zijn immers heel complex en bestaan meestal uit meerdere interagerende componenten (Michie et al., 2013).

Beperkingen van eHealth

Bij het onderzoek naar de vraag in hoeverre een interventie aansluit bij een nieuwe situatie en / of doelgroep, dient rekening te worden gehouden met een aantal aspecten. Oorzaken voor een verkeerd of slecht gebruik van een interventie lopen meestal uiteen van een beperkte toegang tot de applicatie, tot aan psychologische factoren die het gebruik van een eHealth applicatie in de weg kunnen staan.

In eerste instantie moet duidelijk zijn of mensen wel toegang hebben tot internet en

voldoende kennis en vaardigheden bezitten over de mogelijkheden en het gebruik van mobiele apparatuur. Daarnaast moet er aandacht worden besteed aan aspecten die weerstand kunnen veroorzaken tegenover het gebruik van eHealth. Zo komt het vaak voor dat hulpverleners en cliënten twijfelen aan de veiligheid van eHealth toepassingen. Dit is met name het geval bij elektronische cliëntendossiers, waarvan wordt gedacht dat zij de privacy van cliënten onvoldoende waarborgen (Katzenbauer, 2009). Cliënten kunnen zich zorgen maken over de betrouwbaarheid van de apparatuur en / of hebben liever persoonlijk contact met hun hulpverlener (Rahimpour, Lovell, Celler & McCormick, 2008). Ook hulpverleners kunnen op hun beurt de voorkeur geven aan face-to-face contacten met cliënten, aangezien zij op die manier ook zicht hebben op de non-verbale communicatie van de patiënt (Nijland, Van Gemert-Pijnen, Boer, Steehouder & Seydel, 2008). Daarnaast vrezen hulpverleners dat cliënten door de op internet aangeboden informatie verkeerd worden ingelicht, wat wederom kan leiden tot verwarring, angst of een neiging tot schadelijke zelf-diagnose en / of zelf-behandeling (Ahmad, Hudak, Bercovitz, Hollenberg & Levinson, 2006).

Al deze barrières kunnen de opname en impact van eHealth belemmeren. Dit zou tevens kunnen verklaren waarom veel projecten de experimentele fase niet overleven of geen lange termijn effecten uitwijzen (Van Gemert-Pijnen et al., 2013). De belangrijkste oorzaken voor een lage opname en impact zijn volgens Van Gemert-Pijnen et al. (2013) een laag bereik (niet iedereen heeft toegang tot de interventie), lage therapietrouw (de interventie wordt niet gebruikt of niet correct gebruikt), lage impact (de interventie is niet goed geïmplementeerd en derhalve niet effectief) en lage inter-usability (het systeem kan niet interageren met andere systemen). Om de acceptatie van een innovatie te kunnen bevorderen, zijn volgens Rogers' innovatietheorie vijf aspecten van belang, namelijk (Rogers, 2003; Brug, Van Assema & Lechner, 2007): 1. de innovatie moet een meerwaarde hebben boven de bestaande praktijk (relatief voordeel), 2. zij moet passen bij de potentiële gebruikers (compatibiliteit), 3. zij moet makkelijk te gebruiken en begrijpen zijn (complexiteit), 4. er moet de mogelijkheid voor een proefdraai bestaan, voordat tot volledige invoering wordt overgegaan (proefneming), 5. de uitkomsten van de innovatie moeten duidelijk zichtbaar zijn (observeerbaarheid). Gedurende het ontwerp- en / of implementatieproces van een eHealth toepassing is het dus belangrijk om aandacht te besteden aan bovengenoemde factoren, zodat de kracht van de ingevoerde eHealth technologie uiteindelijk volledig tot uiting kan komen.

1.11 Human Centered Design

Om te kunnen komen tot een goed ontworpen interventie, werd in de jaren 80 het Human-Centered Design (HCD) geïntroduceerd. HCD is een ontwerpbenadering waarbij de behoeften en verwachtingen van potentiële gebruikers als uitgangspunt worden genomen voor het design van een interventie en gedurende het hele ontwikkeltraject geëvalueerd worden (Gould & Lewis, 1985). Het gaat hierbij om een probleemoplossend proces waarin ontwikkelaars analyseren en proberen te voorspellen hoe potentiële gebruikers een bepaald product zullen gaan gebruiken (Van Gemert-Pijnen et al., 2013).

In het kort stelt het HCD dat drie principes in acht moeten worden genomen om te komen tot een bruikbaar en gebruiksvriendelijk computersysteem, namelijk: een vroege en voortdurende focus op de gebruikers, empirische metingen van het gebruik en het volgen van een iteratief ontwerpproces, waarin het systeem (een simulatie, prototype of echt systeem) herhaaldelijk wordt gewijzigd, getest, gewijzigd, enz. (Gould & Lewis, 1985). Onderzoeken wijzen uit dat de toepassing van het HCD kan zorgen voor een beter gebruik van het product en meer tevredenheid onder gebruikers (Kujala, 2003). Meer in het bijzonder heeft HCD een positieve impact op de taak- en veiligheidsondersteuning, therapietrouw en de implementatie van de technologie (Van Gemert-Pijnen et al., 2013). Echter, hoewel het HCD een belangrijke bijdrage levert aan het verhogen van de bruikbaarheid van technologieën, lijkt het geen adequate benadering te zijn voor het ontwerpen en implementeren van duurzame eHealth technologieën (Nijland, 2011).

1.12 Aandacht voor holisme

Om ervoor te kunnen zorgen dat eHealth technologieën zowel toegankelijk, acceptabel, beheersbaar, plezierig als ook uitvoerbaar zijn, is volgens Van Gemert-Pijnen et al. (2013) een holistische benadering vereist. Ten grondslag aan deze aanpak liggen vijf principes (Van Gemert-Pijnen et al., 2013, p. 34):

- o eHealth ontwikkeling als participatief ontwikkelingsproces
- o De ontwikkeling van eHealth creëert een infrastructuur voor het veranderen van de gezondheid en het welzijn
- o De ontwikkeling van eHealth is verweven met de implementatie
- o De ontwikkeling van eHealth gaat gepaard met persuasieve design technologie
- o De ontwikkeling van eHealth vereist continue evaluatie cycli (formatieve en summatieve)

1.13 CeHRes roadmap

Een model dat zich richt op deze holistische aanpak, en dat de componenten van het HCD verenigt met infrastructurele factoren (bijvoorbeeld beschikbare middelen en vaardigheden), is de CeHRes roadmap (Van Gemert-Pijnen et al., 2013). De CeHRes roadmap gaat uit van een participatief designproces en kan gebruikt worden om nieuwe eHealth-technologieën te ontwikkelen en / of bestaande technologieën te verbeteren of goed te kunnen evalueren (Van Gemert-Pijnen, Nijland & Appelman, 2012). Verder kan het dienen als analytisch instrument voor de besluitvorming over het gebruik van eHealth technologieën (Van Gemert-Pijnen et al., 2011). Aan de hand van vijf verschillende stappen wordt verkend en uitgetoetst hoe een eHealth-technologie het beste aansluit bij de potentiële gebruikers en hoe een eHealth-technologie in de praktijk succesvol te implementeren is (zie figuur 11). Dit proces verloopt als volgt (Van Gemert-Pijnen et al., 2012; Van Gemert-Pijnen et al., 2013):

1. *Contextual inquiry*

De contextual inquiry is gericht op het identificeren en beschrijven van de behoeften en problemen van de stakeholders.

2. *Value Specification*

In de fase van value specification beschrijven key-stakeholders welke waarden zij van belang vinden voor verbetering of verandering en ze geven aan hoe technologie die waarden kan vervullen.

3. *Design*

In de design fase wordt de verzamelde data uit de contextual inquiry en de value specification vertaald naar specifieke functionele eisen die aan de eHealth toepassing gesteld worden.

4. *Operationalization*

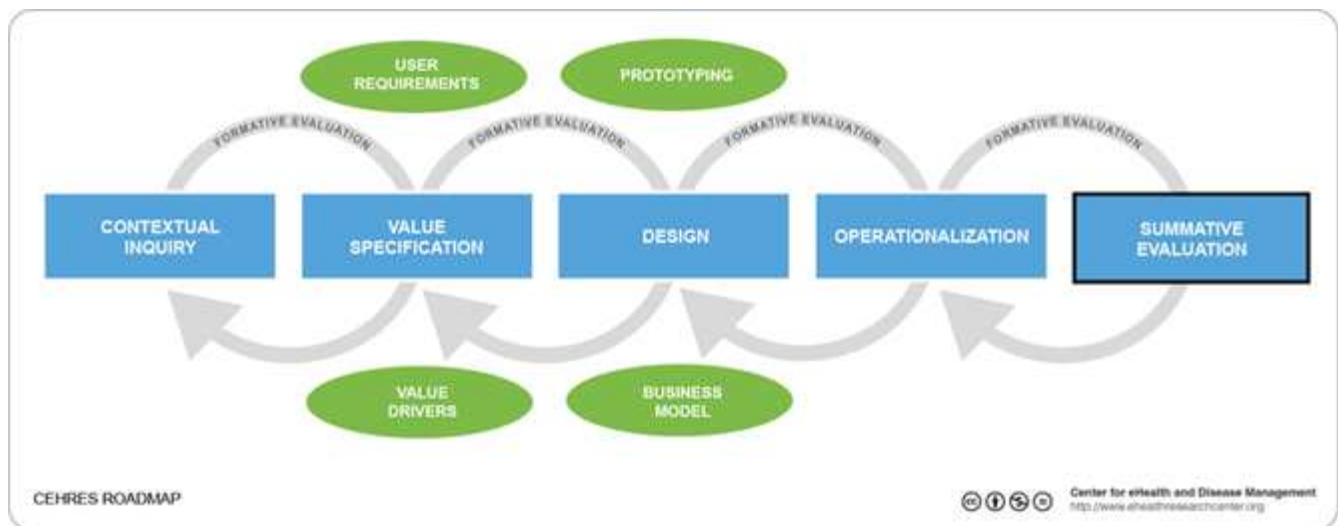
Operationalization betekent dat de definitieve versie van de eHealth technologie in de praktijk geïmplementeerd wordt.

5. *Evaluation*

In de laatste fase vindt er een evaluatie plaats van de opname, effecten en impact van de eHealth interventie.

Belangrijk om te benoemen is dat het hierbij niet gaat om een lineair, maar veelmeer om een iteratief proces. Dat wil zeggen dat de verschillende fasen niet star worden doorlopen. Na elke stap volgt een korte evaluatie. Op basis van de resultaten kan worden besloten om over te gaan naar een volgende fase of nog een keer stil te staan bij een vorige stap om eventuele onduidelijkheden te verhelderen en / of wijzigingen in het ontwerpdesign voor te nemen. Een

dergelijke nauwkeurige analyse kan uiteindelijk leiden tot een optimaal ontwerp, dat goed aansluit bij de gebruiker en een frequent gebruik belooft. Echter, uiteindelijk gaat het er niet alleen om dat de interventie gebruikt wordt, maar dat ze ook een gedragsverandering teweeg brengt. Om dit te kunnen bewerkstelligen, dient er bijzondere aandacht te worden besteedt aan het design-proces.



Figuur 11 CeHRes Roadmap (Van Gemert-Pijnen et al., 2013)

1.14 Persuasive System Design

De attitude, het gedrag en de rituelen van mensen kunnen worden beïnvloed door zogenaamde persuasieve technologie. Persuasieve technologieën zijn strategieën of technieken, zoals computers, mobiele apparatuur en ambient technologieën, die ontworpen zijn om de houding en / of het gedrag van mensen te wijzigen zonder dwang of misleiding toe te passen (Oinas-Kukkonen & Harjumaa, 2008; Van Gemert-Pijnen et al., 2013). Persuasieve systemen kunnen gebruik maken van “human-computer interaction” en “computer-mediated communication” (Kelders, Kok, Ossebaard & Van Gemert-Pijnen, 2012). Zo is het bijvoorbeeld mogelijk om door middel van technologie mensen te begeleiden door een zelf-management proces of sociale ondersteuning in de vorm van op maat gesneden feedback te geven (Van Gemert-Pijnen et al., 2011). Oinas-Kukkonen en Harjumaa (2009) hebben een model ontwikkeld op basis waarvan technologie ingedeeld kan worden in persuasieve functies. Binnen dit model worden de diverse persuasive system design elementen ingedeeld in: primary task support, dialogue support, social support en credibility support (zie ook figuur 12). Ontwerp principes, die onder de categorie primary task support vallen, zijn gericht op het ondersteunen van de primaire activiteiten en doelen van de gebruiker (Eriksson-Backa, Luoma & Krook, 2012). In

de praktijk worden deze elementen het meest vaak gebruikt. Dit vooral in de vorm van tunneling (een modulair setup) en tailoring (Kelders et al., 2012). Dialogue support ontwerp principes zullen daarentegen helpen om de gestelde doelen door gebruikmaking van het systeem te kunnen bereiken, bijvoorbeeld door middel van reminders (Eriksson-Backa et al., 2012). Onderzoek van Kelders et al. (2012) wijst uit dat een verhoogd gebruik van dialogue support bijdraagt aan een betere therapietrouw van cliënten. Hiernaast omvat de categorie credibility support belangrijke ontwerp principes die kunnen helpen een systeem geloofwaardiger en daardoor nog overtuigender te maken. Tot slot beschrijven de ontwerp principes in de social support categorie hoe social influence kan bijdragen aan het motiveren van mensen (Eriksson-Backa et al., 2012) en het teweegbrengen van gedragsverandering (Kelders et al., 2012). Uiteindelijk levert elk van de genoemde ontwerp principes een belangrijke bijdrage aan het gebruik en de effectiviteit van een applicatie.



Figuur 12 Persuasive Systems Design (Oinas-Kukkonen & Harjumaa, 2009)

1.15 Vertaalslag naar de praktijk

Al met al zal duidelijk zijn dat eHealth veelbelovend lijkt te zijn wat betreft het teweegbrengen van een afname van klachten bij cliënten die lijden aan depressiviteit. In die zin is het niet verbazingwekkend dat zorginkopers steeds vaker eisen dat eHealth een belangrijke rol in het zorgproces krijgt toebedeeld. Echter, voor zorgaanbieders is het vaak lastig om hun weg te vinden in het grote aanbod aan eHealth toepassingen. Verkeerde keuzes kunnen echter aanzienlijke gevolgen hebben. Zo kan het gebruik van een slecht ontworpen eHealth toepassing niet alleen leiden tot onbevredigende gebruikerservaringen en een sub-

optimaal gebruik van de technologie, maar kan het ook een negatieve impact hebben op zowel de werkprocessen als ook de beslissingen van hulpverleners. Hierdoor kan de veiligheid van cliënten in gevaar worden gebracht (Ammenwerth & Shaw, 2005). Dit onderstreept het belang van zowel een nauwkeuring ontwikkelings- als ook implementatieproces van een eHealth toepassing, waarin al vanaf het begin rekening wordt gehouden met de ervaringen en verwachtingen van de potentiële gebruikers (Flynn, Gregory, Makki & Gabbay, 2009; Slegers & Donoso, 2012). Vooral in een tijdsperk waarin eHealth steeds meer aan interesse wint en het aantal toepassingen enorm groeit, stijgt voor zorgaanbieders de verantwoordelijkheid om een programma aan te bieden dat niet alleen makkelijk te gebruiken, boeiend en toegankelijk is, maar dat ook in staat is om de juiste informatie te leveren die nodig is om de gezondheidszorg aan verschillende doelgroepen te kunnen begeleiden (Kreps & Neuhauser, 2010).

1.16 Implementatie van eHealth binnen de generalistische basis ggz

Ook Raadthuys Psychologen, een praktijk aangesloten bij de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE), ziet zich voor deze taak gesteld. Gevestigd op drie verschillende locaties, biedt Raadthuys Psychologen advies, diagnostiek en behandeling voor kinderen, jeugdigen, volwassenen en ouderen. Vanaf 2015 wordt de praktijk door de verzekeraar verplicht gesteld om 20% van de geboden zorg in de vorm van eHealth aan te bieden (waaronder ook mail contact). Het streven is om eHealth niet op zichzelf te laten staan, aangezien cliënten in de generalistische basis ggz intensievere begeleiding en ondersteuning van therapeuten nodig hebben. Meer in het bijzonder zal naar een blended behandeling (blended care genoemd) worden toegewerkt, waarin face-to-face en online behandeling met elkaar worden gecombineerd. Bestaande delen van de behandeling worden daarmee vervangen door online sessies of modules die een cliënt in een door hem gewenste omgeving en op een zelf gekozen tijdstip zelfstandig kan uitvoeren. Echter, tot op heden is er nog weinig bekend over hoe dit het beste vorm kan worden gegeven. Hoewel de effectiviteit van eHealth, en dan met name ondersteunende behandelingen in zijn algemeen, is aangetoond, is er nog weinig bekend over het beste type, de frequentie en duur van de menselijke ondersteuning (Andersson & Cuijpers, 2009). Een onlangs uitgevoerd onderzoek door Van der Vaart et al. (2014) vormt een eerste poging tot het verkrijgen van een antwoord op deze vraag. Uit de resultaten van de Delphi studie is gebleken dat hulpverleners en cliënten graag zouden zien dat praktische aspecten van de behandeling (zoals bijvoorbeeld het bijhouden van een

stemmingsdagboek) in een online omgeving uitgevoerd kunnen worden, terwijl het bespreken van gedachtes en gevoelens tijdens een face-to-face contact plaatsvindt. Echter, aangezien het onderzoek is uitgevoerd in de tweedelijns, is het onduidelijk in hoeverre de resultaten te vertalen zijn naar de eerstelijns.

In navolging van het onderzoek van Van der Vaart et al. (2014) zal dus worden onderzocht voor wie, in welke mate, wanneer en op welke manier Raadthuys Psychologen eHealth kan integreren in het bestaande zorgaanbod binnen de generalistische basis ggz. Binnen Raadthuys Psychologen is er sprake van een brede patiëntenpopulatie van jong tot oud met uiteenlopende klachten. Echter, naar schatting van de praktijkhouder bestaat veruit de grootste cliëntengroep uit volwassenen met depressieve klachten. Concrete cijfers hierover ontbreken. Een dergelijke verhouding zou overeenkomen met nationale gegevens over aanmeldingsklachten. Onderzoeksresultaten van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen tonen aan dat in 2013 ongeveer 55% van alle cliënten, die op grond van hun psychische klachten bij een eerstelijnspsycholoog terecht zijn gekomen, te maken hadden met stemmingsklachten, als depressie en angst (LVE, 2014). Gezien het grote aantal zorgvragers met depressieve klachten, wil Raadthuys Psychologen onderzoeken hoe eHealth geïntegreerd kan worden binnen de depressiezorg in de generalistische basis ggz om zodoende de zorg aan cliënten met depressieve klachten te kunnen optimaliseren.

1.17 De stakeholders

Belangrijke stakeholders, die betrokken zijn bij het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten, zijn de praktijkhouder, de office manager en alle medewerkers die verantwoordelijk zijn voor de behandeling van cliënten met depressieve klachten (in totaal zes, waaronder psychologen, GZ psychologen (i.o.), een neuropsycholoog, een orthopedagoog en EMDR therapeuten). Om inzicht te krijgen in hoe eHealth ingezet kan worden ter bevordering van de depressiezorg binnen de generalistische basis ggz, zal er onder de stakeholders een inventarisatie worden gehouden naar hun wensen en behoeften. Door deze belanghebbenden te betrekken bij het ontwerpproces en aandacht te besteden aan hun verwachtingen en ervaringen, zal er uiteindelijk gekomen worden tot een prototype dat een frequent en effectief gebruik belooft (Pagliari, 2007).

1.18 Onderzoeksdoel en onderzoeksvragen

Het doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen hoe het ontwerp van een eHealth toepassing ter ondersteuning van de depressiezorg binnen de generalistische basis ggz er volgens zorgverleners idealiter uit dient te zien. In verband hiermee wordt er onderzoek verricht naar de wensen en behoeften van de medewerkers van Raadthuys Psychologen ten aanzien van de inzet van eHealth. In het kader hiervan zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

Zorgtraject

1. Hoe ziet het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten er uit binnen Raadthuys Psychologen?
2. Welke activiteiten hebben de hulpverleners van Raadthuys Psychologen in het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten?

Sterkte- en verbeterpunten

3. Welke positieve punten zien hulpverleners / cliënten met betrekking tot de verschillende zorgprocessen in het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten?
4. Welke negatieve punten zien hulpverleners / cliënten met betrekking tot de verschillende zorgprocessen in het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten?
5. Wat zou er volgens hulpverleners en cliënten verbeterd kunnen worden aan de verschillende zorgprocessen in het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten?

eHealth

6. In hoeverre wordt er binnen Raadthuys Psychologen al gebruik gemaakt van eHealth op het gebied van e-zorg, e-zorgondersteuning en e-public health?
7. Welke voordelen zien hulpverleners met betrekking tot de toepassing van eHealth binnen het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten?
8. Welke barrières zien hulpverleners met betrekking tot de toepassing van eHealth binnen het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten?
9. In hoeverre zien hulpverleners en cliënten mogelijkheden om binnen Raadthuys Psychologen eHealth in te zetten ter optimalisering van het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten?

2. METHODE

2.1 Setting

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden binnen “Raadthuys Psychologen”, een psychologenpraktijk gevestigd in Elst, Groesbeek, Arnhem (Schuytgraaf) en Herveld. Ten tijde van het onderzoek waren twaalf medewerkers werkzaam binnen de praktijk. Hiervan werden er acht benaderd voor deelname aan het onderzoek. Een belangrijk inclusie criterium voor participatie was de betrokkenheid bij het zorgproces van cliënten met depressieve klachten en/of verantwoordelijkheid voor de organisatie van zorg. De praktijkhouder werd geïdentificeerd als de belangrijkste stakeholder, omdat zij naast haar taak als behandelaar van onder andere cliënten met depressieve klachten, ook verantwoordelijk is voor de integratie van eHealth binnen de praktijk. Andere functiegroepen, die deel hebben genomen aan het onderzoek, waren de office manager (als coördinator van zorg) en vijf psychologische medewerkers, die een rol spelen in de behandeling van cliënten met depressieve klachten.

2.2 Onderzoeksproces

In dit onderzoek werden binnen twee rondes de eerste drie ontwikkelingscycli van de CeHRes-Roadmap doorlopen, namelijk de fase van contextual inquiry, value specification en design. Het doel hiervan was om de wensen en behoeften van psychologen in de generalistische basis ggz ten aanzien van de inzet van eHealth binnen depressiezorg in kaart te brengen.

Ronde 1 was een verkennende fase, waarin de contextual inquiry en value specification werden uitgevoerd. Individuele interviews met de medewerkers werden gebruikt om een beeld te krijgen van de opbouw van het zorgtraject, evenals de meningen van medewerkers ten aanzien van het zorgtraject en het gebruik van eHealth hierin.

In ronde 2 werd de informatie uit de eerste fase vertaald naar communicatieve, persuasieve en technische elementen van een eHealth toepassing. Hiervoor werden eerste prototypes in een focusgroep aan medewerkers voorgelegd en getoetst. Verder werden de medewerkers door middel van card sorting betrokken bij de vormgeving van de opbouw en structuur van een toepassing.

2.2.1 Werving en toestemming

Alle participanten zijn schriftelijk geïnformeerd over het onderzoek en hebben voorafgaand aan hun deelname een toestemmingsverklaring ondertekend voor deelname aan de individuele interviews en/of de focusgroep (zie bijlage I en II). Met hun handtekening hebben de deelnemers ermee ingestemd dat beide gesprekken op band werden opgenomen. Dit om een vertekening van de onderzoeksresultaten te kunnen voorkomen. Een ethische goedkeuring van het onderzoek heeft plaatsgevonden via de ethische commissie van de Universiteit Twente.

2.2.2 Individuele interviews

2.2.2.1 Design en procedure

In de fase van contextual inquiry en value specification zijn individuele, 45 minuten durende, interviews gehouden met medewerkers van Raadthuys Psychologen, die betrokken zijn bij het zorgproces van cliënten met depressieve klachten. In totaal hebben zes van de zeven uitgenodigde psychologen deelgenomen aan de interviews, die door KH zijn gehouden. Deze interviews hadden als doel om inzicht te krijgen in de sterke en zwakke punten van de huidige zorgverlening, evenals de mogelijkheden waarop eHealth kan worden ingezet binnen het zorgproces van cliënten met depressieve klachten (Van Gemert-Pijnen et al., 2013). De interviews zijn begonnen met een aantal vragen naar persoonlijke gegevens, zoals leeftijd, sekse, functie en werklocatie. Dit om een beter beeld te krijgen van de respondenten. Daarna volgden negen semi-gestructureerde vragen (Nederhoed, 2010) over het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten. De volgende onderwerpen zijn behandeld: de opbouw van het zorgtraject, de activiteiten van hulpverleners binnen het zorgtraject, de positieve-, negatieve- en verbeterpunten met betrekking tot de verschillende zorgprocessen in het zorgtraject, het huidige eHealth gebruik binnen Raadthuys Psychologen, evenals denkbare voordelen, barrières en mogelijkheden met betrekking tot de toepassing van eHealth binnen het zorgtraject (zie bijlage III). Elk onderwerp heeft KH met een open beginvraag geïntroduceerd en met behulp van doorvragen verder uitgediept (Baarda, De Goede & Teunissen, 2001). Voor het doorvragen werd gebruik gemaakt van een topiclijst (zie tabel 1).

Tabel 1. Topiclijst

Vraag	Inhoud	Topics
1+2	<i>Opbouw zorgtraject / taken medewerkers</i>	- o Vroege onderkenning - o Diagnose - o Geïndiceerde preventie - o Monitoring van beloop - o Begeleiding en ondersteuning - o Behandeling - o Re-integratie (Hardeman et al., 2012)
3	<i>Voordelen van het traject</i>	- o Stepped Care - o Zelf-management - o Screening - o Monitoren behandelresultaat - o Behandelplan - o Ondersteunende interventies - o Coördinatie van de zorg (Spijker, Bockting et al., 2013)
4	<i>Nadelen van het zorgtraject</i>	- o Stepped care - o Consultatie / taakdelegatie - o Co-morbiditeit - o Arbeid en functioneren - o Chroniciteit - o Culturele diversiteit - o Diagnostiek (Spijker, Bockting et al., 2013)
5	<i>Verbeterbunten van het zorgtraject</i>	o zie opbouw zorgtraject / taken medewerkers
6	<i>Huidig eHealth gebruik</i>	- o e-zorg (e-diagnose, e-therapie en e-care) - o e-zorgondersteuning (e-quality, e-administratie en e-management) - o e-public (preventie en voorlichting) (Krijgsman & Klein Wolterink, 2012)
7	<i>Voordelen t.a.v. eHealth</i>	- o Betere toegang tot zorg (verschuiving naar eerstelijns- en thuiszorg) - o Verbeteren efficiëntie van zorg - o Verbeteren kwaliteit van zorg (betere behandeluitkomsten) - o Patiënt meer centraal (Van Gemert-Pijnen et al., 2013)
8	<i>Barrières t.a.v. eHealth</i>	- o Weinig financiële prikkels - o Lage impact / adherentie - o Weinig betrokkenheid van partijen - o Culturele en organisatie-factoren - o Wetgeving - o Slechte inter-usability (Van Gemert-Pijnen et al., 2013)
9	<i>Mogelijkheden t.a.v. eHealth</i>	- o (zie voordelen) - o Communicatiekanalen - o Relatief voordeel - o Compatibiliteit - o Trialability - o Observeerbaarheid (Cain & Mittman, 2002)

Ter ondersteuning van de vraag naar de mogelijke inzet van eHealth binnen het zorgtraject, werden de deelnemers een aantal voorbeelden van bestaande eHealth applicaties voorgelegd, die voorafgaand aan de interviews door KH zijn verzameld (zie bijlage IV). Om de participanten een goed inzicht te kunnen geven in het brede spectrum aan

toepassingsmogelijkheden dat eHealth biedt, heeft KH erop gelet dat zo veel mogelijk verschillende technologieën werden getoond (bijvoorbeeld webapplicaties, mobiele apps, health-sensoren, wearable devices, videocommunicatie, domotica, enz).

2.2.2.2 Data analyse

Alle interviews werden door KH letterlijk uitgeschreven en vervolgens gecodeerd door middel van open coding, axial coding en selective coding. In het begin werd alle verzamelde data in fragmenten opgedeeld. Vervolgens werden deze fragmenten met elkaar vergeleken, in categorieën ingedeeld en met een code gelabeld (Boeije, 2010). Categorisatie heeft plaatsgevonden aan de hand van relevante literatuur. De tekstfragmenten behorende bij de vragen naar de opbouw van het zorgtraject en de activiteiten van de medewerkers werden gecategoriseerd aan de hand van de onderdelen van het zorgprogramma, zoals beschreven in het Zorgprogramma Depressie bij Volwassenen (Hardeman et al., 2012). Voor de analyse van de voordelen, nadelen en verbeterpunten van het zorgtraject werden de door Spijker, Bockting et al. (2013) benoemde “Uitgangspunten voor Goede Zorg” (p.14-18) en “Knelpunten in de zorg” (p.8) als basis gebruikt. Tekstfragmenten over het huidige eHealth gebruik binnen Raadthuys Psychologen werden geordend langs de categorieën e-zorg, e-zorgondersteuning en e-public health, zoals beschreven door Krijgsman en Klein Wolterink (2012, p.4). Categorisatie van de voor- en nadelen van eHealth heeft plaatsgevonden aan de hand van de door Van Gemert-Pijnen et al. (2013) opgesomde sterke punten en barrières van eHealth (p. 23-25). Voorkomende thema's met betrekking tot de mogelijke inzet van eHealth ter optimalisering van het zorgtraject werden gecategoriseerd met behulp van de “Ten Critical Dynamics of Innovation Diffusion” van Cain en Mittman (2002) en de “sterke punten van eHealth” (Van Gemert-Pijnen et al., 2013, p. 23-24). Overige fragmenten, die niet onder deze categorieën te plaatsen waren, werden voorzien van op zichzelf staande beschrijvingen, die kenmerkend waren voor het desbetreffende tekstfragment. Door de combinatie uit deductief en inductief coderen (De Lange, Schuman & Montesano Montessori, 2011) is er uiteindelijk een lijst met belangrijke categorieën ontstaan, die verder gestructureerd werd door categorieën met een min of meer gelijke betekenis samen te voegen en te rangschikken. In de laatste fase van coderen werd gezocht naar patronen in de verzamelde data (Boeije, 2010). Concreet werd er gekeken hoe vaak bepaalde thema's of onderwerpen terugkeren en in hoeverre de verschillende categorieën met elkaar samenhangen.

2.2.3 Voorbereiding Card Sorting

De resultaten van de individuele interviews hebben als input gediend voor de card sorting. Card sorting is een onderzoekstechniek die gericht is op informatie-architectuur (Spencer, 2009). Dit omdat zij inzicht geeft in de denkwijze van mensen. Bij card sorting draait het om het organiseren, groeperen en labelen van items. Op die manier kan worden onderzocht hoe mensen over een bepaald topic denken en welke topics bij elkaar passen om zodoende te komen tot een structuur van een eHealth toepassing. Binnen dit onderzoek wordt er gebruik gemaakt van een gesloten card sort. Dat betekent dat alle deelnemers een stapel kaarten met topics ontvangen, evenals kaarten met vooraf bepaalde categorieën. Vervolgens wordt elke deelnemer gevraagd om de kaarten met topics te sorteren in de vooraf bepaalde categorieën.

Om de inhoud van de topic-kaarten te kunnen bepalen, heeft KH een overzicht gecreëerd van alle negatieve en verbeterpunten met betrekking tot het zorgtraject, evenals de barrières, voordelen en mogelijkheden ten aanzien van eHealth. Concreet werd er per groep een lijst opgesteld van alle genoemde punten. Voor elke lijst heeft KH onderzocht door hoeveel respondenten de individuele punten zijn genoemd, om zodoende te komen tot een ordening. Beoogd werd om per lijst niet meer dan acht punten te hebben. Hiervoor werden achtereenvolgens alle punten die even vaak werden genoemd (beginnend met de minst vaak genoemde punten) verwijderd, totdat niet meer dan acht punten overbleven. Aansluitend werden alle resterende punten samengevoegd tot één enkele lijst. Negatief geformuleerde punten werden vertaald in verbeterpunten, zodat er uiteindelijk een lijst met 26 verschillende (ontwerp-)elementen is ontstaan.

Uit een daaropvolgende inductieve analyse van KH is gebleken dat de verzamelde elementen gegroepeerd kunnen worden in de volgende overkoepelende categorieën: “Ondersteuning van primaire zorgprocessen door middel van eHealth”, “Ondersteuning van secundaire zorgprocessen door middel van eHealth” en “Gebruiksvoorwaarden” (Krijgsman & Klein Wolterink, 2012). Deze hoofdcategorieën en de ontwerpelementen werden voor elke medewerker op kaarten afgedrukt (zie bijlage V). Hiernaast werden er voor elke medewerker vier blanco kaarten geproduceerd, die ruimte boden voor aanvullende opmerkingen.

2.2.4 Ontwikkeling Prototypen

Een low-fidelity (lo-fi) prototyping werd uitgevoerd om uitsluitel te verkrijgen over het gewenste doel van de technologie (Rettig, 1994; Van Gemert-Pijnen et al., 2012). De opgestelde lijst met ontwerp-elementen heeft hierbij als input gediend voor het creëren van

een selectie van papieren prototypes. Aan de hand van de lijst werd onderzocht, welke ontwerp-elementen in vrijwel elk gesprek geopperd zijn. De meest besproken wensen op deze lijst waren: een flexibel behandelprogramma met een keuze uit diverse modules, een digitalisering van behandelinformatie, opdrachten en vragenlijsten, blended care, regelmatige communicatie ter bevordering van een eenduidige behandelstructuur, training in applicatiegebruik en ondersteuning bij het vinden van de juiste behandeling. Voor elk van deze topics heeft KH verschillende schetsen van het ontwerp van een passende gebruikersomgeving gemaakt (Snyder, 2003). Er is hiervoor gebruik gemaakt van balsamiq, een computer-gebaseerde wireframing en mock-up tool. Het voordeel van deze tool is dat de ontstane ruwe schetsen niet statisch zijn, maar makkelijk kunnen worden aangepast (Landay & Myers, 1995). In eerste instantie werd de vorm van de toepassing bepaald (bijvoorbeeld website, app, enz.). Daarna heeft KH het design van de toepassing gecreëerd door een keuze te maken uit beschikbare widgets en deze op het scherm te plaatsen. Hierbij werd rekening gehouden met de in de interviews genoemde (ontwerp-)eisen. Naast de zelf ontworpen papieren prototypes, heeft KH ook een selectie van reeds bestaande eHealth interventies samengesteld. Een voorbeeld hiervan is SPARX, een interactief 3D fantasy-spel ter ondersteuning van de behandeling van jongeren met milde tot matige depressie. Van de uiteindelijke selectie van papieren prototypes werd een power point presentatie gemaakt. In deze presentatie heeft KH de verschillende toepassingen gebundeld onder eHealth programma's die dienen ter ondersteuning van het primaire of het secundaire zorgproces (zie bijlage VI). Programma's ter ondersteuning van het primaire zorgproces leveren een bijdrage aan de (multidisciplinaire) behandeling en zorgverlening van de patiënt, terwijl programma's ter ondersteuning van het secundaire proces gericht zijn op de zorggerelateerde basisadministratie en de planning en logistiek van voor de zorgverlening benodigde resources (Aldenhoven, 2011).

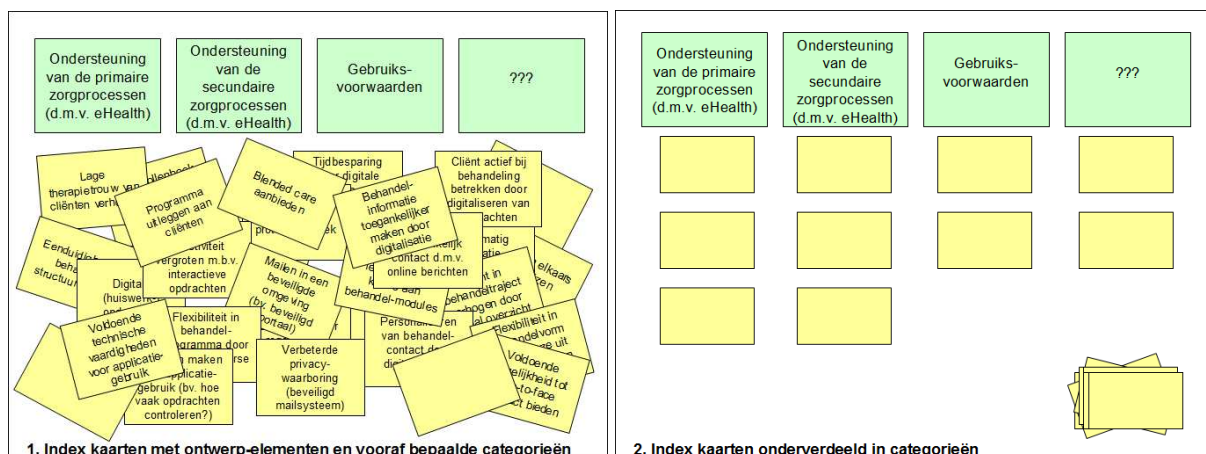
2.2.5 Focusgroep

2.2.5.1 Design en procedure

In de design-fase van het onderzoek werd een één uur durende focusgroep georganiseerd. Focusgroepen zijn groepsinterviews, waarbij ongeveer zes tot acht respondenten bij elkaar worden gebracht om onder begeleiding van een moderator hun meningen en ervaringen te delen over een specifiek onderzoeksthema (Lucassen & Olde Hartman, 2007; Van

Regenmortel, 2002). In dit onderzoek werd de groepsdiscussie geleid door de onderzoeker KH. Onderwerp van gesprek waren de wensen van de respondenten ten aanzien van het doel en de inhoud van een eHealth applicatie. De moderator had als taak om de discussie te leiden, te bewaken dat alle gewenste onderwerpen aan bod komen en iedereen aan te moedigen tot participatie. Voor de uitvoering van de focusgroep heeft KH gebruik gemaakt van een draaiboek (zie bijlage VII). Deelnemers van de bijeenkomst waren de praktijkhouder, de office manager en vier van de vijf geïnterviewde psychologen (i.o.).

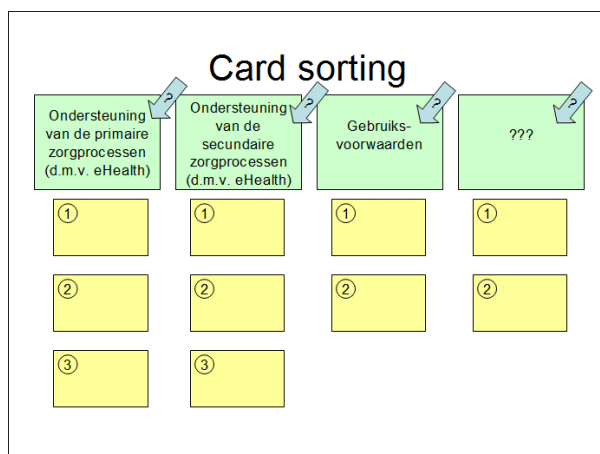
In het begin van de focusgroep heeft de card sorting plaatsgevonden. Het doel hiervan was om structuur aan te brengen in de reeds verzamelde data uit de contextual inquiry en de value specification (Rosenfeld & Morville 2002). Concreet werd er gekeken naar hoe de in de interviews genoemde (ontwerp-) elementen met elkaar samenhangen en in hoeverre de medewerkers het met elkaar eens zijn over de verschillende vorderingen. Hiervoor heeft elke medewerker een stapel met 30 kaarten ontvangen, waarvan 26 kaarten met (ontwerp-) elementen en 4 blanco kaarten. De blanco kaarten hebben ruimte geboden om mogelijk ontbrekende onderwerpen te noteren. De participanten werden gevraagd de kaarten onder te verdelen in de drie hoofdcategorieën: “Ondersteuning van het primaire zorgproces door middel van eHealth”, “Ondersteuning van het secundaire zorgproces door middel van eHealth” en “Gebruiksvoorwaarden”. Voor het geval dat bepaalde medewerkers van mening waren dat een kaart niet onder de bestaande hoofdcategorieën te plaatsen was, konden zij extra hoofdcategorieën bedenken (zie figuur 13).



Figuur 13 **Groepering Card Sorting**

Na het groeperen van de kaarten werden de medewerkers de verschillende voorbeelden van eHealth toepassingen ter ondersteuning van het primaire en secundaire zorgproces

voorgelegd. Naast een aantal ruwe schetsen van gebruikersomgevingen, die door KH zijn ontworpen, werden ook bestaande eHealth applicaties gepresenteerd (zie bijlage VI). De voorbeelden hadden als doel om de medewerkers inzicht te geven in het brede spectrum aan eHealth toepassingen. Daarnaast dienden de voorbeelden als input om een discussie op gang te laten komen over de inhoud en bruikbaarheid van verschillende toepassingen. Aansluitend werden de medewerkers gevraagd om de kaarten, die zij onder de hoofdcategorieën hebben geplaatst, te sorteren naar relevantie, waarbij het meest relevante (ontwerp-) element bovenaan moest komen te liggen. Tot slot konden de medewerkers met behulp van genummerde sticky notes de hoofdcategorieën selecteren op basis van belangrijkheid. Anders gezegd, iedere deelnemer moest aangeven waar op dit moment de meeste kansen liggen wat betreft de inzet van eHealth. Zodoende kon worden vastgesteld of er voornamelijk ondersteuning nodig is op het gebied van het primaire zorgproces, het secundaire zorgproces, of dat eHealth ingezet zou moeten worden voor het verbeteren van de gebruiksvoorwaarden van reeds bestaande systemen. Het belangrijkste aspect werd gemarkeerd met sticky note nummer 1, dan volgde sticky note nummer 2, enz. (zie figuur 14). Hierna werd elke medewerker verzocht om uit te leggen hoe zij de verschillende kaarten gecategoriseerd heeft, wat de volgorde is van zowel de kaarten, als ook de hoofdcategorieën, en waarom hiervoor is gekozen. Wederom werden de medewerkers gestimuleerd om met elkaar de resultaten te bediscussiëren.



Figuur 14 Prioritering Card Sorting

2.2.5.2 Data-analyse (audio-opnames)

De audio-opnames van de focusgroep werden letterlijk uitgeschreven en vervolgens geselecteerd op basis van relevantie. Door KH werden die delen van het transcript als

belangrijk beoordeeld, die informatie geven over het globale doel en de inhoud van de eHealth technologie. Deze fragmenten werden vervolgens vertaald in specifieke eisen, die aan het ontwerp worden gesteld, zoals beschreven door Van Velsen, Wentzel en Van Gemert-Pijnen (2013). In het kort gaat het er om per fragment de onderliggende eigenschappen, ontwerp-elementen en waarden vast te stellen. In eerste instantie heeft KH per fragment (citaat) een samenvatting gegeven van de behoeften of wensen die de respondent heeft geuit (de eigenschap). Fragmenten met dezelfde eigenschap werden samengevoegd. Daarna werden voor elke eigenschap de benodigde ontwerp-elementen vastgesteld. Voor de transformatie van de citaten in ontwerp-elementen (in het bijzonder persuasieve elementen), heeft KH gebruik gemaakt van het PSD model (Oinas-Kukkonen & Harjumaa, 2009). Tot slot werd de waarde van elke eigenschap bepaald. Dat wil zeggen dat het ideaal of belang wordt bepaald, dat een toekomstige eindgebruiker heeft (Van Velsen et al., 2013).

2.2.5.3 Data-analyse (Card Sorting)

De gegevens van de card sorting werden ingevoegd in een card sort analysis excel spreadsheet van Beerlage-de Jong, Kulyk, Wentzel, Oinas-Kukkonen en Van Gemert-Pijnen (2015). Een analyse van de data heeft KH uitgevoerd aan de hand van de handleiding “Maadmob Interaction Design. Instructions for use: Card sort analysis spreadsheet” van Spencer (2007). De individuele stappen worden hieronder nader toegelicht:

1. Resultaten per deelnemer en algemeen overzicht van de data

In eerste instantie heeft KH per deelnemer een overzicht geproduceerd van de individuele kaarten en hun toegekende hoofdcategorie. Vervolgens werd met behulp van een verwijzing naar deze data een algehele samenvatting van de resultaten per cliënt gemaakt.

2. Overzicht van het aantal (unieke) kaarten per categorie

In de verdere analyse heeft KH een lijst opgesteld, waarin per cliënt werd aangegeven welke categorieën deze persoon heeft gebruikt. Deze lijst met “ruwe categorieën” diende als basis voor het creëren van een samenvatting over het gebruik van de categorieën. Zo heeft KH per categorie gekeken door hoeveel personen deze is gebruikt. Verder werd het aantal kaarten berekend dat in totaal voor elke categorie werd gebruikt, evenals het aantal unieke kaarten per categorie.

3. Mate van overeenstemming van de geplaatste kaarten per categorie

Om per categorie te kunnen onderzoeken in hoeverre er sprake is van overeenstemming tussen de verschillende resultaten van de participanten, heeft KH de volgende formule gebruikt:

Mate van overeenstemming van de kaarten per categorie	=	Totaal aantal kaarten in categorie x	
		Het aantal deelnemers dat categorie x heeft gebruikt	x Het aantal unieke kaarten in categorie x

Hierbij geldt: hoe groter de overeenstemming van de geplaatste kaarten per categorie, des te meer eenduidigheid is er over wat onder deze categorie wordt verstaan (Rosenfeld & Morville 2002), gezien correlaties met een waarde van $> 0,75$ een sterke relatie impliceren.

4. *Mate van overeenstemming waarop één kaart binnen één categorie werd geplaatst*

Tot slot werd de relatie tussen de kaarten, categorieën en deelnemers berekend. Zo heeft KH het percentage berekend waarop een unieke kaart binnen één categorie werd geplaatst. Hiervoor werd het aantal deelnemers dat één specifieke kaart in een bepaalde categorie heeft geplaatst, gedeeld door het aantal deelnemers dat deze specifieke kaart in een andere categorie heeft geplaatst. Daarna heeft KH per categorie het aantal kaarten vastgesteld dat een bepaald percentage van overeenstemming in item heeft bereikt. Er werd hierbij onderscheid gemaakt tussen de volgende groepen:

- o Het aantal kaarten met een hoge mate van overeenkomst: het aantal kaarten met een correlatie van $>75\%$ (d.w.z. $>75\%$ van de participanten hebben deze categorie voor de kaart gebruikt)
- o Het aantal kaarten met een gemiddelde mate van overeenkomst: het aantal kaarten met een correlatie van $25\%-75\%$
- o Het aantal kaarten met een lage mate van overeenkomst: het aantal kaarten met een correlatie van $<25\%$ ($<25\%$ van de participanten hebben deze categorie gebruikt)

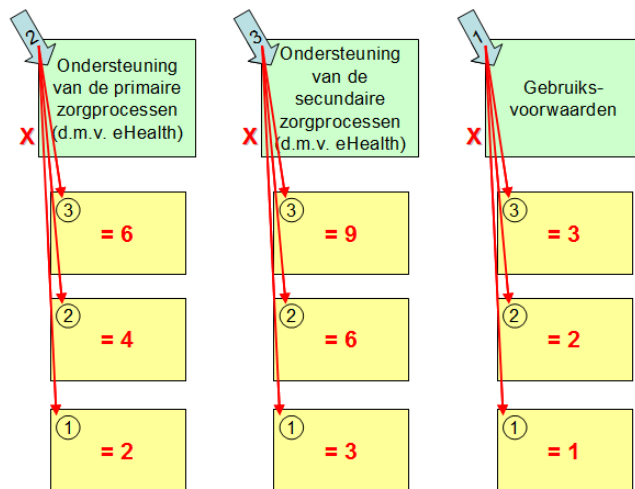
5. *Mate van relevantie van de individuele kaarten en categorieën*

Naast de analyse met betrekking tot de groepering van de data, heeft er ook een analyse ten aanzien van de prioritering van de data plaatsgevonden. Hiervoor heeft KH voor elke cliënt een nieuwe dataset van de uitkomsten gemaakt, waarin enkel de eerste drie kaarten per categorie in opgenomen zijn. In eerste instantie werd per dataset de waarde van de categorieën bepaald. Gedurende de card sorting heeft elke participant met behulp van sticky notes posities toegekend aan de verschillende categorieën. De belangrijkste categorie kreeg het nummer 1, de navolgende categorie het nummer 2, enz. Voor het vaststellen van de waarde van de categorieën, werden deze nummers gehercodeerd. Het

nummer 1 was gelijk aan 3 punten, nummer 2 impliceerde 2 punten, enz. Aansluitend werd voor elke kaart in een bepaalde categorie de waarde in de categorie vastgesteld. De eerste kaart in een bepaalde categorie (dat wil zeggen de kaart die bovenaan lag) kreeg 3 punten toegewezen, de kaart daar onder 2 punten, enz. De totale waarde van elke individuele kaart in een dataset werd berekend op basis van de volgende formule (zie ook figuur 15):

Totale waarde van een individuele kaart	=	Waarde van de categorie waaronder de kaart valt	x	Waarde van de kaart in één bepaalde categorie
---	---	--	---	--

Tot slot werden per kaart de totale waardes uit de verschillende datasets bij elkaar opgeteld om zodoende te komen tot een algemene rangschikking van de meest relevante kaarten. Dat wil zeggen dat er uiteindelijk een lijst is ontstaan met de meest belangrijke componenten die deel uit moeten maken van een eHealth toepassing.



Figuur 15 Relevantiebepaling van de individuele kaarten

3. RESULTATEN

3.1 Individuele interviews

3.1.1 Participanten

In totaal hebben zes gz-psychologen (i.o.) van Raadthuys Psychologen deelgenomen aan de individuele interviews, waaronder ook de praktijkhouder. De office manager, evenals één andere psychologe, waren verhinderd en konden hier niet bij aanwezig zijn. Een overzicht van de kenmerken van alle deelnemers is te vinden in tabel 2. De participanten waren allen vrouwelijk en hadden een gemiddelde leeftijd van 33 jaar, met een spreiding van 25-51 jaar. Alle deelnemers waren in Elst werkzaam, enkelingen zaten hiernaast ook nog op de locaties in Arnhem, Groesbeek of Herveld. Verder had iedereen ervaring met het gebruik van eHealth in de vorm van e-mail contact met cliënten. Een deelnemer had hiernaast ook al met een programma voor online behandeling gewerkt.

Tabel 2. Demografische gegevens respondenten (n=6)

Kenmerk	n=6
Geslacht, vrouw	6
Leeftijd (in jaren)	
25-29	3
30-34	1
35-39	1
≥ 40	1
Functie (meerdere opties mogelijk)	
<i>Praktijkhouder</i>	1
<i>gz-psycholoog (i.o.)</i>	2(4)
Vestiging (meerdere opties mogelijk)	
<i>Arnhem</i>	1
<i>Elst</i>	6
<i>Groesbeek</i>	4
<i>Herveld</i>	1
Behandeld cliënten met depressieve klachten	6
Is bekend met eHealth	6
Ervaring met eHealth (meerdere opties mogelijk)	
<i>e-mail contact met cliënten</i>	6
<i>online behandeling</i>	1

3.1.2 Opbouw van het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten

Uit de individuele gesprekken met de psychologen blijkt dat elke psychologe op een iets andere wijze vorm geeft aan het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten:

“Hoe het [zorgproces] Raadthuys breed eruit ziet, dat weet ik niet... Volgens mij doen we dat allemaal een beetje op onze eigen manier (...)”.

Daarom is gezocht naar overeenstemmingen in de beschrijvingen van alle geïnterviewden. Op basis van deze vergelijking zijn uiteindelijk drie profielen tot stand gekomen: het managementperspectief, het perspectief van de gz-psycholoog i.o., werkzaam op maximaal twee locaties en van de gz-psycholoog (i.o.), werkzaam op twee of meer locaties.

3.1.2.1 Het zorgtraject vanuit managementperspectief

De praktijkhouder gaf aan dat een cliënt met depressieve klachten in het begin van het zorgtraject bij de huisarts terechtkomt (zie figuur 16). Op basis van zijn onderzoek heeft de huisarts al dan niet een vermoeden van een DSM-IV stoornis. Afhankelijk van de ernst van de klachten, verwijst de huisarts de cliënt door naar de POH-ggz of een psycholoog.

Indien er sprake is van lichte depressieve klachten, komt de cliënt in eerste instantie bij de POH-ggz terecht voor vroege onderkenning. Vanaf begin 2014 is de financieringsstructuur veranderd en behoort deze taak niet meer tot het activiteitenpakket van de psycholoog, maar vallen mensen met lichte depressieve klachten onder de POH-ggz. De POH-ggz voert activiteiten uit als activatie en het aanbieden van structuur. Indien de POH-ggz (of de huisarts) de indruk heeft dat er sprake is van zwaardere dan lichte depressieve klachten, dan wordt de cliënt doorverwezen naar een (eerstelijns-)psycholoog. Echter, in de praktijk komt het niet vaak voor dat een POH-ggz cliënten doorverwijst naar een psycholoog:

“Er zijn al een heleboel POH-ggz die zeggen: ‘Ohh, een lichte depressie, och, kan ik makkelijk behandelen!’ Dus daar wordt heel verschillend over gedacht (...) Maar in het model zoals het ministerie het vastlegt mogen ze niet behandelen. En daar waar een diagnose is, moet het echt verwezen worden naar een BIG geregistreerde (...)”.

Voor een doorverwijzing naar de psycholoog moet er sprake zijn van vijf of meer symptomen die duiden op een depressie. Echter, of er daadwerkelijk sprake is van de diagnose depressieve stoornis, moet eerst door de psycholoog worden vastgesteld. Een officiële diagnose is namelijk een noodzakelijke voorwaarde voor een eventuele verdere behandeling bij de psycholoog.

Op het moment dat een cliënt contact opneemt met de psycholoog, wordt er een intakegesprek gepland. In de praktijk kan er een wachttijd van twee à vier weken ontstaan

tussen het moment van aanmelding en het intakegesprek. Ter voorbereiding op het intakegesprek dient de cliënt een aantal vragenlijsten in te vullen, zoals een intakeformulier en een nulmeting. Bij volwassenen wordt er voor de depressie screening meestal een beroep gedaan op de Beck Depression Inventory (BDI). Bij ouderen wordt de Geriatric Depression Scale (GDS) gebruikt. De vragenlijsten worden bij voorkeur per mail verstuurd en digitaal ingevuld. Wanneer de cliënt dit heeft gedaan, komen de resultaten automatisch in het elektronisch patiëntendossier (EPD) te staan. De behandelend psycholoog zal de resultaten inzien en in het eerste gesprek verder uitvragen. Aan de hand van de verzamelde gegevens wordt dan de ernst van de depressieve klachten bepaald, variërend van licht, matig tot ernstig. De te volgen behandeling wordt afgestemd op de diagnose en de ernst van de klachten. Ook probeert de psycholoog hierbij rekening te houden met de hulpvraag en verwachtingen van de cliënt, zoals aangegeven in het intakeformulier. De gemaakte afspraken worden vastgelegd in het behandelprogramma.

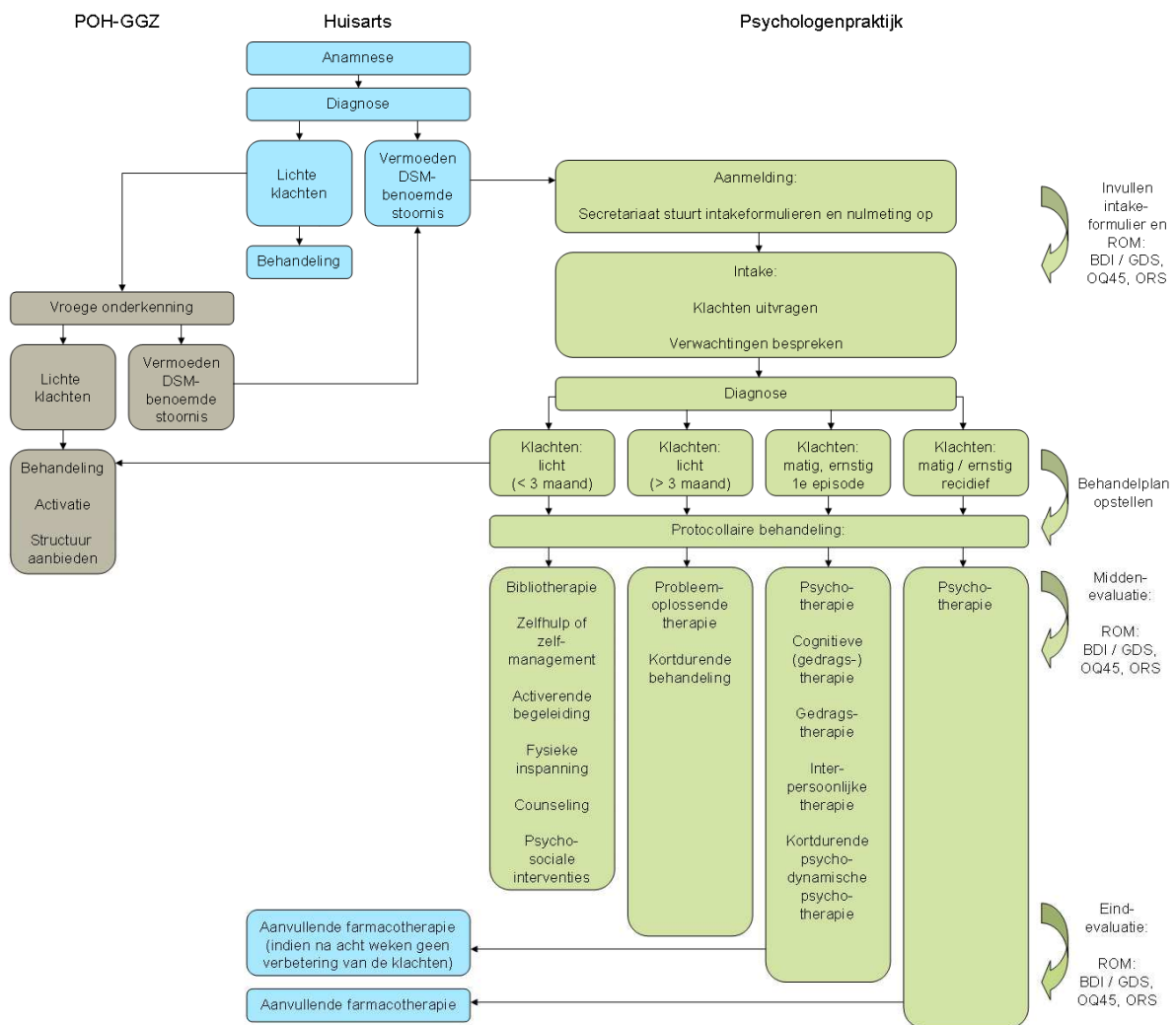
Voor de beschrijving van het behandelproces heeft de praktijkhouder zich georiënteerd aan het zorgprogramma depressie vanuit de GEZ (Geïntegreerde Eerstelijns Zorg). Binnen dit zorgprogramma wordt per betrokken discipline (bijv. huisarts, eerstelijnspsycholoog, praktijkondersteuner ggz, enz.) beschreven welke taken uitgevoerd moeten worden. De aard van de behandeling is afhankelijk van de mate van klachten van de cliënt, variërend van eerste lichte / matige / ernstige depressie tot terugkerende lichte / matige / ernstige en chronische depressie. Vier stappen geven aan hoe te handelen in elk geval. Bij mensen met een lichte depressieve episode wordt zorg geboden in de vorm van bibliotherapie, fysieke inspanning en / of psychosociale interventies (stap 1). De psycholoog kan hiervoor weer terugverwijzen naar een POH-ggz:

“(...) We proberen nu wel vanuit het GEZ zeg maar meer euh... ja, kennis te maken met elkaar om te kijken van: (...) Van wanneer verwijst je nou door of wanneer verwijst je nou terug?(...) dus dat staat nog een beetje in de kinderschoenen omdat POH-ggz euh... in juli pas is gekomen, geloof ik (...)”.

Wanneer de lichte depressieve episode langer aanhoudt, wordt overgegaan tot stap 2: probleemoplossende therapie of kortdurende behandeling bij een psycholoog in de generalistische basis ggz. Stap 3 uit de depressierichtlijn is bedoeld voor mensen met een depressieve episode (matig) ernstig en gaat nog een stuk verder. Hier wordt door een psycholoog psychotherapie verleend, bijvoorbeeld in de vorm van cognitieve (gedrags)therapie (het uitdagen van depressieve gedachten), gedragstherapie, interpersoonlijke therapie en kortdurende psychodynamische psychotherapie. Wanneer de

klachten persisteren en na acht weken nog geen verbetering te constateren is, dan wordt de huisarts ingeschakeld voor eventuele farmacotherapie. De laatste stap in het zorgprogramma depressie wordt toegepast bij mensen met een recidive depressieve episode (matig) ernstig en bestaat uit psychotherapie of psychotherapie in combinatie met farmacotherapie.

Gedurende het hele behandelingsverloop wordt er regelmatig aandacht besteedt aan het ROMmen (Routine Outcome Monitoring). In totaal is er sprake van drie evaluatiemomenten: in het begin, midden en aan het eind. Vragenlijsten, die hiervoor worden gebruikt, zijn de Beck Depression Inventory (BDI), de Geriatric Depression Scale (GDS), de klachtenlijst Outcome Questionnaire-45 (OQ45) en de Outcome Rating Scale (ORS) van Scott Miller. Aan de hand hiervan kan in kaart worden gebracht of er vooruitgang wordt geboekt in de behandeling.



Figuur 16 Opbouw zorgtraject vanuit managementperspectief

3.1.2.2 Het zorgtraject vanuit de gz-psycholoog i.o., werkzaam op maximaal twee locaties

Drie gz-psychologen i.o. hebben het zorgtraject beschreven vanaf het moment waarop zich iemand bij de praktijk aanmeldt (zie figuur 17). Zo vertelden twee van hun dat elke cliënt in het begin een welkomst-mail ontvangt, waarin hij uitgenodigd wordt om een aantal vragenlijsten in te vullen, waaronder intakeformulieren, de klachtenlijst Outcome Questionnaire-45 (OQ45) en de Outcome Rating Scale (ORS).

“(...) als mensen zich aanmelden, en ze zijn hier helemaal ingeschreven, dan krijgen ze een (...) welkomst-mail met een inlogcode enzo, en dan kunnen ze het [de vragenlijsten] op hun computer invullen. En dan krijgen wij de uitslag daarvan weer hierop [in het ROM-portaal van het elektronisch patiëntendossier] te zien (...)”.

De psycholoog kan de resultaten doorlezen, ter voorbereiding op het eerste gesprek. De uitkomsten van de vragenlijsten vormen een belangrijk onderdeel van het diagnoseproces, evenals observatie en klachtenregistratie.

“Wat (...) heeft iemand eigenlijk voor klachten? Hoe ziet dat er uit en hoe deelt iemand zijn dagelijks bestaan in? Hoe ernstig zijn de klachten? (...)”.

In sommige gevallen hebben cliënten zelf al een klachtenregistratie opgesteld. Indien dit niet het geval is, worden zij gevraagd om hun stemming gedurende de dag bij te houden. Daarnaast geeft één respondente aan dat zij gebruik maakt van een depressie screeningslijst, zoals de Beck Depression Inventory (BDI), om een inschatting te maken van de ernst van de klachten. Soms wordt er ook het overleg gezocht met de huisarts. Dit vooral wanneer er al sprake is van farmacotherapie.

Van de intakegesprekken maakt de psycholoog een verslag. Ook wordt er een behandelplan opgesteld dat gebaseerd is op een protocollair programma voor behandelingen van depressieve stoornissen. Dit plan wordt vervolgens met de cliënt besproken:

“(...) dat doe ik ook altijd een beetje in de vorm van psychoeducatie, hoe de klachten nou hebben kunnen ontstaan, en waar de aanknopingspunten liggen (...)”.

Echter, voordat er begonnen wordt met de uitvoering van het plan, besteedt één van de respondenten eerst aandacht aan motiveren:

“(...) dat iemand duidelijk weet waar die zich voor in gaat zetten (...) want je kunt zomaar van start gaan met het protocol en dan haakt iemand halverwege af, van: ‘Wat is het doel?’. (...) Het kost natuurlijk ook wel wat om je ergens voor in te spannen als je weinig energie hebt en je somber voelt (...) dus ik besteed heel veel tijd aan het motiveren (...)”.

De eerste stap in de behandeling is meestal activatie. Dat houdt in dat er samen met de cliënt gewerkt wordt aan het opbouwen van (plezierige) activiteiten. Naarmate de behandeling

vordert, wordt er langzamerhand een overstap gemaakt richting cognitieve gedragstherapie (CGT). Hierin wordt gekeken naar factoren die de depressieve klachten in stand houden (zoals negatieve gedachtes).

Gedurende de behandeling wordt er regelmatig aandacht besteed aan evaluatie. Dit is belangrijk om erachter te komen hoe het gaat, wat de cliënt van de behandeling vindt en of de behandeling aanslaat. Voor de evaluatie wordt er gebruik gemaakt van vragenlijsten. Één respondente legde uit dat zij regelmatig de BDI afneemt om te evalueren hoe het gaat. Verder laat zij de cliënt de OQ45 invullen en meet zij de cliënttevredenheid aan de hand van de ORS en de Consumer Quality Index (CQI), een vragenlijst om klantervaringen in de zorg te meten. Één andere respondente vertelde dat ze om de vier sessies de ORS en de SRS (Sessional Rating Scale) afneemt om te kijken hoe het gaat.

Als er binnen zes weken nog geen sprake is van een verbetering van de klachten, dan kiezen alle respondenten er meestal voor om aanvullende farmacotherapie bij de huisarts voor te stellen. Soms kan het ook gebeuren dat een cliënt al dan niet in overleg met de psycholoog al zelfstandig naar de huisarts is gegaan voor farmacotherapie:

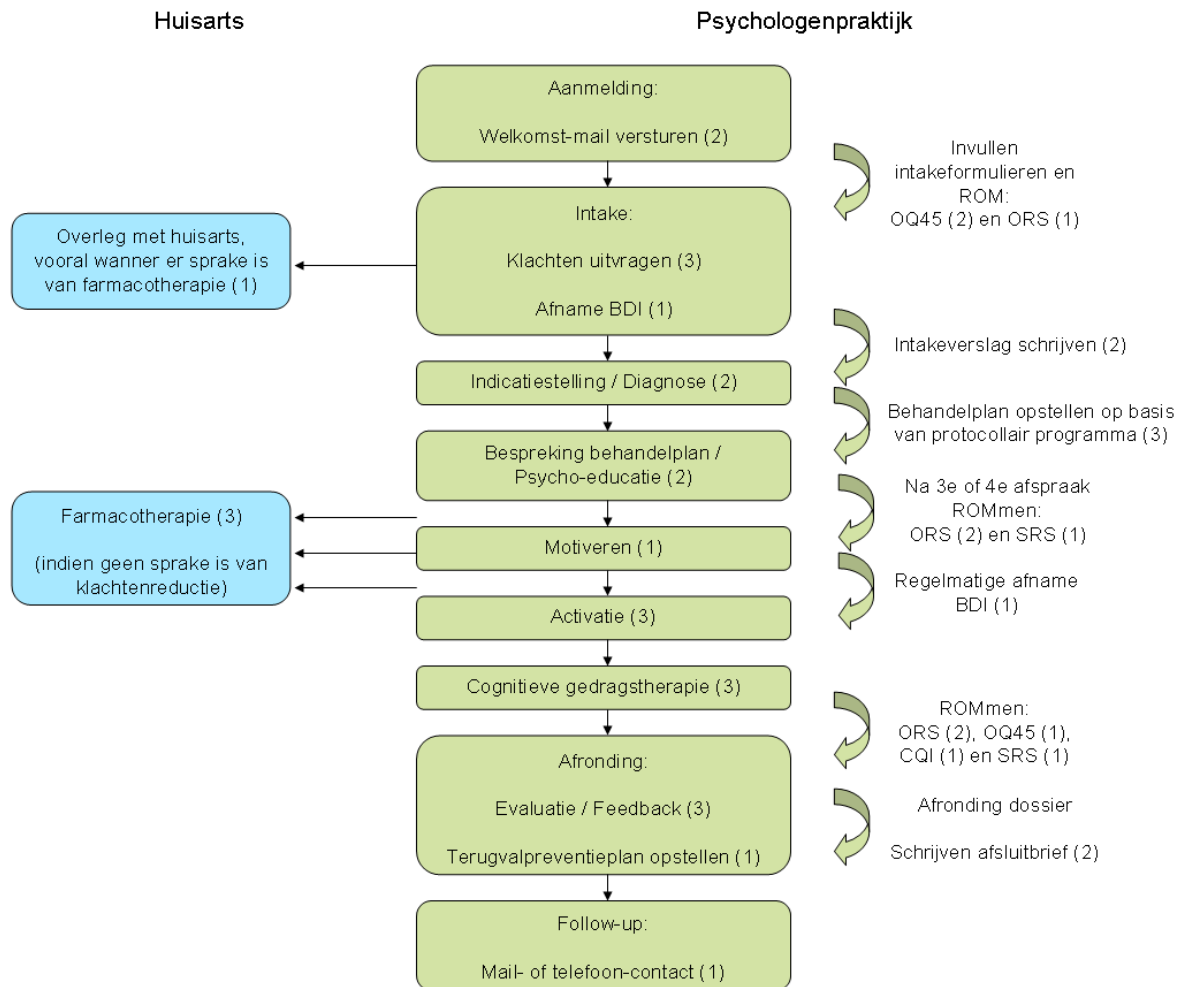
“dat zijn ook vaak mensen die heel moeilijk naar zichzelf kunnen kijken en (...) die dan zo’n verwachting van een psycholoog hebben van: ‘Nouja, hij zal alles, alles oplossen en beter maken.’ (...)”.

In totaal bestaat een behandeling bij de psycholoog uit acht tot twaalf afspraken. De frequentie van de afspraken is afhankelijk van de wensen van de cliënt zelf en de ernst van de klachten:

“Je hebt in het begin vaak wekelijks [een afspraak] en op den duur om de week. (...) Zodat ze tussen de gesprekken door wat meer kunnen gaan oefenen. Euhm... en op het laatst misschien nog wat langer ertussen. (...) Vaak nog wel een afsluitend gesprek na 4, 5 weken, ofzo (...)”.

Ter voorbereiding op het laatste gesprek schrijft de psycholoog een afsluitbrief voor de huisarts. In het gesprek zelf wordt geëvalueerd hoe de behandeling is verlopen en wat iemand heeft geleerd. In sommige gevallen stelt één van de respondenten samen met de cliënt nog een terugvalpreventieplan op. Ook vraagt zij haar cliënten in het laatste gesprek om feedback. Een andere respondente kiest er soms voor om na het laatste gesprek nog een follow-up contact te plannen in de vorm van een e-mail uitwisseling of een telefoongesprek:

“Heel af en toe ook, als evaluatie... euh... bij mensen die ik bijvoorbeeld dan euh... heb afgesloten en waar ik dan mee afsprek (...) dat ik ze drie maanden later nog een keer een e-mail stuur waarin ze dan kunnen laten weten hoe het gaat. Maar meestal doe ik dat telefonisch (...)”.



Figuur 17 Opbouw zorgtraject vanuit de gz-psycholoog i.o., werkzaam op maximaal twee locaties

3.1.2.3 Het zorgtraject vanuit de gz-psycholoog (i.o.), werkzaam op twee of meer locaties

Één respondente is de beschrijving van het zorgtraject begonnen met het moment waarop een cliënt met depressieve klachten in de huisartsenpraktijk binnenkomt (zie figuur 18). Van hieruit wordt de cliënt doorverwezen en komt hij in eerste instantie al dan niet bij een POH-ggz terecht. Wanneer de praktijkondersteuner ggz echter het gevoel heeft dat zij de patiënt niet voldoende kan behandelen, dan kan de patiënt direct vanuit de huisarts of door de POH-ggz worden doorverwezen naar een psycholoog. De psychologenpraktijk ontvangt dan een verwijsbrief en het secretariaat neemt contact op met de cliënt om de gegevens op te vragen. Aansluitend wordt er een afspraak gemaakt voor een eerste gesprek met de cliënt.

Beide respondenten legden uit dat de cliënt ter voorbereiding op het intakegesprek een aantal vragenlijsten dient in te vullen, zoals intakeformulieren en ROM-lijsten. Een respondente voegde hieraan toe dat de praktijk sinds korte tijd door de zorgverzekeraar verplicht werd gesteld om bij alle nieuwe intakes de OQ45 af te nemen. Hiervoor verstuurt

het secretariaat een intakebrief (bij voorkeur in de vorm van een e-mail). Wanneer een cliënt de vragenlijsten digitaal heeft ingevuld, dan komen de uitkomsten automatisch in het EPD te staan. Hier kan de psycholoog de resultaten doornemen en de totaalscore bekijken, zodat zij alvast een beeld kan krijgen van de klachten van de cliënt.

Tijdens de intake worden de klachten verder uitgevraagd om erachter te komen of er daadwerkelijk sprake is van een depressieve stoornis. Om de ernst van de klachten te kunnen bepalen, wordt de BDI afgenomen. Daarnaast verstrekt de psycholoog in het eerste gesprek informatie over depressie en het verloop van de behandeling. Verder probeert één respondente het behandelplan samen met de cliënt op te stellen. De inhoud van de behandeling is afhankelijk van de desbetreffende persoon en zijn problematiek. Elementaire bouwstenen worden als volgt beschreven:

“in principe zijn de twee belangrijkste onderdelen euhm... bij behandeling van depressie, activatie, dus... waar ze van kunnen gaan genieten. En euhm... en cognitieve therapie, dus uitdagen van gedachtes (...).”

Normaliter wordt er begonnen met activatie, maar indien iemand al een structureel bestaan heeft, kan er ook meteen over worden gegaan tot cognitieve gedragstherapie.

Daarnaast beschreven beide respondenten nog andere onderdelen, die een rol kunnen spelen in de behandeling. Zo vertelde één respondente, dat er naast cognitieve gedragstherapie ook van andere behandelvormen gebruik kan worden gemaakt, zoals Mindfulness en oplossingsgerichte therapie. De andere respondente wees daarentegen erop dat het ook mogelijk is om een cliënt door te verwijzen, wanneer de behandeling niet aanslaat. Zo kan er gekeken worden of medicatie kan helpen om de klachten van de cliënt te verminderen. Ook kan de cliënt doorverwezen worden naar een groepsbehandeling, wanneer hij hier beter op zijn plek lijkt te zijn.

Om zicht te kunnen houden op de klachten van de cliënt, besteedt één respondente regelmatig aandacht aan evaluatie. Zij maakt hiervoor gebruik van vragenlijsten als de BDI en de ORS (Outcome Rating Scale):

“(...) dus die [BDI] neem ik de eerste keer af en dan meestal na drie keer nog een keer en dan na drie keer nog een keer om te kijken of het ook beter gaat (...).”

Daarnaast laat zij om de sessie de SRS (Sessional Rating Scale) invullen om de kwaliteit van de therapeutische relatie te kunnen meten.

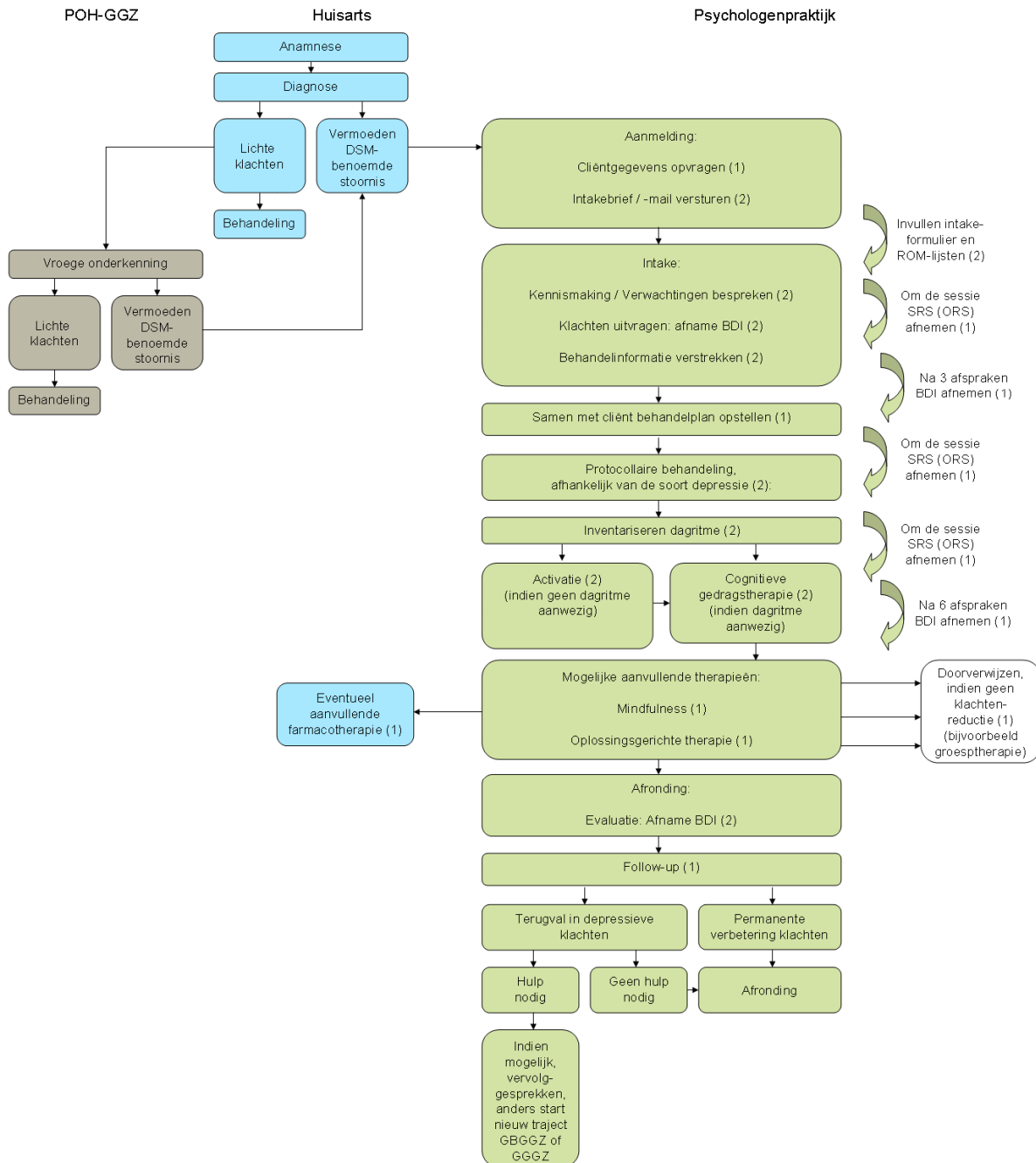
In totaal bestaat een behandeling uit tien, maximaal twaalf sessies. De frequentie van de gesprekken maakt één respondente afhankelijk van hoe het gaat:

“(...) de eerste drie gesprekken zijn ongeveer om de week, dan komen er meestal twee weken

tussen te zitten en dan het laatste gesprek doe ik meestal follow-up, dus dan doe ik er drie maanden tussen, ofzo. Om dan te kijken of ze het behaalde resultaat vast kunnen houden of niet (...)”.

Wanneer in het follow-up gesprek blijkt dat iemand het behaalde resultaat niet kan vasthouden, dan wordt onderzocht wat de reden hiervoor is. Ook wordt besproken of iemand de geconstateerde problemen zelf weer kan oplossen of dat er opnieuw hulp nodig is. Wanneer er opnieuw hulp nodig is, kunnen afhankelijk van het tot nu toe geldende traject van de cliënt nog verdere vervolgafspraken worden gepland. Wanneer dit niet mogelijk is, dient er een doorverwijzing plaats te vinden:

“(...) het kan natuurlijk zijn dat je het hele traject al binnen zes sessies hebt afgerond, dan kan je natuurlijk kijken of je dan nog die vier sessies nog kan doen (...) maar als je de (...) maximale hebt gebruikt al (...) en je denkt daar moet toch echt nog hulp bij komen, dan euh... dan kun je dus kijken bijvoorbeeld of nog één basis ggz of één specialistische ggz (...)”.



Figuur 18 Opbouw zorgtraject vanuit de gz-psycholoog (i.o.), werkzaam op twee of meer locaties

3.1.2.4 Vergelijking van de drie perspectieven

Uit een overall vergelijking van alle beschrijvingen van het zorgtraject is gebleken dat het proces in grote lijnen op dezelfde manier verloopt. Dit proces zal navolgend verder worden besproken, waarbij de profielbeschrijvingen “gz-psychologen i.o., werkzaam op maximaal twee locaties”, en “gz-psychologen (i.o.), werkzaam op twee of meer locaties” voor het leesgemak worden afgekort met respectievelijk: gz-psychologen i.o. (≤ 2) en gz-psychologen (i.o., ≥ 2).

Grofweg kan het zorgtraject onder worden verdeeld in de volgende stappen: aanmelding, diagnose / indicatiestelling, behandeling, monitoring van het beloop en afronding. Verschillen zijn vooral waarneembaar in de manier waarop er vorm wordt gegeven aan de individuele fasen.

Opvallend is dat het management voor de beschrijving van het zorgtraject vooral gerefereerd heeft aan het zorgprogramma depressie. Hierin wordt de samenwerking beschreven op het gebied van depressiezorg tussen de betrokken hulpverleners van preventie tot en met nazorg.

Volgens het zorgprogramma vormt een bezoek aan de huisarts het beginpunt van het zorgtraject van mensen met depressieve klachten. Naast het management was er maar één andere psychologe die haar beschrijving van het zorgtraject met dit moment is begonnen. De meeste psychologen startten hun verhaal met het moment waarop een cliënt zich aanmeldt bij de praktijk en de intakeformulieren ontvangt.

De visies over het hierna volgende intakegesprek kwamen redelijk met elkaar overeen. Alle zorgverleners waren van mening dat het uitvragen van de klachten een belangrijk aspect vormt van het eerste gesprek. Er kan hiervoor gebruik worden gemaakt van de BDI. Verder werd het door het management en de gz-psychologen (i.o., ≥ 2), belangrijk gevonden om de wederzijdse verwachtingen te bespreken en verstrekken de gz-psychologen (i.o., ≥ 2) soms ook behandelinformatie.

Verschillen waren vooral te vinden in het verdere verloop van het zorgtraject. Zo viel op dat de gz-psychologen (i.o., ≥ 2) geen diagnoseproces hebben beschreven. In plaats hiervan zijn zij direct over gegaan tot de volgende stap: het opstellen van een behandelplan. De inhoud van de behandeling is vanuit alle perspectieven afhankelijk van de aard van de klachten. Echter, alleen het management maakte een duidelijk onderscheid tussen een eerste lichte depressie korter dan drie maanden, lichte depressie langer dan drie maanden, matige/ernstige depressie en terugkerende matige/ernstige depressie. Voor elke vorm bestaat er een eigen behandelingspakket. De gz-psychologen i.o. (≤ 2) en de gz-psychologen (i.o., ≥ 2) benoemden daarentegen een aantal elementaire componenten van de behandeling, die vrijwel in elke situatie worden toegepast. Alleen de volgorde en intensiteit van de diverse elementen kan verschillen, afhankelijk van de aard van de klachten en de situatie waarin de cliënt zich bevindt. Nadat het behandelplan is opgesteld, bespreken de gz-psychologen i.o. (≤ 2) het plan met de cliënt. Dit gebeurt meestal in de vorm van psycho-educatie. Daarnaast wordt er achtereenvolgens gebruik gemaakt van motiveren, activatie en cognitieve gedragstherapie. Activatie en cognitieve gedragstherapie werden door de gz-psychologen

(i.o., ≥ 2) als enige onderdelen van de gebruikelijke behandeling aangehaald. Waar vrijwel alle psychologen het met elkaar over eens waren, is dat er een huisarts ingeschakeld moet worden voor eventuele medicatie, wanneer de behandeling niet aanslaat. Daarnaast wezen de gz-psychologen (i.o., ≥ 2) erop dat binnen elke behandeling gebruik kan worden gemaakt van aanvullende therapieën, zoals mindfulness en oplossingsgerichte therapie. Ook kan er een doorverwijzing naar een groepsbehandeling plaatsvinden.

Het belangrijkste aspect van het laatste gesprek vormt evaluatie. Het management en de gz-psychologen (i.o., ≥ 2) nemen in dit gesprek de BDI af om te kijken of er een verbetering van de klachten te constateren is. Daarnaast maakt het management ook nog gebruik van de OQ45 en de ORS. Beide vragenlijsten werden ook door de gz-psychologen i.o. (≤ 2) afgenomen, evenals de CQI en de SRS.

Dat evaluatie ook gedurende de behandeling belangrijk is, werd door alle psychologen herkend. Echter, de frequentie en manier van evalueren verschilt per medewerker. Het management maakt gebruik van een begin-, midden- en eindevaluatie, waarin de BDI/GDS, OQ45 en ORS worden afgenomen. De gz-psychologen i.o. (≤ 2) maken hiernaast nog gebruik van de SRS en de CQI. Door de gz-psychologen (i.o., ≥ 2) werd alleen de BDI, de SRS en de ORS als gebruikelijk meetinstrument genoemd.

Tot slot viel op dat enkelingen van de gz-psychologen i.o. (≤ 2) en de gz-psychologen (i.o., ≥ 2) de behandeling afronden met een follow-up gesprek. In dit gesprek wordt gekeken hoe het de afgelopen tijd is gegaan en of in toekomst nog verdere hulp nodig is.

3.1.3 Taken van de gz-psycholoog binnen het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten

Aan de hand van de resultaten van alle respondenten is er een overzicht gemaakt van de taken van de GZ psycholoog binnen het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten (zie figuur 19). Zodra een psycholoog de intakeformulieren en de resultaten van de ingevulde vragenlijsten heeft ontvangen, dan dient zij deze door te lezen ter voorbereiding op het intakegesprek. In dit eerste gesprek probeert de psycholoog vooral aandacht te besteden aan kennismaking en observatie in de vorm van een klachtenregistratie:

“in eerste instantie ga [je] natuurlijk goed registreren: ‘Wat (...) heeft iemand eigenlijk voor klachten? Hoe ziet dat er uit en hoe deelt iemand zijn dagelijks bestaan in? (...)’. En vervolgens ga je daar op kijken van ‘Nouja, hoe kunnen we daarmee om gaan?’ (...)”.

Ook wordt er in sommige gevallen tijdens het intakegesprek al uitleg gegeven over de

behandeling. Na het gesprek schrijft de psycholoog een intakeverslag. Aan de hand van de verzamelde gegevens dient er vervolgens een diagnose te worden gesteld. Ondertussen begint de psycholoog ook al met het opstellen van een behandelplan:

“(...) Ondertussen euh... euhm... probeer ik ook altijd wel om een behandelplan op te stellen, ook het liefst op papier (...) probeer ik samen met de cliënt te doen, dat de cliënt ook kan zien wat we gaan doen en wat het plan is (...)”.

In de meeste gevallen wordt er uitgegaan van de protocollaire behandeling voor een depressie. Deze begint met psycho-educatie. Hierin kijkt de psycholoog naar:

“hoe de klachten nou hebben kunnen ontstaan, en waar de aanknopingspunten liggen (...)”.

Een ander belangrijk aspect van de behandeling is activatie:

“waar ik eigenlijk altijd mee start is activeren, ontspannen activiteiten zoeken, iemand wat euh... in beweging brengen (...)”.

Vervolgens wordt er aandacht besteedt aan cognitieve gedragstherapie.

(...) Dan kun je als psycholoog door naar cognitieve gedragstherapie, waarin je de depressieve gedachten gaat uitdagen en uitlegt van hoe euh... iemand in een vicieuze cirkel zit en hoe die er uit kan komen (...)”.

Hiernaast kan er ook interpersoonlijke therapie worden gegeven, wanneer er sprake is van problemen in de omgeving van een cliënt.

Gedurende de hele behandeling neemt de psycholoog regelmatig evaluatievragenlijsten af om te kijken of er sprake is van een vermindering van de klachten. Bij patiënten die lijden aan een depressie, wordt er hiervoor een beroep gedaan op de BDI (Beck Depression Inventory). Daarnaast wordt er ook gebruik gemaakt van de SRS (Session Rating Scale) en de ORS (Outcome Rating Scale). Indien er geen sprake is van verbetering, dan kan de psycholoog in gesprek gaan met de huisarts met betrekking tot een mogelijke inzet van farmacotherapie. Ook kan de psycholoog overwegen om een cliënt door te verwijzen, wanneer zij denkt dat de cliënt ergens anders beter op zijn plek is.

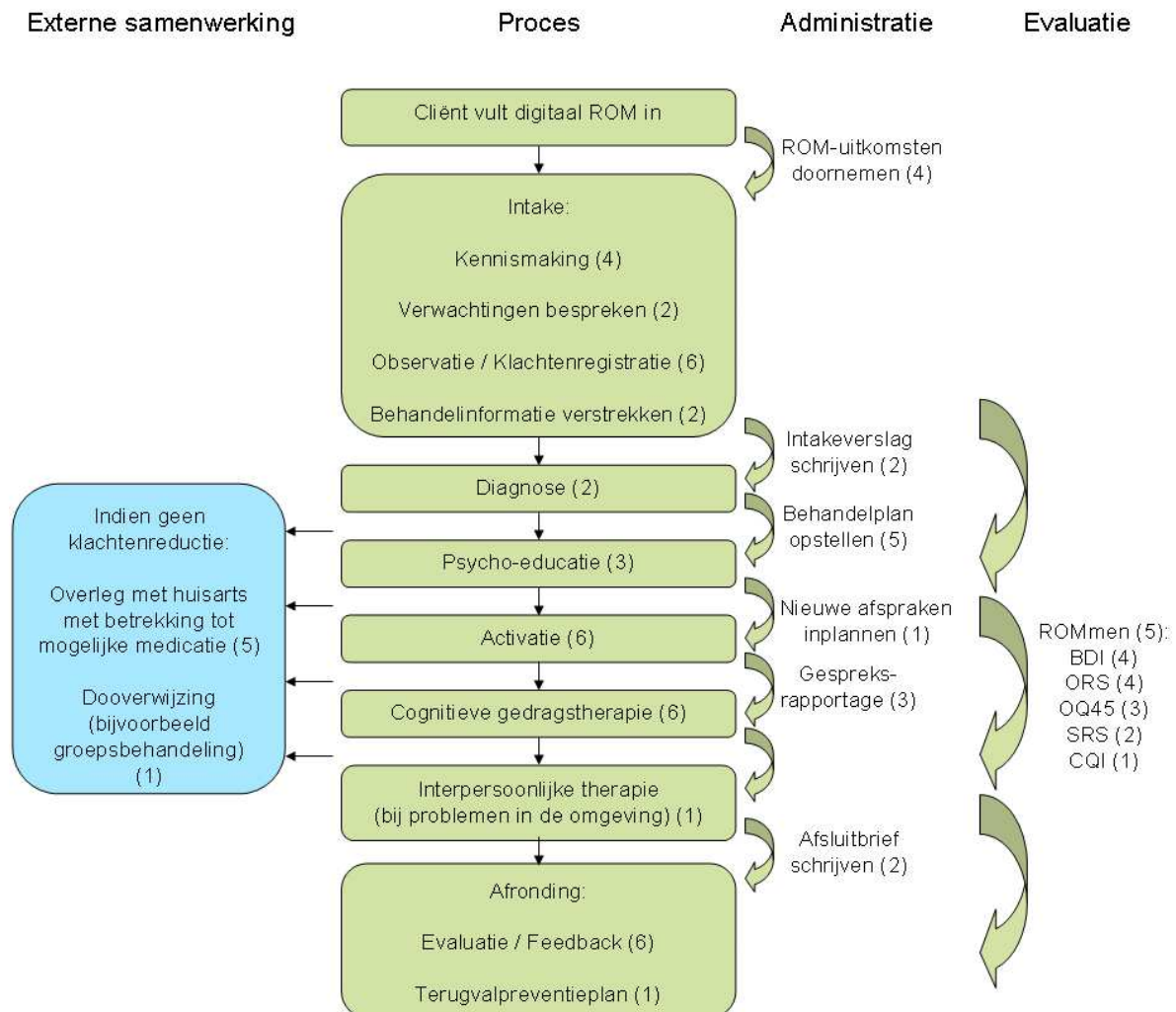
Aan het einde van een behandeling stelt de psycholoog vaak samen met de cliënt een terugvalpreventieplan op:

“(...) bij sommigen maak ik heel specifiek een, een soort euh... terugvalpreventieplan, soort signalen plan van hé hoe merk je nou dat die meter langzaam oploopt en wat moet je dan gaan doen, wat heb je nou geleerd, wat kan je omgeving doen? (...)”.

Verder wordt er in de laatste bijeenkomst vaak aandacht besteed aan evaluatie en vraagt de psycholoog om feedback. Na het gesprek dient de psycholoog een afsluitbrief te schrijven voor de huisarts.

Administratieve taken die bij de behandeling komen kijken, zijn vooral regelmatige rapportage en het plannen van nieuwe cliëntafspraken:

“[ik] ben, hé, verantwoordelijk voor (...) het maken van nieuwe afspraken, en voor het euh... het registreren ook (...).”



Figuur 19 Taken van de gz-psycholoog binnen het zorgtraject (het aantal respondenten)

3.1.4 Positieve factoren met betrekking tot de zorgprocessen in het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten

Positieve punten met betrekking tot de verschillende zorgprocessen in het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten werden op verschillende gebieden benoemd (zie tabel 3).

Twee medewerkers waren het erover eens dat er binnen de behandeling voldoende aandacht is voor regelmatige evaluatiemomenten:

“(...) waar ik ook wel tevreden over ben, is het die momenten van evaluatie (...) inplannen.”

(...) ik probeer echt wel heel duidelijk te kijken van: “Gaan we nog goed, hé? Ben je ermee eens? (...) Stippel jij de lijn maar uit, ik volg wel, of zitten we nog of het goede pad? (...)”.

Over de inhoud van de evaluaties werd gezegd, dat deze voldoende mogelijkheid bieden tot zelfreflectie:

“(...) dat je dan ook kan zien of je, of je het zelf goed doet (...) of je daarin nog iets kan verbeteren. Dus dat vind ik met name wel goed gaan dus euh... het traject zelf, denk ik (...)”.

Daarnaast heerste tevredenheid over het feit dat de afname van vragenlijsten sinds kort is vergemakkelijkt doordat cliënten de formulieren thuis op de computer kunnen invullen en de resultaten hiervan direct in het elektronisch patiënten dossier komen te staan. Het elektronisch patiënten dossier heeft op zijn beurt als voordeel dat cliëntgerichte informatie makkelijk toegankelijk is.

Hiernaast gaf een participant aan dat ze tevreden is over de eerste paar gesprekken:

“de intake, de indicatiestelling en euh... daarmee de uitleg aan een cliënt en ook wel het samen zoeken naar wat zijn nou de belangrijkste euh... aanknopingspunten... waar moet je mee aan de slag of wat zijn nou de instandhoudende factoren? (...)”.

Weer een andere deelnemer was positief over de aangeboden protocollen, waarvan gebruik dient te worden gemaakt, nadat gekozen is voor een bepaalde behandeling.

Wat betreft de planning, was iemand blij met de mogelijkheid tot het zelf maken van cliëntafspraken en het verzetten van door het secretariaat geplande cliëntafspraken.

Tot slot heerste er tevredenheid over de effectiviteit van de behandeling, waarbij één psychologe benadrukte dat zij aan het einde van de behandeling vaak een afname in depressieve klachten kan constateren bij haar cliënten. Daarentegen benoemde een andere medewerkster de lage uitval van cliënten:

“ik besteed heel veel tijd aan het motiveren en op zich ben ik daar euh... tevreden over en als ik kijk naar mijn uitval van depressieve cliënten, dan (...) gaat dat goed, zeg maar. Er zijn weinig mensen die uitvallen (...)”.

Tabel 3. Positieve factoren ten aanzien van het zorgtraject

Categorie	Positieve factor
Timing	- Voldoende aandacht voor regelmatige evaluatie
Proces	- Eenvoudige afname van vragenlijsten door digitalisatie - Gezamenlijke probleemverheldering - Duidelijk protocol voor cognitieve gedragstherapie
Planning	- Mogelijkheid tot het zelf plannen / verzetten van cliëntafspraken
IT	- EPD biedt makkelijk toegang tot cliëntinformatie
Behandeleffectiviteit	- Geringe uitval van cliënten - Klachtenreductie na behandeling
Persoonlijke ontwikkeling	- Mogelijkheid tot zelfreflectie door evaluatie behandelaar

3.1.5 Belemmerende factoren met betrekking tot de zorgprocessen in het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten

Belemmerende factoren met betrekking tot de verschillende zorgprocessen in het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten hadden vooral te maken met de interne afstemming, timing, behandelmodules en activiteiten, het proces, externe afstemming, planning en informatietechnologie (zie tabel 4).

Als meest belemmerende factor in het zorgproces werd een gebrek aan eenduidigheid in behandelstructuur gezien. Te weinig onderlinge communicatie zorgt ervoor dat de medewerkers nauwelijks inzicht hebben in elkaars werkwijze:

“ik heb weinig idee van hoe collega’s het doen. En eigenlijk is dat natuurlijk wel een beetje vreemd (...)”.

Daarnaast klaagden veel medewerkers dat er weinig tijd is voor evaluatie, doordat de afname van de vragenlijsten een tijdrovende bezigheid is:

“(...) dat ik dus af en toe de vragenlijsten vergeet, omdat ik... nouja, niet vergeet, maar dat ik af en toe besluit om ze niet te doen, omdat ik er geen tijd voor heb. Dat vind ik moeilijk (...)”.

Andere belemmerende factoren hadden vooral te maken met de behandelmodules en – activiteiten. Zo vonden vrijwel alle medewerkers het nadelig dat het protocollenboek alleen als papierenversie beschikbaar is:

“(...) via de euhm... de uitgever van de protocollenboeken euhm... kun je online een aantal bijlagen, die bij een protocol horen uitprinten. Alleen niet alle bijlagen euh... zijn zo digitaal beschikbaar. Dus dat betekent dat ik sommige dingen dan kan uitprinten en andere dingen moet euh... kopiëren. (...) En dat... daar gaat wel veel tijd in zitten (...)”.

Een ander probleem is dat het protocollenboek te lang is voor de generalistische basis ggz en

dat medewerkers niet getraind zijn in het gebruik hiervan.

Hiernaast hebben een aantal medewerkers moeite met het vinden van de juiste behandeling:

“Ik vind het soms wel lastig om in te schatten welk traject het beste is (...) wanneer besluit je nou tot het één en wanneer besluit je nou tot het ander? (...) Dus echt het (...) maken van een behandelplan van wat wil ik eigenlijk gaan doen, wat, wat denk ik wat passend is? (...)”.

Een laatste belemmerende factor, die met betrekking tot de behandelmodules en –activiteiten werd genoemd, was een tijdrovende uitleg van het behandelprogramma.

Als belemmerende factor van het behandelproces zelf, haalden meerdere psychologen de onvoorspelbaarheid van het behandelingsverloop aan, veroorzaakt door de lage therapietrouw van cliënten:

“(...) dat is natuurlijk een lastige bij mensen met een depressie (...) dat ze vaak moeite hebben om (...) dingen te doen. (...) mensen hebben gewoon heel vaak, heel vaak huiswerk niet gemaakt (...) je bent zo afhankelijk van wat mensen er thuis mee doen (...)”.

Verder beklagden enkelingen de wekenlange wachttijd tussen aanmelding en intake en het beperkte aantal behandel sessies.

Ten aanzien van de planning werden punten aangehaald als een moeilijke planning van cliëntafspraken door een beperkte beschikbaarheid van cliënten, evenals een geringe flexibiliteit in het plannen van afspraken door een secretariael agendabeheer:

“soms zie ik dat het secretariaat wel een plekje voor een intake (...) maar dan had ik eigenlijk meer euh... tijd euh... aan bijvoorbeeld afsluitbrieven willen, willen besteden en dat vind ik dan lastig, zeg maar (...)”.

Wat betreft de digitale afname van vragenlijsten werd door één persoon benoemd dat de automatische resultaten ervan moeilijk te interpreteren zijn, aangezien er weinig informatie beschikbaar is over hoe de resultaten te lezen zijn. Een ander probleem met betrekking tot informatietechnologie, dat door een enkeling is genoemd, was een gebrek aan tekstopmaak-keuzes in het rapportage portaal van het elektronisch patiënten dossier.

Ook de externe afstemming met de huisarts werd door één iemand als negatief punt aangehaald, aangezien er vaak weinig overleg is tussen huisarts en psycholoog ten aanzien van het behandeltraject van een cliënt.

Tabel 4. Belemmerende factoren ten aanzien van het zorgtraject

Categorie	Belemmerende factor
Interne afstemming	- Geen eenduidigheid in behandelstructuur door gebrek aan communicatie
Timing	- Weinig tijd voor evaluatie door tijdrovende afname van vragenlijsten
Behandelmodules en activiteiten	- Protocollenboek is alleen als papierenversie beschikbaar - Moeite met het vinden van de juiste behandeling - Protocollenboek is te lang voor de eerste lijn - Tijdrovende uitleg van het behandelprogramma - Geen training in gebruik protocol
Proces	- Onvoorspelbaarheid van het behandelingsverloop door lage therapietrouw - Te weinig tijd door beperkt aantal behandelsessies - Wekenlange wachttijd tussen aanmelding en intake
Planning	- Beperkte beschikbaarheid van cliënten bemoeilijkt afsprakenplanning - Weinig flexibiliteit in plannen van afspraken door secretariael agendabeheer
IT	- Digitale ROM-uitkomsten zijn moeilijk leesbaar - Gebrek aan tekstopmaak-keuzes in EPD rapportage systeem
Externe afstemming	- Huisarts zoekt weinig overleg met betrekking tot farmacotherapie

3.1.6 Verbeterpunten met betrekking tot de verschillende zorgprocessen in het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten

In de interviews werden diverse verbeterpunten genoemd ten aanzien van de verschillende zorgprocessen in het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten (zie tabel 5). Deze hadden vooral te maken met de timing, het proces, de interne afstemming, het cliëntcontact en de organisatie van zorg.

Het meeste genoemde verbeterpunt had te maken met timing. Meerdere personen gaven aan dat waardevolle behandeltime gespaard zou kunnen worden door alle vragenlijsten digitaal aan te bieden en buiten de sessies om af te nemen:

“(...) of dat ze thuis dan nog vragenlijsten kunnen invullen, dat je dat dus niet in de sessies hoeft te doen, dat je daar geen tijd aan hoeft te besteden (...)”.

Ten aanzien van de opmaak en inhoud van de vragenlijsten merkte iemand op dat zij het op prijs zou stellen als de vragen eenduidiger zouden zijn en beter zouden aansluiten bij de fase van de behandeling waarin een cliënt zich bevindt.

Naast de vragenlijsten, zouden ook de (huiswerk-)opdrachten digitaal kunnen worden aangeboden, aldus meerdere medewerkers:

“(...) als je gewoon een voorbestaand map hebt waar je al die bijlages digitaal hebt, oh, daar

wordt ik wel blij van, van dat idee (...)”.

Verder zou het behandeltraject voor zowel de cliënt als ook de hulpverlener inzichtelijker gemaakt kunnen worden door een digitaal overzicht aan te bieden:

“(...) het lijkt me wel heel handig en zinnig (...) dat je kan zien: ‘Oké, nu hebben we deze onderdelen’ of euh... ‘Ja, de volgende twee weken gaan we dat doen’ of euh... euh... dat je het ook nog een keertje rustig thuis kan teruglezen, dat lijkt me heel zinvol voor de cliënt (...)”.

Wat betreft de inhoud van het behandelproces gaven enkelingen aan dat ze graag meer zorg op maat zouden leveren door de behandelinformatie af te stemmen op het niveau van de cliënt en een keuze uit diverse behandelmodules aan te bieden.

Met betrekking tot de interne afstemming zei een persoon dat richtlijnen zouden kunnen helpen om een eenduidige werkwijze te creëren, terwijl twee anderen aangaven dat regelmatige overleggen een bijdrage zouden kunnen leveren aan de onderlinge behandelinhoudelijke communicatie:

“(...) mailcontact, bijvoorbeeld. (...) Maar daar hebben we niet concrete afspraken over, dat zou... ja, ook een stukje communicatie daarover en misschien deels iets van richtlijnen, dat zou misschien wel prettig zijn (...)”.

Over het cliëntcontact zeiden twee personen dat ze graag de betrokkenheid van cliënten zouden verhogen door sessie-onafhankelijke contactmogelijkheden aan te bieden, bijvoorbeeld in de vorm van online contact of begeleiding aan huis:

“wat ik bij sommige mensen ook wel fijn zou vinden is (...) dat er gewoon iemand naar toe kan gaan om iemand, ja, gewoon fysiek euhm... te helpen om de dingen die je in de behandeling bespreekt, om dat echt te gaan doen (...)”.

Daarnaast haalde iemand als verbeterpunt aan dat de therapieën ook in de vorm van groepsbehandeling aangeboden zouden kunnen worden. Dit zou tevens een kostenbesparing kunnen opleveren.

Tabel 5. Verbeterpunten ten aanzien van het zorgtraject

Categorie	Verbeterpunt
Timing	- Tijdbesparing door digitale afname van vragenlijsten buiten de sessies om
Proces	- Opdrachten digitaal aanbieden - Inzicht in behandeltraject verhogen door digitaal overzicht - Dynamische behandeling door een keuze uit diverse modules - Behandelinformatie afstemmen op cliëtniveau - Vragenlijst omvat eenduidige, fase-specifieke vragen
Interne afstemming	- Regelmatige overleggen plannen ter bevordering van onderlinge behandelinhoudelijke communicatie - Een eenduidige werkwijze creëren door richtlijnen op te stellen
Cliëntcontact	- Online contact buiten de sessies om - Begeleiding aan huis
Organisatie van zorg	- Kostenbesparend werken door groepsbehandelingen aan te bieden

3.1.7 eHealth gebruik binnen Raadthuys Psychologen

Binnen Raadthuys Psychologen wordt er vooral gebruik gemaakt van eHealth in de vorm van e-zorg en e-zorgondersteuning (zie tabel 6). Op het gebied van e-zorg wordt de meeste tijd besteedt aan e-therapie. Zo hebben alle psychologen wel eens via de mail contact gehad met hun cliënten over hoe het gaat en de meeste medewerkers mailen huiswerkopdrachten naar cliënten:

(...) Dat is iets wat ik eigenlijk wel standaard mensen ook meegeef, van: ‘Als er wat is, stuur een mailtje en ik beantwoord het’ (...) Dus ik gebruik het, ja, als een, als een soort, ja, communicatie euh... middel naast de sessies (...)”.

Daarnaast heeft één persoon wel eens met een cliënt geskypd, terwijl een andere participant cliënten verwijst naar een bestaande website waarop ontspannings-video’s te vinden zijn. Hiernaast vertelden een aantal psychologen dat ze gebruik maken van e-diagnose, de digitale afname van diagnose- en evaluatievragenlijsten:

“(...) als mensen zich aanmelden, en ze zijn hier helemaal ingeschreven, dan krijgen ze (...) een welkomst-mail met een inlogcode enzo, en dan kunnen ze het [vragenlijst] op hun computer invullen. En dan krijgen wij de uitslag daarvan weer hierop te zien (...)”.

Hiernaast probeert één van de psychologen om binnen de behandeling ook aandacht te besteden aan e-care. Dit door cliënten gebruik te laten maken van bestaande, externe apps waarin zij gedachteschema’s kunnen invullen.

Op het gebied van e-zorgondersteuning wordt er gebruik gemaakt van e-administratie.

Zo werd door twee personen benoemd dat er binnen Raadthuys Psychologen een elektronisch patiënten dossier bestaat en twee andere participanten merkten op dat zij cliëntafspraken soms via de mail plannen.

Tabel 6. eHealth gebruik binnen Raadthuys Psychologen

Categorie		eHealth gebruik
E-zorg	e-diagnose	Digitale afname van diagnose- en evaluatievragenlijsten
	e-therapie	Mail-contact over hoe het gaat
		Mailen van opdrachten
		Skype-gesprekken
		Gebruik van bestaande, externe ontspannings-video's
	e-care	Gebruik van bestaande, externe apps voor het invullen van gedachteschema's
E-zorg-ondersteuning	e-administratie	Gebruik EPD
		Afspraken plannen via e-mail

3.1.8 Voordelen met betrekking tot de toepassing van eHealth binnen het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten

Voordelen, die de hulpverleners van Raadthuys Psychologen zien met betrekking tot de toepassing van eHealth, zijn vooral gericht op een verbeterde kwaliteit en efficiëntie van zorg, een betere toegang tot zorg en een centralere positie van de cliënt in het zorgproces.

De meeste voordelen, die aan het gebruik van eHealth werden toegeschreven, hebben te maken met een verbeterde efficiëntie en kwaliteit van zorg (zie tabel 7).

Wat betreft de efficiëntie van zorg, waren alle psychologen het erover eens dat door een digitalisatie van opdrachten de betrokkenheid van de cliënt kan worden verhoogd.

“Ja, als mensen opdrachten moeten uitvoeren, dat, dat er dan een, gewoon een structuur in zit, dat daar vragen zijn, die ze moeten beantwoorden, dat ze dingen moeten invullen (...) gewoon om ze wat, wat actiever bij de behandeling te betrekken (...)”.

Een actieve houding van de cliënt leidt volgens de psychologen tot betere behandelresultaten, wat wederom een tijd- en kostenbesparing oplevert.

Echter, voorwaarde voor een goede online behandeling is veiligheid. Zo geven enkele medewerkers aan dat bijvoorbeeld online contact tussen hulpverlener en cliënt via een beveiligd online portaal dient plaats te vinden, in plaats van via e-mail.

Wanneer eHealth op de juiste manier wordt toegepast, wordt ervan uitgegaan dat het een tijdsbesparing met zich mee kan brengen. Telkens twee medewerkers haalden in

samenhang hiermee de volgende voorbeelden aan: een vereenvoudigde afname van vragenlijsten door digitalisatie, verhoogde therapietrouw door automatische reminders, die een cliënt helpen herinneren aan het maken van opdrachten en een verhoogd informatieverwerkingsproces door een digitale, beeldondersteunende behandeluitleg:

“(...) en ik denk een stukje uitleg als het gaat over een behandeling (...) dat kun je hier vertellen, maar je zou het zeker kunnen ondersteunen met betrekking tot een filmpje, of iets waar iemand zelf nog even thuis naar kan kijken (...)”.

Ten slotte werd door een persoon erop gewezen dat de cliënt in een online omgeving ook meer structuur geboden kan worden door een digitaal overzicht van het behandelprogramma aan te bieden.

Ten aanzien van de verbeterde toegang tot zorg werd vooral de onafhankelijkheid van tijd en plaats benadrukt, die eHealth kan bieden. Zo gaven meerdere personen aan dat door middel van eHealth de continuïteit in zorg verbeterd kan worden, doordat mensen ook buiten kantooruren of buiten de sessies om met hun behandeling bezig kunnen gaan:

“het lijkt me wel heel handig en zinnig als je ook ondertussen nog contact kan hebben via eHealth met cliënten (...) soms is de planning ook gewoon heel moeilijk, zeker met cliënten in de eerste lijn die ook veel werken daarnaast (...) Dan euhm... is het makkelijk als zij een mailtje en ik een mailtje kan typen en dat je elkaar zo op de hoogte houdt (...)”.

Daarnaast gaan een tweetal psychologen ervan uit dat sommige cliënten het misschien prettiger vinden om de behandeling geheel vanuit huis te volgen. De wens naar anonimiteit kan hier een rol in spelen. Zo werd verteld dat cliënten zich thuis achter de computer soms beter kunnen uiten dan in een persoonlijk gesprek:

“(...) Het is ook wat je meegekregen hebt van thuis, van thuis uit. Ja, als je je heel erg schaamt is misschien meer anonimiteit prettig (...)”.

Cliënten, die erg gesteld zijn op hun privacy, zouden eventueel ook baat kunnen hebben bij een digital agent of een persona, aldus meerdere psychologen:

“Als je heel veel schaamte hebt, is het misschien ook heel fijn als je gewoon een Eva [digital agent] kan inschakelen, dus geef iemand een keuze en die keuze, die hebben we nu niet (...)”.

Aan de andere kant biedt eHealth ook juist meer mogelijkheden om met andere mensen in contact te komen. Waar de cliënt bijvoorbeeld sneller met lotgenoten in contact kan treden, is het voor de zorgverlener makkelijker om via communicatietechnologieën het overleg met derden te zoeken (zoals bijvoorbeeld de huisarts). Tot slot zorgt de diversiteit aan toepassingsvormen ervoor dat zorg in velerlei situaties toegankelijk is.

Naast deze betere toegang tot zorg, biedt eHealth mogelijkheden om de patiënt meer

centraal te stellen. Vrijwel alle psychologen zagen als voordeel van eHealth dat online omgevingen gepersonaliseerd kunnen worden door bijvoorbeeld het behandelaanbod af te stemmen op de cliënt.

“Maar toch denk ik dat het fijn zou zijn als je dat protocol wat beter zou kunnen volgen. (...)

En daar inderdaad keuze uit hebt van nou: ‘Dat vind ik nu belangrijk’ en (...) dat die cliënt daar thuis al, dat die daar thuis mee aan de slag gaat, dat die een soort van signaal krijgt om daarmee te starten, zoiets, ja, dat zou ik wel fijn vinden (...)”.

In verband hiermee werd ook erop gewezen dat cliënten meer regie over de eigen gezondheid krijgen, wanneer zij thuis online-opdrachten kunnen maken.

Tabel 7. Voordelen van eHealth

Categorie	Voordeel
Verbeteren efficiëntie en kwaliteit van zorg	- Verhoogde betrokkenheid van cliënt door digitaliseren van opdrachten levert tijdwinst en betere effectiviteit - Mailen in een veilige omgeving (bv. een beveiligd portaal) - Vereenvoudigde afname van vragenlijsten door digitalisatie - Therapietrouw verhogen door automatische reminders - Informatieverwerking verhogen door beeldondersteunende behandeluitleg - Structuur bieden door digitaal overzicht van behandelprogramma
Betere toegang tot zorg	- Continuïteit in zorg door volgen van behandeling buiten kantooruren of buiten de sessies om (bv. online contact) - Personaliseren van behandelcontact door digital agent / persona - Betrokkenheid van cliënt verhogen door behandeling vanuit huis - Verhoogde mogelijkheden voor lotgenotencontact - Laagdrempelig overleg met derden (bv. huisarts) - Door diversiteit aan toepassingsvormen is zorg in veel situaties toegankelijk
Patiënt meer centraal stellen	- Zorg op maat leveren door gepersonaliseerde online omgeving met keuze aan diverse behandelmodules - Zelf regie hebben over de eigen gezondheid door het maken van online-opdrachten

3.1.9 Barrières met betrekking tot de toepassing van eHealth binnen het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten

Eventuele barrières, die de hulpverleners vrezen ten aanzien van de toepassing van eHealth, hebben vooral te maken met culturele en organisatie factoren, factoren die de cliënt betreffen, een laag bereik, weinig financiële prikkels, een lage impact en een slechte inter-usability (zie tabel 8).

Meer dan de helft van de medewerkers maakte zich zorgen over de vraag of online-contact via de mail wel voldoende privacy-waarborging biedt en was bang dat een gebrek aan non-verbale communicatie problemen kan opleveren:

“(...) Met Skype zie je maar alleen een hoofdje (...) dan weet ik niet voldoende, wat mij betreft. (...) Maar goed, als het niet anders kan is het ook wel [een] optie. Maar ik ben er niet zo heel erg fan van, nog (...)”.

Andere barrières op organisatieniveau, die door enkelingen zijn benoemd, waren een verkeerd / verschillend gebruik van de applicatie door onvoldoende interne afstemming, onvoldoende kennis en kunde over hoe via de mail te communiceren en een verhoogde werkdruk door een grotere caseload en online bereikbaarheid. Dit mede omdat het digitaal volgen van cliënten (feedback geven, enz.) veel tijd kan kosten, aldus drie medewerkers:

“ik denk ook voor mijn eigen bescherming qua werkdruk (...) je moet daar wel concrete dingen ook over afspreken (...) want anders, dan zit er natuurlijk wel eens gevaar in dat je continu bezig bent. Omdat cliënten dus niet alleen als ze een afspraak hebben, maar ook tussendoor (...) iets van je kunnen vragen (...)”.

Een ander obstakel zou de onwennigheid ten aanzien van de omgang met een nieuwe applicatie kunnen zijn. Volgens de psychologen kan dit niet alleen bij de zorgverlener spelen, maar ook bij de cliënt. De helft van de medewerkers gaf aan dat een gebrek aan motivatie om de applicatie te gebruiken kan leiden tot lage therapietrouw van cliënten:

“(...) ja, als het te veel digitaal wordt, wordt het denk ik ook heel makkelijk om af te haken. Je krijgt een mailtje: ‘Waarom ben je niet geweest?’, Ja... terwijl een telefoontje natuurlijk euh... ‘Goh, ik heb je gemist!’. (...) Hach, het is wel ingewikkeld, hé? (...)”.

Ook werd erop gewezen dat onvoldoende technische vaardigheden een goed gebruik van de applicatie in de weg kunnen staan:

“(...) ik werk veel met ouderen, nou dat is gewoon echt een groep, die daar helemaal niet klaar voor is. En die (...) echt zoiets hebben van: ‘Dat, dat kan ik niet rijmen!’. (...) Dus voor die groep is het dan weer wat anders, maar voor, voor jeugd, zeg maar, ja, prima (...)”.

Maar ook al heeft iemand voldoende technische vaardigheden, dan moeten er ook voldoende middelen aanwezig zijn om deze toe te kunnen passen. Twijfels werden bijvoorbeeld geuit over de kwaliteit van de computers binnen de praktijk. Ook werd aangehaald dat niet elke cliënt een e-mail adres of internettoegang heeft.

Over de slechte inter-usability zei een participant dat zij bang is dat de implementatie van eHealth dubbel werk zou opleveren, doordat de verschillende systemen niet aan elkaar gekoppeld zijn. Verder maakten enkelingen zich zorgen over de vraag of statische

behandelsystemen misschien niet voor iedereen geschikt zijn en dat er voor de organisatie zelf weinig financiële prikkels aanwezig zijn om de applicatie te gebruiken, aangezien enkel contacturen door de zorgverzekeraar worden vergoed.

Tabel 8. Barrières van eHealth

Categorie	Barrière
Culturele en organisatie factoren	- e-mail contact biedt onvoldoende privacy-waarborging - Toepassing niet willen gebruiken door gebrek aan non-verbale communicatie - Digitaal volgen van cliënt (feedback geven, etc.) kost te veel tijd - Onwennigheid ten aanzien van nieuwe applicatie - Verkeerd / verschillend gebruik van de applicatie door onvoldoende interne afstemming - Onvoldoende kennis en kunde over hoe via de mail te communiceren - Verhoogde werkdruk door grotere caseload en online bereikbaarheid
Gebrek aan motivatie en vaardigheden onder cliënten	- Onvoldoende technische vaardigheden om applicatie te kunnen gebruiken - Lage therapietrouw door onvoldoende motivatie om applicatie te gebruiken
Laag bereik	- Geen of slechte toegang tot applicatie door onvoldoende middelen
Slechte inter-usability	- Dubbel werk door ontbrekende standaardisatie van verschillende systemen
Lage impact	- Statisch behandelstelsel dat niet voor iedereen geschikt is
Weinig financiële prikkels	- Enkel contacturen worden betaald door de zorgverzekeraar

3.1.10 Mogelijkheden voor de inzet van eHealth binnen het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten

Wat betreft de mogelijkheden voor de inzet van eHealth binnen het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten, werd er zowel aandacht besteed aan de inhoud van het programma, als ook de hiervoor nodige (gebruiks-)voorwaarden (zie tabel 9).

Wat betreft de vorm en inhoud van een applicatie, werden in de interviews enkele functie-eisen genoemd die als doel hebben om de patiënt meer centraal te stellen, een verbeterde toegang tot zorg te bieden en de efficiëntie en kwaliteit van zorg te verbeteren.

Alle medewerkers zijn het erover eens dat de patiënt in toekomst meer centraal gesteld dient te worden door meer flexibiliteit te bieden ten aanzien van het behandelprogramma en de behandelvorm. Dit is bijvoorbeeld mogelijk door een keuze te maken uit diverse, bestaande

modules:

“(...) dat lijkt me handig, euh... dat mensen ook kunnen zien van: ‘Dit, dit staat op de planning of dit is allemaal mogelijk’. (...) dit is allemaal wat er kan en dan kun je natuurlijk zelf nog kiezen van: ‘Oké, dat onderdeel is voor mij toepasbaar en dat onderdeel niet’ (...)”.

Ook kan samen met de cliënt worden vastgesteld welke onderdelen van de behandeling hij face-to-face en welke hij online wil volgen:

“ik denk dat er bepaalde cliënten zijn die met zo’n programma helemaal prima aan de slag kunnen en eigenlijk de psycholoog niet nodig hebben (...) En ik denk dat er mensen zijn die gewoon de gesprekken willen hebben en dan daarnaast de eHealth kunnen doen (...) Dus die inschatting, denk ik, dat dat nog steeds individueel gemaakt moet worden (...)”.

Deze vorm van blended care acht meer dan de helft van alle medewerkers als belangrijk. Om de cliënt wat meer bij de behandeling te betrekken, zouden reminders ingezet kunnen worden, die helpen herinneren aan geplande afspraken of uit te voeren huiswerkopdrachten. Volgens de psychologen is het hierbij van belang dat individueel bepaald kan worden hoe vaak en wanneer iemand herinnerd wil worden. Tailoring is belangrijk om de zorg beter af te kunnen stemmen op de desbetreffende persoon. Uiteindelijk werd door een persoon erop gewezen dat digitale behandelplannen en behandelingsgerelateerde informatie kunnen helpen om het inzicht in de behandeling te vergroten, wat wederom zorgt voor een verbeterde zelfzorg van de cliënt.

Dat behandelinformatie in de toekomst makkelijker toegankelijk is, wenst bijna elke psychologe. Door informatie digitaal aan te bieden en sessie-onafhankelijk contact door middel van online berichten plaats te laten vinden, zou de toegang tot zorg verbeterd kunnen worden.

Teneinde het verbeteren van de efficiëntie en kwaliteit van zorg, zouden alle respondenten graag zien dat alle vragenlijsten digitaal afgenomen kunnen worden en dat cliënten huiswerkopdrachten digitaal kunnen invullen:

“(...) dus eigenlijk wat je normaal op papier meegeeft aan registratieformulieren of uitleg, of andere schema’s of opdrachten, dat dat (...) digitaal denk ik efficiënter zou kunnen (...)”.

Enkelingen gaven aan de ze graag digitaal feedback willen kunnen geven op gemaakte opdrachten en dat het noodzakelijk is dat een eventuele nieuwe applicatie gekoppeld wordt aan al bestaande systemen.

Om uiteindelijk de gewenste doelen te kunnen vervullen, dient voldaan te worden aan een aantal (gebruiks-)voorwaarden op het gebied van de techniek, de organisatie en de cliënt.

Op technisch gebied is het volgens de helft van de medewerkers belangrijk dat er een

goed werkend, klantvriendelijk en bewezen effectief programma komt. Daarnaast dient het programma voldoende privacy-waarborging te bieden.

Om beter te kunnen garanderen dat het programma op de juiste manier wordt gebruikt, is het noodzakelijk dat zowel cliënten, als ook zorgverleners getraind worden in het gebruik van de applicatie, aldus meerdere psychologen. Daarnaast wordt onder de medewerkers gedacht dat het zou kunnen helpen als zij intern afspraken maken over het gebruik van het programma en deze bijvoorbeeld vastleggen in een protocol. Dat wil zeggen: wanneer en hoe vaak moet de psycholoog op de berichten van cliënten reageren? Voor het uiteindelijke gebruik is het bevorderlijk als er onder de psychologen een bepaalde interesse voor eHealth aanwezig is.

Onafhankelijk van het gebruik van het programma zelf, werden ook een aantal aandachtspunten genoemd voor de implementatie van een interventie. Zo vonden enkelingen dat de medewerkers betrokken moeten worden bij de implementatie en dat cliënten eerst een screening moeten ondergaan voordat ze aan een online behandeling beginnen. Verder eiste één persoon dat medewerkers eerst een cursus moeten volgen over schriftelijke communicatie, voordat ze tekstberichten met cliënten mogen uitwisselen. Ook werd als tip meegegeven om eerst een proefperiode aan te bieden, voordat het programma volledig wordt gebruikt:

“Ja, de enige tip is dat als het geïmplementeerd is... dat je dan ook een moment van reflectie, van ‘Is dit wat we willen en kunnen we nog iets verbeteren en hoe gaat iedereen er mee om?’ (...).”

Cliëntkenmerken, die volgens enkelingen bevorderend kunnen zijn voor een goed gebruik van het programma, zijn voldoende internet-vaardigheden en een voorkeur voor online behandeling. Daarnaast dachten telkens twee medewerkers dat een online programma het meest geschikt zou zijn voor jongvolwassenen met lichte depressieve klachten en voor mensen die behoefte hebben aan anonimiteit:

“(...) maar het kan juist ook wel fijn zijn als iemand gewoon een soort van anoniem op de computer, dat je veel meer van iemand te weten komt, omdat die het makkelijker vindt om het te uiten (...) als die eenmaal rustig thuis zit (...).”

Tabel 9. Mogelijkheden ten aanzien van de inzet van eHealth

Doel	Programma onderdeel / (gebruiks-)voorwaarde
Patiënt meer centraal stellen	- Flexibiliteit in behandelprogramma door keuze uit diverse modules - Flexibiliteit in behandelvorm door keuze uit online en face-to-face contacten - Blended care aanbieden - Reminders inzetten om een cliënt zo veel mogelijk bij de behandeling te betrekken - Programma tailoren op de cliënt - Zelfzorg van de cliënt verbeteren door inzicht in behandeling te verhogen
Verbeterde toegang tot zorg	- Makkelijk toegankelijke behandelinformatie door digitalisatie - Sessie-onafhankelijk contact door middel van online berichten
Verbeteren efficiëntie en kwaliteit van zorg	- Tijdbesparing door online invullen van vragenlijsten en opdrachten - Standaardisatie van verschillende systemen - Digitaal feedback geven op gemaakte opdrachten
Technische aspecten	- Een goed werkend, klantvriendelijk en bewezen effectief programma - Voldoende privacy-waarborging (werken in een beveiligde omgeving)
Organisatie-aspecten	- Cliënten ondersteunen bij / trainen in applicatiegebruik - Medewerkers trainen in het gebruik van computers / de applicatie - Interesse voor eHealth onder de medewerkers - Aanbieden van een proefperiode - Interne afspraken maken over programma gebruik - Medewerkers betrekken bij de implementatie - Medewerkers trainen in schriftelijke communicatie - Screening van cliënten vóór gebruik
Cliëntkenmerken die applicatie gebruik bevorderen	- (Jong-)volwassenen met lichte depressieve klachten - Behoeft aan anonimiteit - Voldoende internetvaardigheden en een voorkeur voor online behandeling

3.2 Paper prototypes

Aan de hand van de resultaten uit de individuele interviews is onderzocht, welke ontwerp-eisen in vrijwel elk gesprek geopperd zijn. Grofweg kunnen deze wensen onder worden verdeeld in ontwerpen-elementen ter bevordering van het primaire of secundaire zorgproces (zie tabel 10).

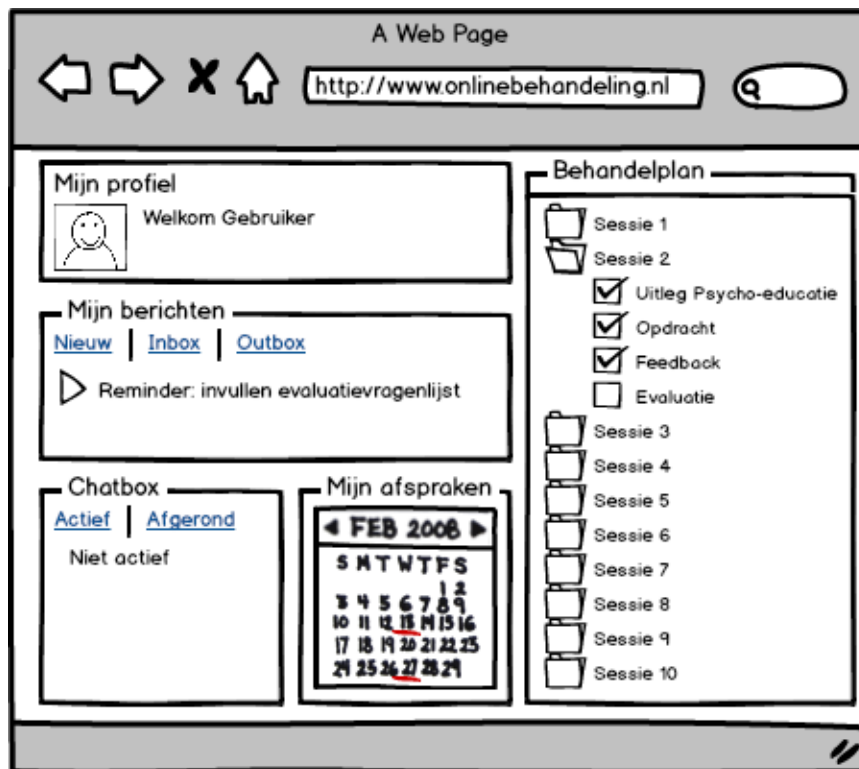
Tabel 10. Gewenste ontwerp-elementen

Zorgproces	Ontwerp-element
Primair zorgproces	- Een flexibel behandelprogramma met een keuze uit diverse modules - Een digitalisering van behandelinformatie, opdrachten en vragenlijsten - Blended care
Secundair zorgproces	- Regelmatige communicatie ter bevordering van een eenduidige behandelstructuur - Training in applicatiegebruik - Ondersteuning bij het vinden van de juiste behandeling

Op basis van de gewenste ontwerp-elementen is de onderzoeker KH gekomen tot twee soorten interventie-ideeën: eHealth behandelprogramma's ter ondersteuning van het primaire zorgproces en eLearning tools ter ondersteuning van het secundaire zorgproces. Navolgend zullen de individuele interventie prototypen nader worden besproken.

3.2.1 eHealth behandelprogramma's ter ondersteuning van het primaire zorgproces

In de interviews werd door elke psycholoog een dynamisch blended behandelprogramma met een keuze uit diverse modules geopperd. Om te laten zien hoe dit in de praktijk eruit zou kunnen zien, heeft KH een papieren prototype van een blended behandeling ontwikkeld (zie figuur 20). Zij heeft hierbij rekening gehouden met de in de interviews geuite wensen van de psychologen ten aanzien van de functie en inhoud van een dergelijke tool. Aan de rechter kant wordt getoond welke behandelmodules de cliënt per week dient te volgen. Het vinkje laat zien welke opdrachten al vervuld zijn. De inhoud van de behandeling kan individueel worden bepaald, zodat de zorg afgestemd is op de individuele persoon. Hiernaast heeft KH nog verdere ontwerp-wensen van de psychologen in deze tool verwerkt. Zo helpen automatische reminders herinneren aan het maken van huiswerkopdrachten. Daarnaast heeft de cliënt de mogelijkheid om zijn profiel verder te personaliseren door bijvoorbeeld een foto toe te voegen.



Figuur 20 Blended Behandeling

Wat betreft de inhoud van de behandelmodules wensten de psychologen dat alle vragenlijsten, behandelinformatie en opdrachten digitaal worden aangeboden. In het kader hiervan heeft KH een selectie uit bestaande online opdrachten en zelf ontworpen modules verzameld. Figuur 21 laat een voorbeeld van een app zien waarmee de ORS digitaal kan worden afgenomen.



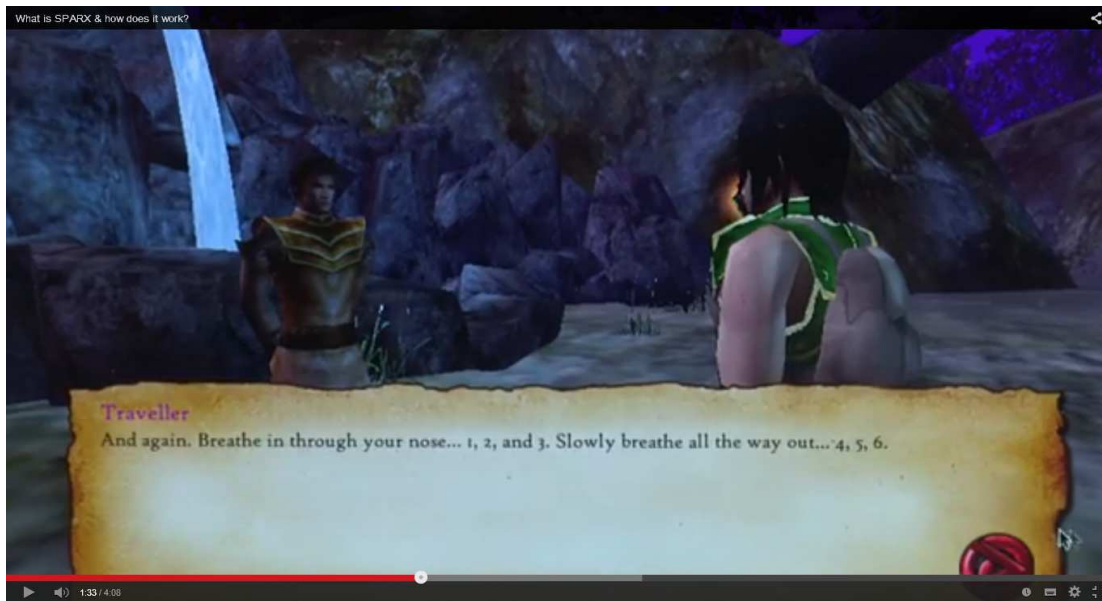
Figuur 21 Digitale afname van de ORS (McMinn, 2014)

Ter illustratie van een digitale huiwerkopdracht heeft KH op basis van het gedachteformulier uit het protocollenboek een app ontwikkeld (zie figuur 22). Hierin kunnen alle vragen van het gedachteformulier digitaal worden beantwoord.



Figuur 22 **Digitaal gedachteformulier**

Hiernaast is het ook mogelijk om bepaalde opdrachten in de vorm van een serious game aan te bieden. Het interactieve 3D fantasy spel SPARX is hier een voorbeeld van (zie figuur 23). Het spel is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en leert jongeren met een milde tot matige depressie hoe ze met hun negatieve automatische gedachten om kunnen gaan (Merry et al., 2012).



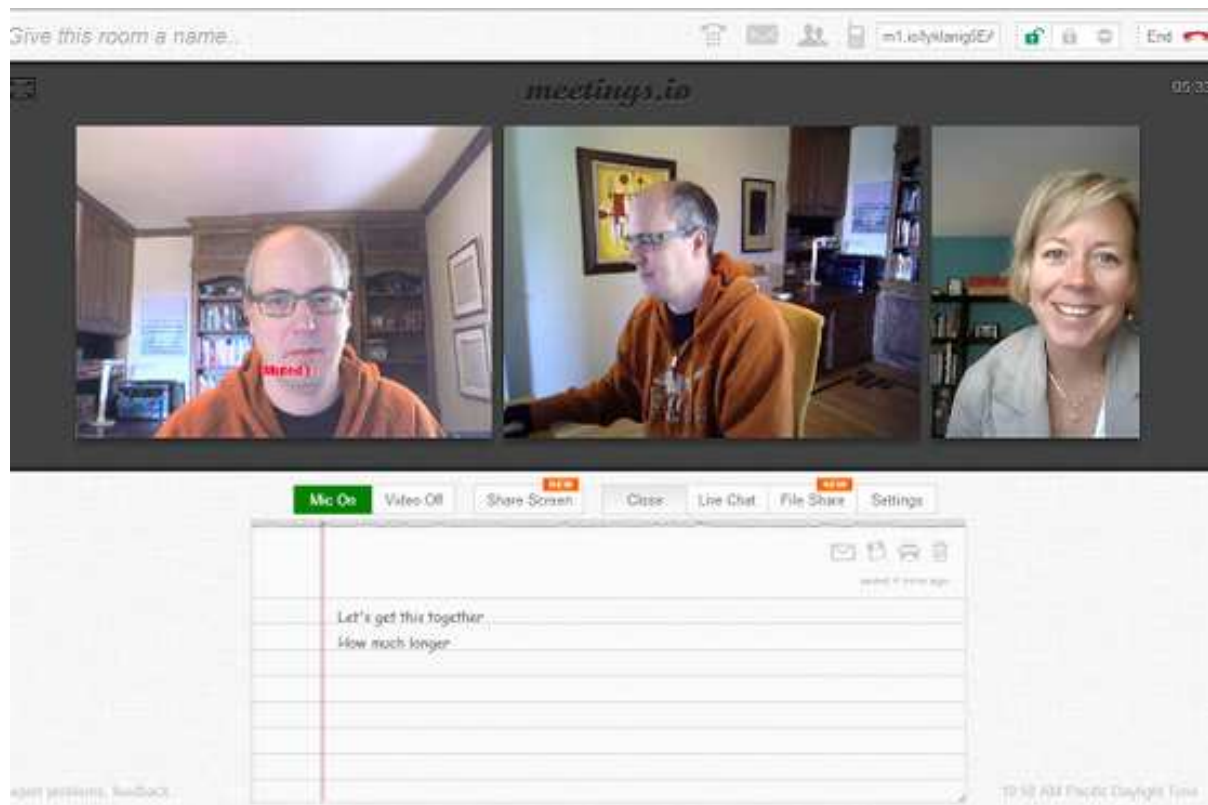
Figuur 23 SPARX (SPARX, 2014)

Uiteindelijk biedt eHealth diverse mogelijkheden voor de toepassing van blended behandeling. Echter, in de interviews merkten enkele psychologen op dat een combinatie uit online en face-to-face behandeling niet voor elke cliënt een goede optie zal zijn. Een Blended Care ScreeningsApp zou inzicht kunnen verschaffen in de vraag welke cliënten geschikt zijn voor een blended behandeling (zie figuur 24). In de app kunnen de cliënt een aantal vragen worden gesteld over zijn karakter en persoonlijke situatie. Er kan bijvoorbeeld geïnventariseerd worden in hoeverre de cliënt het prettig vindt om over zijn problemen te praten en in staat is om zelfstandig te werken. Aan de hand van de resultaten is het vervolgens mogelijk om vast te stellen of blended behandeling mogelijk is. Op het moment wordt door Wentzel, Bohlmeijer en Van Gemert-Pijnen (2014) nog gewerkt aan de vormgeving van deze tool.



Figuur 24 Blended Care ScreeningsApp (Wentzel, Bohlmeijer & Van Gemert-Pijnen, 2014)

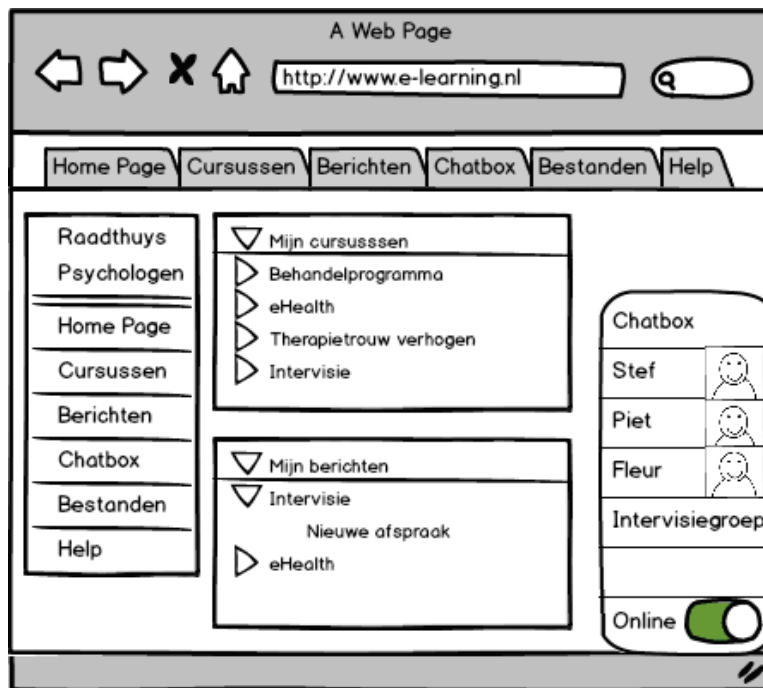
Een laatste toepassing, die als voorbeeld van een eHealth interventie ter ondersteuning van het primaire zorgproces heeft gediend, is een chat systeem dat gebruikt kan worden voor intercollegiale consultatie. Meetings.io biedt de mogelijkheid om met maximaal vijf personen tegelijkertijd te videochatten (zie figuur 25). Daarnaast kunnen via het portaal screens of bestanden worden gedeeld (Null, 2014). Zorgverleners hebben op die manier de mogelijkheid om bij vragen of twijfels omtrent de diagnose en behandeling makkelijk contact te zoeken met collega's en eventuele bestanden uit te wisselen.



Figuur 25 Meetings.io (Null, 2014)

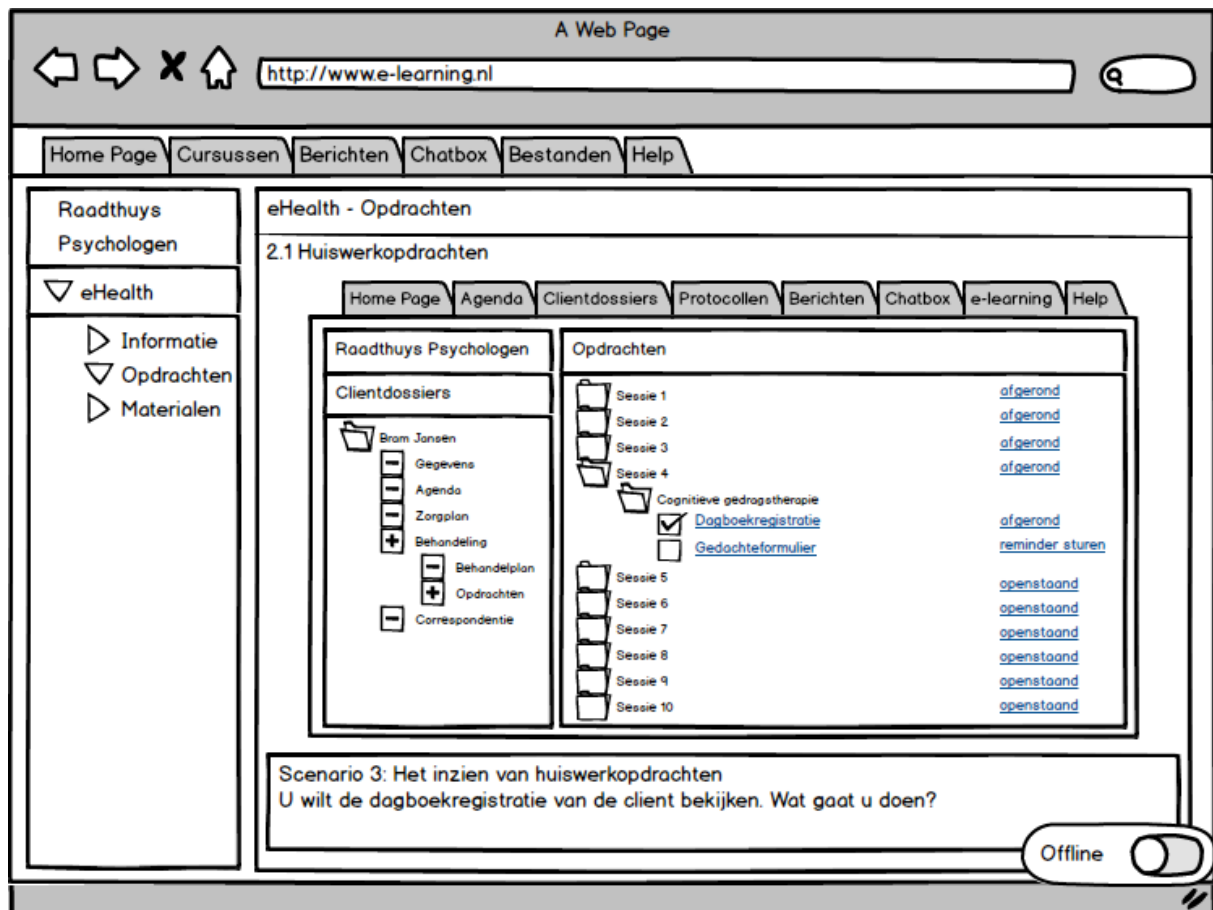
3.2.2 *eLearning tools ter ondersteuning van het secundaire zorgproces*

Uit de individuele interviews is gebleken dat eHealth ter ondersteuning van het secundaire zorgproces vooral gericht moet zijn op het bevorderen van de onderlinge communicatie en het creëren van een eenduidige behandelstructuur en/of applicatiegebruik. E-learning is een mogelijkheid om dit in de praktijk vorm te geven. In het verlengde hiervan heeft KH een eLearning portaal ontworpen waarin de zorgverlener zich aan kan melden voor verschillende online cursussen (zie figuur 26). De cursussen hebben als doel om de medewerkers eenzelfde werkwijze aan te leren en wegwijs te maken in het gebruik van eHealth. Naast het volgen van cursussen biedt het portaal de mogelijkheid tot het uitwisselen van synchrone (chatbox) en asynchrone (mail) berichten. Op die manier kan de zorgverlener makkelijk contact zoeken met collega's.



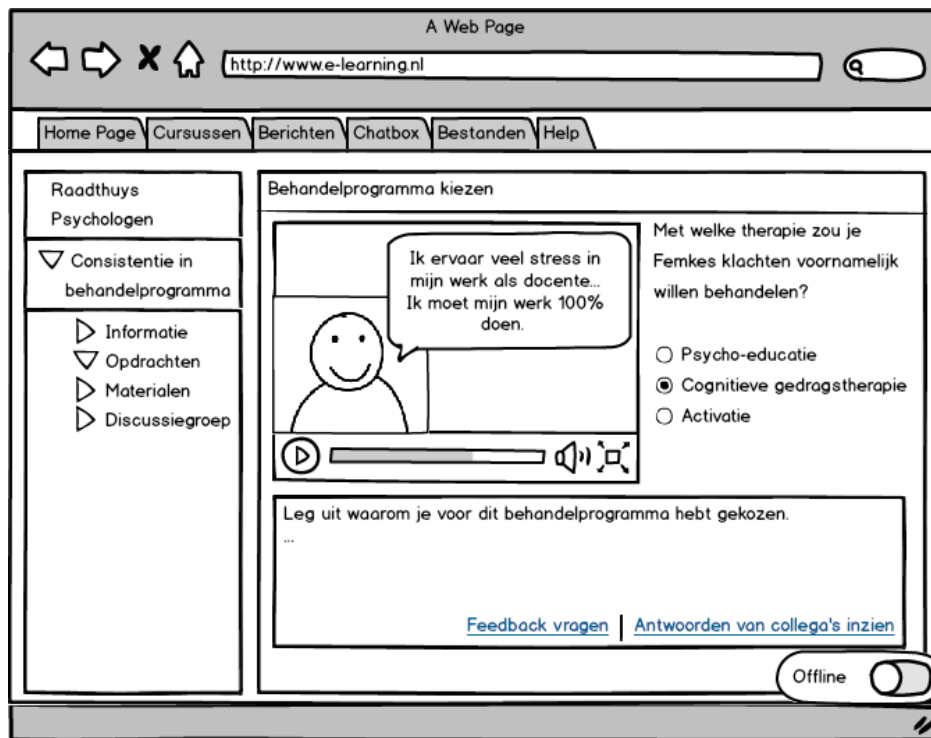
Figuur 26 eLearning portaal

De cursussen kunnen elk een ander doel en inhoud hebben. In eerste instantie heeft KH ervoor gekozen om een prototype van een eLearning voor eHealth te ontwerpen. Dit aangezien enkele psychologen wensten dat de medewerkers getraind worden in het gebruik van het programma. Aan de hand van de opdrachten in figuur 27 leert de zorgverlener hoe hij digitale huiswerkopdrachten kan geven, inzien en beoordelen. In het tekstveld onderaan staat beschreven welke taak de psycholoog dient uit te voeren. In dit geval luidt de opdracht als volgt: “U wilt de dagboekregistratie van de cliënt bekijken. Wat gaat u doen?”. Door een beveiligde leeromgeving aan te bieden, kan de psycholoog zorgeloos experimenteren met het nieuwe systeem.



Figuur 27 eLearning voor eHealth

Naast een eLearning voor eHealth, heeft KH ook een prototype van een eLearning voor behandelbeslissingen ontworpen (zie figuur 28). De keuze voor een dergelijke tool berust op het feit dat meerdere psychologen vertelden dat zij soms moeite hebben met het vinden van de juiste behandeling. Binnen de online cursus kunnen de psychologen video's bekijken waarin een cliënt zich voorstelt en een beeld schetst van zijn klachten. Vervolgens moet de zorgverlener aangeven hoe hij de klachten van de cliënt zou behandelen. Er kan hiervoor een keuze worden gemaakt uit een bestaand behandelaanbod. Om ervoor te kunnen zorgen dat de applicatie ook een bijdrage levert aan het bevorderen van de onderlinge, behandelinhoudelijke communicatie, heeft KH ervoor gekozen dat elke psycholoog het eigen antwoord kan vergelijken met de antwoorden van collega's en / of collega's om feedback kan vragen.



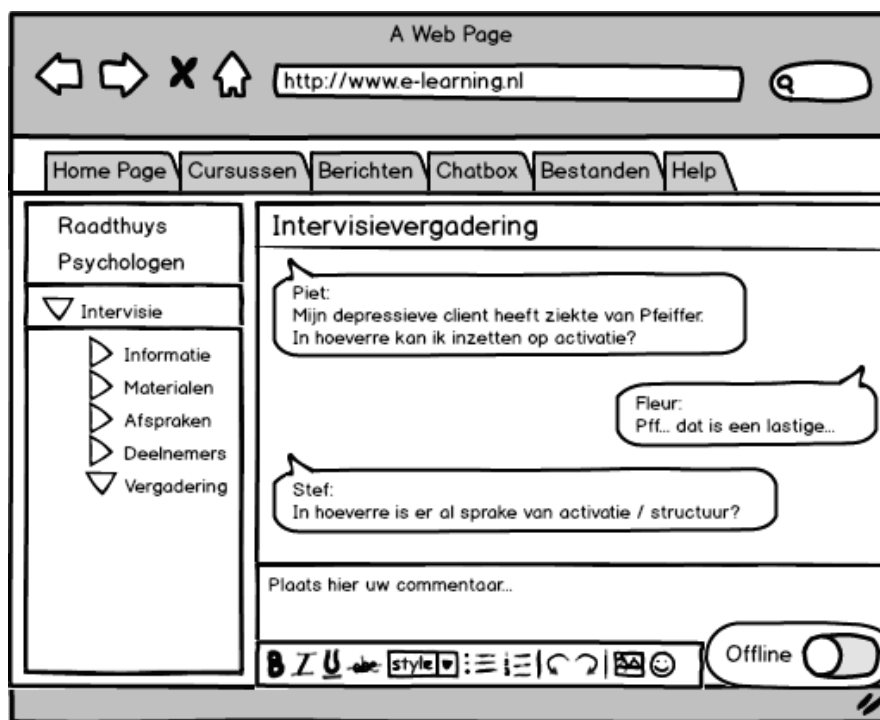
Figuur 28 eLearning voor behandelbeslissingen

Een andere mogelijkheid om de onderlinge behandelinhoudelijke communicatie te bevorderen, zijn virtuele vergaderingen (zie figuur 29). Virtuele conferentie ruimtes hebben als voordeel dat er makkelijk vergaderd kan worden zonder dat er gereisd moet worden naar een bepaalde locatie. CliniSpace is hier een voorbeeld van (Innovation in Learning, n.d.). Door gebruik te maken van Avatars (virtuele lichamen) is steeds voor elke psycholoog duidelijk wie er spreekt. Naast de voice chat kan er tevens ook gebruik worden gemaakt van een text chat. Door de combinatie met visuele informatie heeft de deelnemer een beter overzicht van wat er besproken wordt.



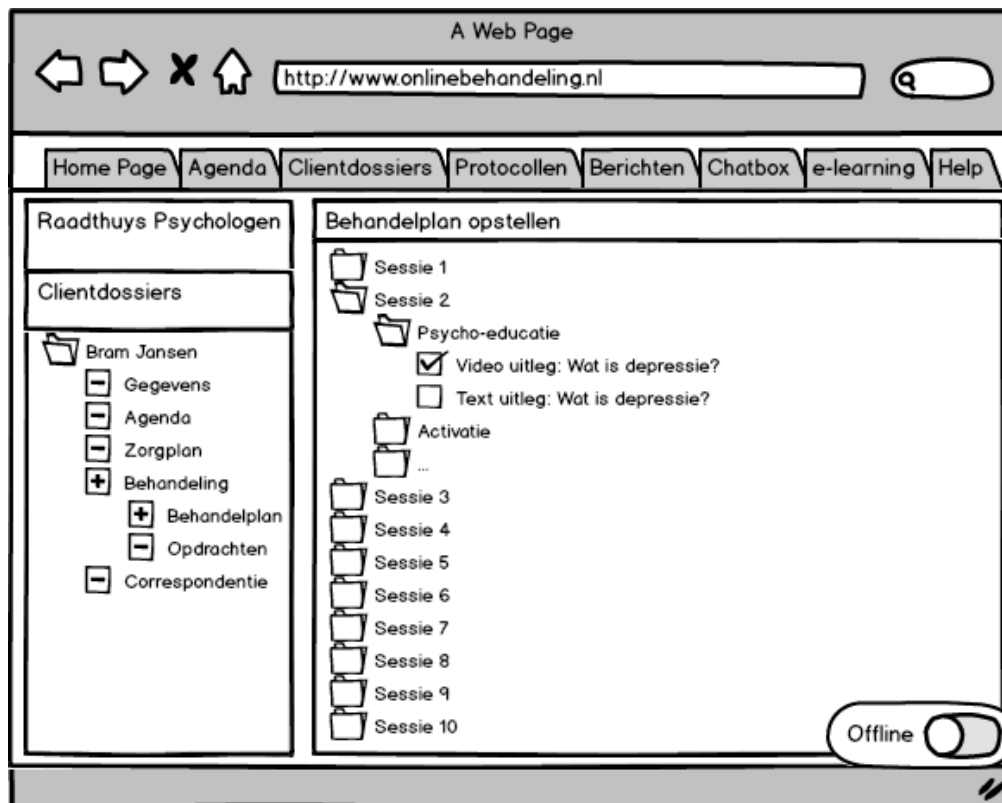
Figuur 29 CliniSpace (Innovation in Learning, n.d.)

Virtuele vergaderingen kunnen ook gebruikt worden om intervisie plaats te laten vinden. Door middel van intervisie kunnen de psychologen werkvraagstukken met elkaar bespreken en zodoende leren van elkaars ervaringen en deskundigheid. Hoe dit online eruit zou kunnen zien, wordt in figuur 30 getoond. Gezien de vergadering in deze tool enkel via een chatbox plaats kan vinden, heeft KH ervoor gekozen om een breed spectrum aan tekstopmaak keuzes te bieden. Op die manier kan bijvoorbeeld belangrijke informatie onderstreept, gekleurd of vet gedrukt worden weergegeven. Ook is er ruimte voor het gebruik van smiley's.



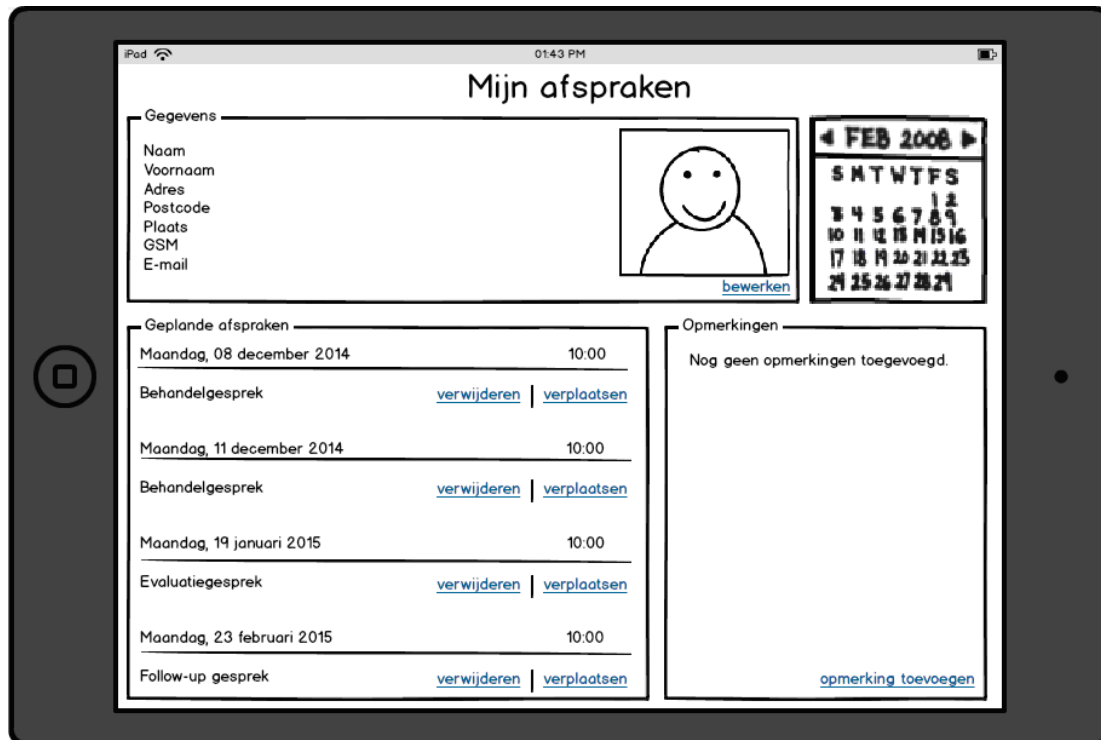
Figuur 30 **Intervisie**

Ondersteuning bij het opstellen van behandelplannen zouden enkele medewerkers niet alleen in de vorm van intercollegiale consultatie willen ontvangen. Sommigen wensten een digitaal overzicht van alle mogelijke behandelmodules, op basis waarvan de psycholoog voor elke cliënt een individueel behandelplan kan samenstellen. KH heeft geprobeerd om deze wens te verwerken in een schets (zie figuur 31). Via de map “cliëntdossiers” kan de psycholoog het behandelplan van een bepaalde cliënt openen. In eerste instantie verschijnt een overzicht van alle sessies, die een cliënt maximaal kan volgen. Door op een bepaalde sessie te klikken, kan de psycholoog zien welke activiteiten en opdrachten in deze sessie uitgevoerd kunnen worden. Vervolgens kan de zorgverlener alle sessies aanvinken, die hij voor zijn cliënt belangrijk acht. Bij de ontwikkeling van dit programma heeft KH geprobeerd om rekening te houden met de wens naar structuur.



Figuur 31 Behandelplan opstellen

Het laatste papieren prototype, dat kan dienen ter ondersteuning van het secundaire zorgproces, is een online agenda/afsprakenplanner (zie figuur 32). In de interviews beklagden meerdere psychologen zich over de lage therapietrouw van cliënten. Zo komt het voor dat cliënten niet op afspraken verschijnen of vergeten om hun huiswerk te maken en/of mee te nemen. Een online agenda kan hier op inspelen door cliënten te herinneren aan geplande afspraken en/of huiswerkopdrachten. Bij het ontwerpen van de online agenda/afsprakenplanner heeft KH rekening gehouden met een aantal ontwerp-eisen die in de interviews aan een eHealth applicatie werden gesteld. Zo kan de cliënt zijn pagina personaliseren door een foto en persoonlijke gegevens toe te voegen. Daarnaast is aan de linker kant een gestructureerd overzicht van de komende vier afspraken te vinden. Door te klikken op de knop “verwijderen” of “verplaatsen” kunnen bestaande afspraken gemakkelijk worden afgezegd of verplaatst. Daarnaast biedt het rechter tekstveld ruimte om per afspraak een notitie te maken.



Figuur 32 Online agenda

3.3 Focusgroep

3.3.1 Participanten

Aan de card sorting deelgenomen hebben de praktijkhouder, de office manager en vijf psychologische medewerkers (i.o.). Één van de psychologen, die aan de individuele interviews heeft deelgenomen, kon hier niet bij aanwezig zijn. Een overzicht van de kenmerken van alle deelnemers van de card sorting is te vinden in tabel 11. De participanten waren vrouwelijk en hadden een gemiddelde leeftijd van 35,5 jaar, met een spreiding van 27-51 jaar. Alle deelnemers waren in Elst werkzaam, enkelingen zaten hiernaast ook nog op de locaties in Groesbeek of Herveld.

Tabel 11. Demografische gegevens respondenten (n=6)

Kenmerk	n=6
Geslacht, vrouw	6
Leeftijd (in jaren)	
25-29	2
30-34	1
35-39	1
≥ 40	2
Functie (meerdere opties mogelijk)	
<i>Praktijkhouder</i>	1
<i>Office manager</i>	1
<i>gz-psycholoog (i.o.)</i>	2(3)
Vestiging (meerdere opties mogelijk)	
<i>Elst</i>	6
<i>Groesbeek</i>	4
<i>Herveld</i>	1

3.3.2 Groepering Card Sorting

Tijdens de card sorting heeft elke medewerker de 26 voorgegeven kaarten in drie bestaande categorieën ingedeeld, te weten: “ondersteuning van het primaire zorgproces door middel van eHealth”, “ondersteuning van het secundaire zorgproces door middel van eHealth” en “gebruiksvoorwaarden”. Hiernaast heeft één participant drie extra kaarten gecreëerd en in een nieuwe, vierde categorie geplaatst. Deze kaarten zullen in de volgende beschrijvingen achterwege worden gelaten, omdat zij maar door een persoon zijn gebruikt. Voor een algemeen overzicht van de groeperingen per deelnemer wordt verwezen naar bijlage VIII.

Uit de card sort spreadsheet analyse zijn de volgende resultaten naar voren gekomen: een overzicht van de card sort item overeenstemming per categorie en een samenvatting van het aantal kaarten per mate van overeenstemming.

Percentages met betrekking tot de overeenstemming in item per categorie zijn in tabel 12 te vinden. Over het algemeen varieerden de overeenstemmingen van 35% - 56%. De grootste overeenstemming werd met 56% in de items van de categorie “ondersteuning van het primaire zorgproces door middel van eHealth” gevonden. Echter, deze waarde impliceert enkel een gemiddelde mate van overeenstemming. Dit is ook het geval voor de categorieën “ondersteuning van het primaire zorgproces door middel van eHealth” en “gebruiksvoorwaarden”, met een overeenstemming van respectievelijk 51% en 35%.

Tabel 12. Card sort item overeenstemming per categorie

Gestandaardiseerde categorie	Personen die de kaart hebben gebruikt	Totaal aantal kaarten in deze categorie	Aantal unieke kaarten in deze categorie	Mate van overeenstemming
Primair zorgproces	6	61	18	0,56
Secundair zorgproces	6	61	20	0,51
Gebruiksvoorwaarden	6	34	16	0,35
(Innovatie nieuwe behandeltherapie)	1	3	3	1,00

Een overzicht van de percentages overeenstemming per item, wordt in tabel 13 getoond. Er wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen kaarten met een hoge ($\geq 75\%$), gemiddelde (25%-50%) en lage ($\leq 25\%$) mate van overeenkomst. De meeste kaarten (22 stuks) zijn met een gemiddelde mate van overeenstemming in de verschillende categorieën opgedeeld. In verhouding zijn er zelfs meer kaarten met een lage mate van overeenstemming (19 kaarten), dan kaarten met een hoge mate van overeenstemming (13 kaarten). Deze hoge diffusiteit in verdeling van kaarten impliceert onenigheid over wat er onder de verschillende categorieën wordt verstaan.

Tabel 13. Card sort aantal kaarten per mate van overeenstemming

Mate van overeenstemming	Primair zorgproces	Secundair zorgproces	Gebruiksvoorwaarden	Totaal
Hoge mate van overeenstemming ($\geq 75\%$)	6	5	2	13
Gemiddelde mate van overeenstemming (25%-75%)	8	10	4	22
Lage mate van overeenstemming ($\leq 25\%$)	4	5	10	19
Totaal aantal kaarten per categorie	18	20	16	54

3.3.3 Presentatie Prototypen

Een analyse van de audio-opnames van de focusgroep, gaf een eerste inzicht in de gewenste eigenschappen, waardes en ontwerp-elementen van een eHealth applicatie.

De meeste deelnemers waren enthousiast over een tool voor het opstellen van een

behandelplan. Meer dan de helft van de medewerkers beviel dat door een dergelijke applicatie meer structuur in de behandeling kan worden geboden:

“Dat zijn ook voordelen met zo’n eHealth (...) dat je dat allemaal consequent de keuzes op dezelfde manier aanbiedt. En dat vind ik het mooie (...) En ik denk op maat is, sluit veel beter aan bij de cliënt (...) dat is volgens mij heel welkom, dat hoor ik iedereen een beetje zeggen.”. Ook leek de mogelijkheid tot het personaliseren van de behandeling erg gewaardeerd te worden.

Daarnaast was er veel interesse voor een eLearning voor behandelbeslissingen:

“Ja, super leuk. Kunnen we dit meteen nemen?”

“Precies, waar is dat te kopen?”

Een relevant persuasief element van een eLearning is simulatie. In het eLearning portaal is het mogelijk om het nemen van behandelbeslissingen te oefenen aan de hand van voorbeeld casuïstieken. Ook kan het de mogelijkheid tot social learning bieden.

Evenveel belangstelling was er voor het aanbieden van een serious game:

“Dat is echt super mooi. (...) dat werd ook op het congres verteld. Dat (...) het al best ver gevorderd is. Met kind en jeugd is dat gewoon hartstikke goed... maar volgens mij voor volwassenen ook, als ik zie hoeveel mensen spelletjes spelen.”

Een spel heeft als meerwaarde dat de betrokkenheid van de cliënt wordt verhoogd, doordat de cliënt een beloning ontvangt, wanneer hij een opdracht of level goed heeft afgerond.

Aan het voorbeeld van de online agenda werd door drie respondenten de mogelijkheid tot het zelf monitoren van de behandeling gewaardeerd. Dit omdat een online agenda een overzicht geeft van alle geplande afspraken en mogelijkheid biedt tot het zelf beheren van deze afspraken.

Een ander prototype, dat ook self monitoring impliceert, is de blended behandeling. Door cliënten een overzicht te bieden van belangrijke behandelinformatie en –modules, hebben zij meer inzicht in de eigen behandeling. Daarnaast zorgt tunneling ervoor dat de behandeling interessant blijft, doordat toegang tot nieuwe behandelmodules pas wordt verleend, wanneer vorige behandelmodules zijn afgerond.

Als voordeel van online intervisie werd de mogelijkheid tot vergaderen genoemd, zonder dat mensen bij elkaar hoeven te komen. In termen van technische elementen betekent dit dat vooral de sociale facilitatie gewaardeerd werd, die telecommunicatiemiddelen bieden.

Tot slot werd eLearning voor eHealth door een enkeling als waardevol bestempeld vanwege het leveren van een veilige leeromgeving, waarin geëxperimenteerd kan worden met het gebruik van een eHealth applicatie.

Tabel 14. Verwachte waardes, eigenschappen en persuasieve elementen

Prototype	Citaat	Waarde	Eigenschap	Persuasieve elementen
Behandelplan opstellen	(...) dat je dat allemaal consequent de keuzes op dezelfde manier aanbiedt. En dat vind ik het mooie. (...) ik denk op maat is, sluit veel beter aan bij de cliënt (...)	Behandelplan afstemmen op cliënt	Overzicht van alle beschikbare behandelmodules	Personalization
eLearning voor behandelbeslissingen	[K: (...) dan heb je hier dan eLearning voor behandelbeslissingen. (...)] Dat is wel interessant, ja.	Oefenen met het maken van behandelbeslissingen	Oefen-casuïstieken met feedback	Simulation Social learning
Serious gaming	Dat is echt super mooi. (...) Met kind en jeugd is dat gewoon hartstikke goed... maar volgens mij voor volwassenen ook, als ik zie hoeveel mensen spelletjes spelen.	Spellen verhogen de betrokkenheid van de cliënt	Spel met CGT elementen	Rewards
Online agenda	[KH: (...) dat je gewoon een overzicht hebt van je afspraken die je hebt staan (...)] Dat zou echt ideaal zijn.	Overzicht van behandelafspraken	Beschikking over een digitale agenda	Self-monitoring
Blended Behandeling	[KH: (...) hier is een overzicht van euh... het hele behandelingsproces. (...) wat heeft iemand al gedaan en wat staat nog open?] Ja, dat is wel prachtig.	Cliënt heeft inzicht in behandeling	Blended Behandeling	Tunneling Self-monitoring
Online-intervisie	(...) je kunt tussendoor misschien wel even (...) zo'n interventie doen, maar het is toch ook wel simpel om elkaar face-to-face of via de chat (...)	Werkvraagstukken bespreken	Toegang tot telecommunicatie	Social facilitation
eLearning voor eHealth	(...) dat zou je dan ook als moduletjes zo kunnen aanbieden in het begin (...) er zijn waarschijnlijk (...) ook cliënten die dat nog niet zo goed weten (...)	Applicatiegebruik eigen maken	eHealth leeromgeving	Simulation

3.3.4 Prioritering Card Sorting

Na de presentatie van de prototypen, werden de medewerkers gevraagd om de gegroepeerde kaarten en hoofdgroepen te ordenen op basis van belangrijkheid. Een overzicht van de prioritering van de categorieën wordt in tabel 14 weergegeven, waarbij de categorie met het hoogste aantal punten, de meeste kansen voor een inzet van eHealth impliceert.

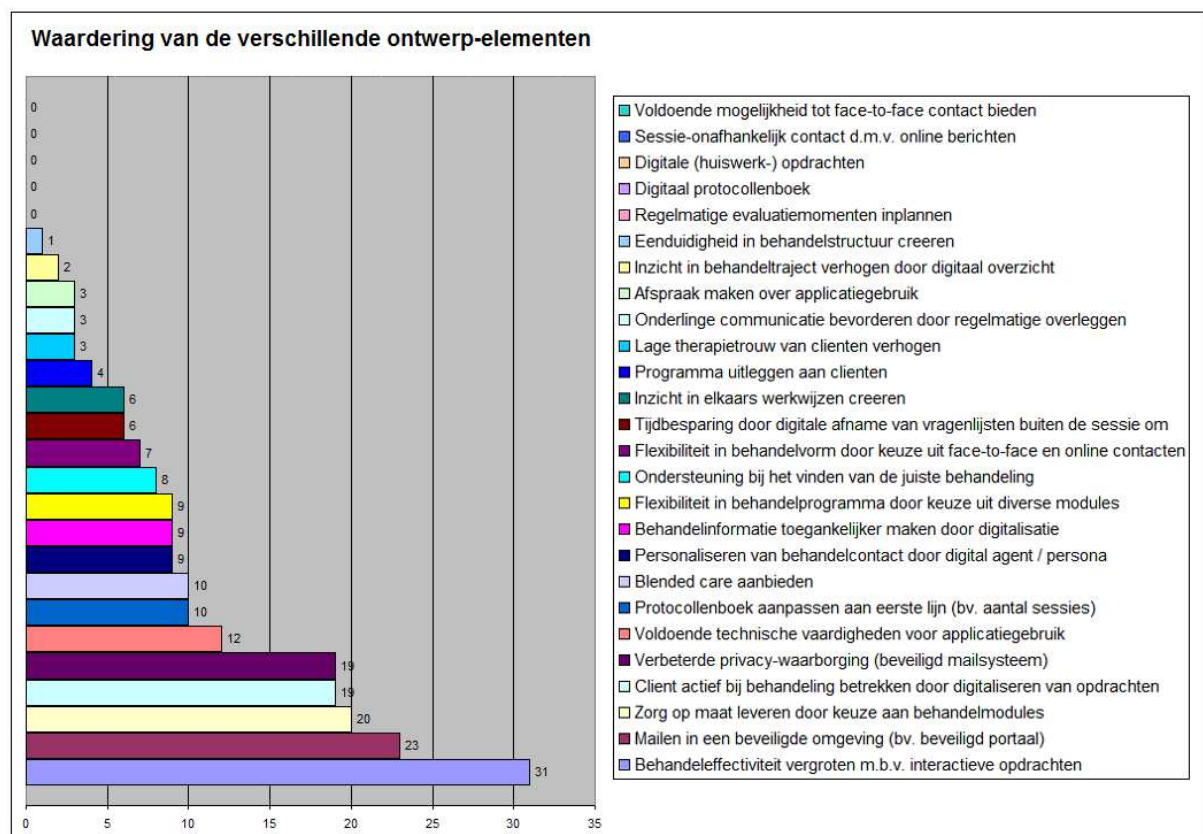
Tabel 15. Waardering categorieën per medewerker

Categorie	Resp. 1	Resp. 2	Resp. 3	Resp. 4	Resp. 5	Resp. 6	Totaal
Primair zorgproces	2	2	1	2	2	3	12 (66,67%)
Secundair zorgproces	3	3	3	1	3	2	15 (83,33%)
Gebruiksvoorwaarden	1	1	2	3	1	1	9 (50%)

Uit een optelling van de individuele waarderingen van alle respondenten per categorie is gebleken dat het secundaire zorgproces de meeste waardering kreeg (15), gevolgd door het

primaire zorgproces (12) en de gebruiksvoorwaarden (9). Hieruit blijkt dat de respondenten het als meest belangrijk ervaren dat er een programma wordt ontwikkeld ter ondersteuning van het secundaire zorgproces.

Hierna werd er gekeken naar de ordening van de 26 individuele kaarten. Uit een analyse van de top 9 kaarten per deelnemer ontstond uiteindelijk een lijst met 21 (ontwerp-) elementen, die door de respondenten als belangrijk werden geacht (zie figuur 33). Bovenaan deze lijst, staat het vergroten van de behandel-effectiviteit met behulp van interactieve opdrachten. Daarna volgden aspecten als mailen in een beveiligde omgeving, zorg op maat leveren door een keuze aan behandelmodules aan te bieden, de cliënt actief bij de behandeling betrekken door het digitaliseren van opdrachten en verbeterde privacy-waarborging, bijvoorbeeld in de vorm van een beveiligd mailsysteem.



Figuur 33 Belangrijke componenten van een eHealth interventie

3.3.5 Individuele Resultaten Card Sorting

Tijdens de presentatie van de resultaten van de card sorting heeft elke participant verteld hoe zij de kaarten heeft geordend en waarom. In verband hiermee heeft elke deelnemer aangegeven aan welke eHealth toepassing/en zij op dat moment het meeste behoefte heeft.

Slechts enkelingen uitten hun voorkeur voor een tool voor het online plannen van afspraken, een beveiligd mailsysteem of een applicatie voor blended behandeling. Drie psychologen gaven aan baat te hebben bij een digitaal protocollenboek:

“(...) ik denk dat er een aantal dingen eerst moeten, zeg maar, zijn, zoals een digitaal protocollenboek (...) voor we (...) een cliënt actief bij de behandeling kunnen betrekken door het digitaliseren van opdrachten, want daarvoor moeten eerst die opdrachten digitaal zijn (...)”.

Drie andere medewerkers spraken hun voorkeur uit voor een applicatie voor het opstellen van een behandelplan:

“(...) dat je dus echt de behandelonderdelen ook zo kan zien en dat je heel duidelijk overzicht hebt van: ‘Ohja, daar zijn we nu mee bezig en dat hebben we al gedaan, en dat gaan we nog doen’ (...) en dat de cliënt dat dan ook kan zien en eventueel dat je het aan collega’s kan laten zien van: ‘Dit is het plan, hoe denken jullie daarover?’ (...) dat lijkt me (...) best handig.”

Tot slot zouden vijf personen het fijn vinden als er een tool komt, die een bijdrage levert aan het bevorderen van de interne afstemming:

“(...) Ik heb voor het secundaire proces gekozen (...) juist om meer lijn te krijgen van hé, wat doen we nou precies, hoe bieden wij de protocollen aan binnen de eerste lijn (...) waarom doe je zoals je doet, en dat we dat allemaal op dezelfde manier doen, dat het minder afhankelijk is van wie je inderdaad voor je hebt gehad als cliënt. Dat je meer als een geheel opereert (...)”.

De resultaten laten zien dat de wensen en verwachtingen ten aanzien van het doel van de toepassing uiteenlopen van een digitaal protocollenboek, via een tool voor het opstellen van behandelplannen, tot aan een applicatie voor interne afstemming. Echter, meer eenduidigheid lijkt te heersen over de persuasieve eisen, die aan de technologie worden gesteld. Uit een analyse van de citaten aan de hand van het PSD model, is het volgende gebleken (zie tabel 15): Self-monitoring in de vorm van bijvoorbeeld online opdrachten is volgens de psychologen belangrijk om de cliënt actief bij de behandeling te betrekken. Tunneling kan helpen om de online behandeling interessant te houden. Verder hechten de medewerkers waarde aan personalization, het bieden van informatie en zorg op maat. Om cliënten uiteindelijk goede en verantwoorde zorg te kunnen leveren, wensen de deelnemers een tool die social facilitation omvat. Social learning kan daarentegen een bijdrage leveren aan de eigen professionele ontwikkeling. Door het gedrag van anderen te observeren, wordt geleerd aan de hand van de ervaringen van anderen. Tot slot werd trustworthiness als belangrijk geacht. Dit bijvoorbeeld in de vorm van beveiligde mail-systemen.

Tabel 16. Verwachte waardes, eigenschappen en persuasieve elementen

Citaat	Waarde	Eigenschap	Persuasieve elementen
(...) prioriteit voor meer de neuzen dezelfde kant op (...) dat je onderling met collega's euhm... contact kunt hebben, zeg maar.	Interne afstemming	Toegang tot telecommunicatie	Social facilitation
(...) dat je echt meer op maat behandelingen digitaal kunt maken en ook meer kunt structureren (...) en eventueel dat je het aan collega's kan laten zien van dit is het plan, hoe denken jullie daarover?	Ondersteuning bij het opstellen van behandelplannen	Een keuze-menu uit verschillende behandelmodules	Personalization Social learning
(...) ik denk dat er een aantal dingen eerst moeten, zeg maar zijn, zoals een digitaal protocollenboek, voor, voor we (...) een cliënt actief bij de behandeling kunnen betrekken (...)	Makkelijk gebruik van het protocollenboek	Een portaal voor informatie en opdrachten	Self-monitoring
(...) of een beveiligd mailsysteem, dat je gewoon wel al dingen kan mailen, dat, dat dat mis ik dan wel een beetje nu.	Clientcontact buiten sessies om	Veilige mailwisseling	Trustworthiness
(...) dat lijkt me gewoon heel leuk (...) dat iemand kan inloggen, dat je kan zien wanneer die de volgende afspraak heeft, dat die kan zien wat we al gedaan hebben, wat we nog verder gaan doen euh... dat daar ook, ja, van die opdrachten in zitten.	Client heeft inzicht in behandeling en kan thuis opdrachten maken	Blended Behandeling	Tunneling Self-monitoring
(...) zoals inderdaad het online inzien van de afspraken, het online wijzigen van afspraken, zulke dingen waar het front office veel mee te maken heeft en wat gewoon een tijdsbesparing kan opleveren (...)	Eenvoudig afspraken kunnen maken en wijzigen	Beschikking over een digitale agenda	Self-monitoring

3.3.6 Vergelijking van de resultaten

Uit een vergelijking van de audio opnames van de presentatie van de prototypes en de presentatie van de individuele resultaten van de card sorting kwam naar voren dat er het meest behoefte lijkt te zijn aan eHealth interventies ter ondersteuning van het secundaire zorgproces. Dit komt ook overeen met de resultaten van de prioritering van de categorieën, waarin het secundaire zorgproces de meeste kansen leek te bieden voor de inzet van eHealth. Wat betreft het doel en de inhoud van een eHealth applicatie, leken de medewerkers vooral open te staan voor tools die dienen ter ondersteuning van het opstellen van behandelplannen en het bevorderen van de interne afstemming. Belangrijke persuasieve elementen, die volgens de medewerkers van Raadthuys Psychologen onderdeel moeten uitmaken van een eHealth applicatie, zijn primary task support functies, als self-monitoring en personalization en social support functies, als social facilitation en social learning. Dit sluit ook aan bij de resultaten van de top 9 kaarten per card sorting, waaruit is gebleken dat onder andere waarde wordt gehecht aan de mogelijkheid tot mailen in een beveiligde omgeving en het leveren van zorg op maat door een keuze aan behandelmodules aan te bieden. Daarnaast was er veel belangstelling voor het vergroten van de behandel-effectiviteit met behulp van interactieve opdrachten.

4. CONCLUSIE

In dit onderzoek over de mogelijke integratie van eHealth binnen de depressiezorg in de generalistische basis ggz werden de wensen en behoeften van medewerkers ten aanzien van de inzet van eHealth in kaart gebracht.

Uit de individuele interviews is gebleken dat er meerdere verbeterpunten zijn ten aanzien van het huidige zorgtraject. Belemmerende factoren zijn papieren protocollenboeken, moeite bij het vinden van de juiste behandeling en een gebrek aan eenduidigheid in behandelstructuur door te weinig onderlinge communicatie.

Gebaseerd op de waargenomen verbeterpunten, zagen de medewerkers kansen voor de inzet van diverse eHealth technologieën. Tijdens de individuele interviews was er een duidelijke belangstelling voor een online portaal met digitale behandelinformatie en huiswerkopdrachten. In de tweede fase van het onderzoek bleek daarentegen meer behoefte te zijn aan eHealth applicaties ter ondersteuning van het secundaire zorgproces, zoals een applicatie voor het opstellen van behandelplannen en een tool ter bevordering van de behandelinhoudelijke communicatie.

De wens naar meer overleg met collega's bleek in dit onderzoek een cruciale factor te zijn, die in elke fase werd besproken. Het bevorderen van de behandelinhoudelijke communicatie kan een bijdrage leveren aan het verhelpen van belemmerende factoren van het zorgproces als moeite met het maken van behandelbeslissingen en het ontbreken van een eenduidig beleid. In die zin zou het goed zijn als Raadthuys Psychologen gebruik zou maken van een videochat systeem om de plaatselijke afstand tussen medewerkers te overbruggen en zodoende regelmatige overleggen te kunnen organiseren. Belangrijk is dat het design van de interventie voldoet aan de ontwerp-eisen, die door de medewerkers zijn gesteld. Social support functies, als social facilitation en social learning, evenals primary support functies, in de vorm van self-monitoring en personalization, kunnen een bijdrage leveren aan de opname en het gebruik van een dergelijke tool.

Samenvattend heeft dit onderzoek een eerste bijdrage geleverd voor de inzet van eHealth binnen depressiezorg, in de vorm van inzichten over mogelijk geschikte doelen en componenten van een eHealth toepassing. Verder onderzoek dient uitgevoerd te worden om tot een meer concreet ontwerp van een toepassing te komen. Dit prototype kan uiteindelijk in de praktijk worden ingevoerd.

5. DISCUSSIE

5.1 Resultaten in context van de literatuur

Om te kunnen achterhalen waar kansen liggen met betrekking tot de inzet van eHealth binnen depressiezorg, moet eerst helderheid heersen over eventuele verbeterpunten in het zorgproces. Ten aanzien hiervan viel op dat belemmerende factoren voornamelijk te maken hebben met tijdrovende handelingen die ervoor zorgen dat belangrijke behandeltijd verloren gaat (zoals bijvoorbeeld het omslachtige bij elkaar zoeken en kopiëren van papieren huiswerkopdrachten en behandelinformatie), evenals een gebrek aan behandelstructuur door te weinig overleg onder de medewerkers en moeite bij het vinden van de juiste behandeling. Deze aspecten wijken af van de door Spijker et al. (2013) beschreven knelpunten in de zorg, die voornamelijk betrekking hebben op bepaalde cliëntkenmerken als de culturele achtergrond, het ziektebeeld en het functioneren van de cliënt.

Een mogelijke verklaring voor het waargenomen gebrek aan behandeltijd levert onderzoek van Smit en Bosch (2014). Hierin wordt aangetoond dat 71% van de gz/eerstelijnspsychologen in de praktijk een verschuiving in cliëntpopulatie opmerkt. Het gaat hierbij om de komst van zwaardere problematiek. Tegelijkertijd gaat deze verschuiving gepaard met een enorme reductie in het aantal sessies (van maximaal 1800 minuten in de tweede lijn, naar maximaal 750 in de generalistische basis ggz). Deze paradoxale beweging vereist een nieuwe organisatie van zorg om cliënten alsnog de hulp te kunnen bieden, die ze nodig hebben.

Hiernaast kan de verschuiving in cliëntpopulatie ook bijdragen aan de moeite met het maken van behandelkeuzes. Psychologen in de generalistische basis ggz zien zich in één keer geconfronteerd met zwaardere problematieken, die een andere benadering en behandelwijze vereisen. Hier komt nog eens bij dat het merendeel van de gz-psychologen nog in opleiding is en over een beperkte werkervaring beschikt. Wellicht biedt het zorgprogramma depressie een eerste richtlijn voor de bepaling en behandeling van de diverse zorgzwaartes (Hardeman et al., 2012), maar de kwaliteit hiervan valt te betwisten. Bestaande zorgprotocollen hebben doorgaans betrekking op niet bestaande gemiddelde patiënten met enkelvoudige problematiek, terwijl zorgverleners beslissingen moeten nemen over unieke patiënten met dikwijls complexe problematieken (Spinhoven, 1999). Volgens Smit en Bosch (2014) zorgt dit voor meer behoefte aan overleg binnen de generalistische basis ggz.

Eventuele oorzaken voor het gebrek aan overleg onder psychologen worden gegeven door Fitzgerald, Piris en Serrano (2008). Zij stellen dat professionals in de gezondheidszorg

niet gewend zijn om samen te werken, aangezien hun organisatiemodel vaak gebaseerd is op individualistische werkmethoden. Hierdoor krijgen zij ook te weinig feedback op hun diagnostische- en behandelbeslissingen (Witteman, Groenier en Spaanjaars, 2012).

Gebaseerd op de genoemde belemmerende factoren in de zorg, zagen de medewerkers van de praktijk kansen voor de inzet van diverse eHealth technologieën: een online portaal met digitale behandelinformatie en huiswerkopdrachten, een applicatie voor het opstellen van behandelplannen en een tool ter bevordering van behandelinhoudelijke communicatie.

Uit de literatuur is gebleken dat een online portaal met digitale behandelinformatie en huiswerkopdrachten als voordeel heeft dat het beperkte aantal contacturen met de psycholoog optimaal benut kan worden, doordat gedeeltes van de behandeling, die de cliënt zelfstandig kan uitvoeren, vervangen worden door online sessies (Van der Vaart et al., 2014). Echter, het is de vraag in hoeverre Raadthuys Psychologen al klaar is voor de komst van blended behandeling. Tijdens de individuele interviews is gebleken dat veel medewerkers moeite hebben met het bepalen van de juiste behandeling. De toepassing van blended care zou dit beslissingsproces nog meer kunnen bemoeilijken, doordat naast de keuze voor de juiste therapie ook een optimale verhouding tussen online en face-to-face behandeling gevonden moet worden (Postel, Witting en Van Gemert-Pijnen, 2013). Hiervoor dient de gz-psycholoog onder andere een inschatting te maken van de persoonlijke voorkeuren en mogelijkheden van de cliënt (zoals bijvoorbeeld zijn computer-vaardigheden en de mate waarin hij zelfstandig kan werken). Voor de medewerkers van Raadthuys Psychologen zou dit een extra opgave en/of belasting kunnen zijn. Sterker nog, de literatuur heeft geleerd dat het gebruik van een toepassing, die niet aansluit bij de gebruiker en/of de situatie, aanzienlijke gevolgen kan hebben en de veiligheid van cliënten in gevaar kan brengen (Ammenwerth & Shaw, 2005).

In het verlengde hiervan kan worden overwogen om de gz-psychologen eerst ondersteuning te bieden bij het maken van behandelbeslissingen, door een tool te ontwikkelen voor het online opstellen van behandelplannen. Echter, het gebruik van een dergelijke tool vereist een aanpassing van bestaande therapieprotocollen, die te lang zijn voor de eerste lijn (zoals bijvoorbeeld het cognitief gedragstherapeutische protocol voor depressie). Verschillende interpretaties van bestaande protocollen zorgen namelijk voor een instabiele uitvoering van het beleid. Tijdens de individuele besprekingen van het zorgtraject kwam naar voren dat elke medewerker op een andere manier vormgeeft aan het zorgproces aan cliënten. Sommige gz-psychologen gaven aan dat ze een duidelijke lijn vanuit Raadthuys Psychologen missen en wensten een vastliggend stappenplan in de vorm van een stroomlijndiagram. Om dit probleem te kunnen verhelpen, is overleg noodzakelijk.

In die zin is aan te bevelen dat er eerst gewerkt wordt aan het verbeteren van de onderlinge communicatie tussen de medewerkers, door regelmatige overleggen te organiseren. Binnen Raadthuys Psychologen belemmeren verschillende werkdagen, -tijden en -locaties het plannen van structurele vergaderingen. Dit probleem kan verholpen worden door het gebruik van communicatietechnologieën. Deze dienen niet extra ontworpen te worden, maar er kan ook gebruik worden gemaakt van bestaande applicaties, zoals bijvoorbeeld virtuele conferentieruimtes en videochat systemen. Het doel van een dergelijk overleg kan divers zijn. Zo kunnen werkoverleggen een bijdrage leveren aan het uitzetten van een eenduidig beleid, terwijl intervisievergaderingen dienen ter bespreking van belangrijke werkvraagstukken. Ook draagt intervisie bij aan de continuering van opgedane kennis en het verwerven van nieuwe kennis (Tummers et al., 2011).

De verwachting is dat de implementatie van een dergelijke tool weinig weerstand zal oproepen, aangezien de medewerkers de komst van eHealth doorgaans verwelkomen. Dit wordt benadrukt door het feit dat de door de gz-psychologen benoemde voordelen van eHealth betrekking hadden op alle vier de niveaus die uit de literatuur bekend zijn: betere toegang tot zorg, verbeterde kwaliteit van zorg, verbeterde efficiëntie van zorg en een centralere positie van de patiënt in het zorgproces (Van Gemert-Pijnen et al., 2013).

Mogelijke barrières ten aanzien van de inzet van eHealth zagen de medewerkers voornamelijk ten aanzien van de organisatie zelf en de motivatie en kunde van cliënten. De gz-psychologen maakten zich zorgen over onveilig mail-contact, een gebrek aan non-verbale communicatie, een tijdrovend digitaal volgen van cliënten en onvoldoende motivatie en kunde van cliënten om de technologie te gebruiken. Opmerkelijk was dat barrières op bijna alle vlakken zijn besproken, die ook in de literatuur zijn gevonden, behalve wetgeving en te weinig betrokkenheid van stakeholders (Van Gemert-Pijnen et al., 2013). Verder valt op dat enkel aspecten als een onveilig mail-contact en een gebrek aan non-verbale communicatie de toepassing van communicatietechnologieën in de weg kunnen staan.

Om de acceptatie van een videochat systeem te kunnen bevorderen, dient tijdens de ontwikkeling ervan rekening te worden gehouden met de door de medewerkers gewenste persuasieve ontwerp-elementen. Opmerkelijk is dat er ontwerp principes uit alle vier de categorieën werden genoemd (Oinas-Kukkonen & Harjumaa, 2009). Veel belangstelling was er voor social support principes, als social facilitation en social learning. Deze elementen kunnen een belangrijke rol spelen in het motiveren van mensen en het teweegbrengen van gedragsverandering (Eriksson-Backa et al., 2012; Kelders et al., 2012). Het grootste aantal ontwerp-elementen had daarentegen betrekking op primary support principes. Dit komt ook

overeen met de literatuur, waarin werd beschreven dat deze elementen in de praktijk het meest vaak worden gebruikt. Van de dialogue support en credibility support principes werden enkel rewards en trustworthiness als belangrijke persuasieve elementen aangehaald.

Vertaald naar een videochat systeem zou dit kunnen betekenen dat er behoefte is aan een veilige applicatie, die de communicatie tussen medewerkers vergemakkelijkt, een bijdrage levert aan de eigen professionalisering en de verwachte gedragsverandering beloont.

Om uiteindelijk het implementatie-, en zodoende ook veranderingsproces binnen de praktijk, te kunnen laten slagen, is overleg noodzakelijk. Communicatie levert een belangrijke bijdrage aan het vergroten van de betrokkenheid van medewerkers binnen veranderingsprocessen (Kleijn & Rorink, 2009). Het management heeft hier een essentiële rol in, door de medewerkers te laten participeren in alle fasen van het proces. In de startfase dient het management de noodzaak tot veranderen vast te stellen en de medewerkers bewust te maken van deze noodzaak. Dit vereist een nauwkeurige diagnose van de bestaande problematiek. In de hierop volgende ontwerpfase worden de persoonlijke voordelen van de verandering gespecificeerd en worden gezamenlijk afspraken gemaakt over de invoeringsfase. In deze laatste fase is het belangrijk dat het management om feedback vraagt en de successen van de verandering communiceert, evenals eventuele fouten corrigeert. Op die manier kan een langdurige verandering binnen de praktijk worden bevorderd (Kleijn & Rorink, 2009).

5.2 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie van het onderzoek

Voor Raadthuys Psychologen heeft dit onderzoek belangrijke aanwijzingen opgeleverd over waar verbeterpunten liggen in de depressiezorg aan cliënten, hoe eHealth hier mogelijk op kan inspelen en waar bij de implementatie van eHealth op gelet moet worden.

Andere psychologenpraktijken binnen de generalistische basis ggz, die zich voor dezelfde taak gesteld zien als Raadthuys Psychologen, kunnen uit dit onderzoek wezenlijke informatie halen over waar bij de zoektocht naar een geschikte eHealth toepassing op gelet moet worden. Ook zou het voor andere praktijken interessant zijn om te onderzoeken in hoeverre de in dit onderzoek benoemde verbeterfactoren ook in hun praktijk present zijn. Er valt hierbij met name te denken aan de behoefte aan overleg, aangezien de meeste praktijken solopraktijken zijn (Tummers et al., 2011).

Vanuit wetenschappelijk oogpunt benadrukt dit onderzoek het belang van de integratie van persuasieve elementen in eHealth interventies, en dan met name functies als primary task support en social support.

6. REFLECTIE EN AANBEVELINGEN

De kracht van dit onderzoek ligt vooral in een nauwkeurige analyse, uitgevoerd in diverse fasen en onder gebruikmaking van verschillende onderzoeksmethoden. In verband hiermee bleek de CeHRes Roadmap een gepaste benadering te zijn om stapsgewijs en onder aanwending van verschillende methoden te exploreren hoe vanuit het oogpunt van diverse stakeholders eHealth kan worden ingezet in het zorgtraject van mensen met depressieve klachten. Een kleine kanttekening die hierbij geplaatst dient te worden, is dat de CeHRes Roadmap wellicht een nauwkeurige, maar daardoor ook een erg tijdsintensieve benadering is (Van Velsen et al., 2013). Ook van de (potentiële) gebruikers vergt dit designproces veel inzet, wanneer alle stappen worden doorlopen.

Voor de contextual inquiry en value specification werd in dit onderzoek gebruik gemaakt van individuele, half-gestructureerde interviews. Deze interviewvorm had als voordeel dat de onderzoeker door middel van doorvragen kon achterhalen hoe de ondervraagden tot hun mening zijn gekomen, welke argumenten hierbij een rol spelen, in welke mate en waarom (Baarda, De Goede & Teunissen, 2001). Een nadeel van deze interviewvorm is dat de resultaten erg afhankelijk zijn van het doorvragen van de onderzoeker. Zo is bijvoorbeeld gebleken dat elke psycholoog op een andere wijze vormgeeft aan het zorgproces. In de praktijk kan het echter zijn dat sommige psychologen bepaalde stappen niet hebben benoemd, omdat ze deze als vanzelfsprekend ervaren en/of vergeten zijn. Zodoende kan belangrijke informatie mis worden gelopen. Een mogelijk bijkomend probleem was dat de onderzoeker van te voren geen inzicht heeft gehad in bestaande protocollen, zodat zij niet wist hoe het standaard zorgproces eruit zou moeten zien.

De navolgende focusgroep had als doel om een beter beeld te krijgen van de opbouw van de gewenste eHealth applicatie. In dit stadium is er bewust voor gekozen om een groeps gesprek te laten plaatsvinden. De focusgroep was een goede methode om door middel van een interactionele discussie de ervaringen van de medewerkers, alsmede de redenering daarachter en hun waarden en percepties te exploreren (Lucassen & Olde Hartman, 2007). Daarnaast kan de interactie tussen de deelnemers nieuwe informatie en data verschaffen, die niet inzichtelijk is, wanneer men geïsoleerde enkelingen ondervraagt (Van Regenmortel, 2002). Een probleem wat bij een dergelijk groeps gesprek kan komen kijken is dat sommige mensen meer aanwezig zijn dan anderen. Om dit probleem te voorkomen, heeft de onderzoeker ernaar gestreefd om iedereen bij het gesprek te betrekken en naar de eigen mening te vragen. Een ander nadeel van focusgroepen is dat sommige deelnemers omwille de

groepsnorm geneigd kunnen zijn om mee te gaan met de rest en hun eigen mening verzwijgen (Lucassen & Olde Hartman, 2007). Ook de aanwezigheid van een leidinggevende kan een dergelijk effect hebben. Binnen dit onderzoek wordt deze bedreiging als vrijwel gering geacht. Ten eerste blijkt dit uit het feit dat de medewerkers tijdens de bijeenkomst duidelijke wensen hebben geuit, zoals bijvoorbeeld de behoefte aan meer overleg en een eenduidige behandelplan binnen Raadthuys Psychologen. Daarnaast werd ook duidelijk dat het management en de medewerkers niet altijd eenzelfde mening deelden. Juist door deze communicatiekloof is de focusgroep uiteindelijk een geschikte methode gebleken om de wensen en behoeften van de medewerkers in kaart te brengen (Van Regenmortel, 2002).

Toch zijn ook een aantal aanbevelingen te benoemen ten aanzien van het gebruik van deze methode. In dit onderzoek is het groepsgesprek geleid door één onderzoeker. Met het oog op de interactie van de leden was het echter beter geweest om een extra observator in te schakelen, die de groepsprocessen kan bewaken, terwijl de onderzoeker / moderator zich op het leiden van de discussie richt (Lucassen & Olde Hartman, 2007). Deze observator had tevens ook deel kunnen nemen in het analyseproces van de data, zodat de (interbeoordelaars-) betrouwbaarheid van de resultaten had kunnen worden verhoogd.

Om te kunnen komen tot een betere kwaliteit van de onderzoeksuitkomsten, heeft de onderzoeker de audio opnames van de focusgroep getoetst aan de hand van een vergelijking met de resultaten van de card sorting. Dat een focusgroep goed te combineren is met andere onderzoeksmethoden, werd ook aangetoond door Van Regenmortel (2002).

De binnen de focusgroep doorgevoerde card sort heeft belangrijke inzichten verschaft in het gewenste doel en de inhoud van een eHealth toepassing. Toch zijn tijdens de uitvoering van deze methode enkele problemen naar voren gekomen. Zo bleek dat de medewerkers moeite hadden met de verdeling van de kaarten in de categorieën. Het is aan te nemen dat dit probleem voorkomen had kunnen worden door een combinatie uit een open en gesloten card sort door te voeren. Aan de hand van een gezamenlijk, open card sort hadden eerst de door de medewerkers gewenste hoofdcategorieën geïdentificeerd kunnen worden. Daarna hadden individuele, gesloten card sorts inzicht kunnen bieden in de werkbaarheid van deze hoofdcategorieën (U.S. Department of Health & Human Services, 2015).

Over de resultaten van het onderzoek valt te zeggen dat deze onverwachtse bevindingen hebben opgeleverd. Waar in het begin door Raadthuys Psychologen en de onderzoeker werd verwacht, dat er gekomen zou worden tot een blended care behandelprogramma, bleek in de loop van het onderzoek dat de medewerkers in eerste instantie meer belang hebben bij eHealth applicaties die dienen ter ondersteuning van

secundaire zorgprocessen. Deze verandering in visie is mogelijk te wijten aan een (aanvankelijk) beperkt inzicht in het brede spectrum aan eHealth technologieën, gezien de medewerkers het begrip “eHealth” voornamelijk aan blended behandeling koppelden. In dat opzicht bood de presentatie van de prototypen de medewerkers nieuwe inzichten in de wereld van eHealth. Het voordeel van low-fidelity prototyping is dat op een snelle en goedkope manier diverse ideeën gevisualiseerd kunnen worden (Snyder, 2003). Door deze ideeën voor te leggen aan (potentiële) gebruikers konden tevens eerste inzichten gecreëerd worden in de gewenste opbouw van een eHealth applicatie. Gezien voor de bijeenkomst nog niet duidelijk was welk doel de applicatie zou hebben, was het gebruik van low-fidelity prototypes hier beter op zijn plek dan bijvoorbeeld de toepassing van paper prototypes of Wizard-of-Oz-prototypes, waarin de focus wordt gelegd op de concrete inhoud en functionaliteit van een toepassing (Van Gemert-Pijnen & Appelman, 2012). Daarnaast hebben low-fidelity prototypes als voordeel dat zij makkelijk aangepast kunnen worden, waardoor zij bij interesse verder uitgewerkt en mogelijk gerealiseerd kunnen worden (Snyder, 2003).

Zo is aan te bevelen dat de functionaliteit van het “online intervisie” prototype nader wordt bepaald. Ook is het mogelijk om op zoek te gaan naar bestaande videochat systemen en deze aan de medewerkers voor te leggen. Belangrijk is hierbij dat de tool voldoet aan de door de medewerkers geuite ontwerp-eisen. Een usability-test kan tevens uitsluitsel geven over het gebruiksgemak van de (zelf ontworpen) applicatie. Het betrekken van de medewerkers bij het verdere design, kan het latere gebruik van de applicatie bevorderen. Dit is vooral belangrijk, omdat zorgverleners vaak nog weinig animo hebben voor digitale consulten (Krijgsman, et al., 2013). In de navolgende operationalisatie-fase dienen de ontwerpers samen met Raadthuys Psychologen een business-model te maken voor de invoering van de eHealth-applicatie in de praktijk (Van Gemert-Pijnen et al., 2012). Er dient hierbij aandacht te worden besteedt aan activiteiten als educatie en training van de eindgebruikers om het gebruik van de applicatie te bevorderen (Lechner et al., 2010). Regelmatige evaluatie is hierbij essentieel.

Indien andere instellingen zich ook geconfronteerd zien met de taak om eHealth te moeten implementeren in het zorgproces, dan kunnen zij hun voordeel doen met de resultaten van dit onderzoek. Gezien de labels voor de card sorting gebaseerd zijn op de resultaten van de individuele interviews en gecategoriseerd zijn aan de hand van relevante literatuur, is te verwachten dat de kaarten ook in externe situaties gebruikt kunnen worden. Daarnaast is er altijd nog de mogelijkheid om blanco kaarten te gebruiken om eventueel ontbrekende of aanvullende informatie te verzamelen. Verder kan de selectie uit papieren prototypes gebruikt worden om medewerkers inzicht te geven in het brede spectrum aan eHealth toepassingen.

DANKWOORD

De totstandkoming van deze masterthese is een heel proces geweest, dat niet altijd even makkelijk is verlopen. Daarom wil ik de ruimte nemen om een aantal mensen te bedanken die een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan het eindproduct dat nu voor u ligt.

Als eerste wil ik Annemarie Braakman-Jansen van harte bedanken. Als mijn eerste begeleider heb je me de afgelopen maanden altijd ondersteuning geboden, me gemotiveerd en het vertrouwen gegeven dat we er iets moois van kunnen maken, ook als ik even niet meer wist hoe het verder zou moeten. Ik ben erg blij dat ik jou als begeleider heb mogen hebben.

Daarnaast wil ik natuurlijk ook mijn tweede begeleider, Olga Kulyk, ontzettend bedanken. Jouw aandeel in dit product is zeker niet onbelangrijk geweest. Jij was altijd bereikbaar voor vragen, hebt feedback gegeven op mijn stukken en meegedacht in de breedste zin van het woord. Ik heb deze begeleiding als erg prettig ervaren.

Verder is er een woord van dank aan alle respondenten, die met veel enthousiasme deel hebben genomen aan dit onderzoek. Een bijzondere inzet hebben hierbij Désirée Krol en Evelien Tielen getoond, door het plannen van afspraken en het opsturen van informatie.

Claudia Groot Kormelinck, jou wil ik in het bijzonder bedanken. Gedurende mijn hele studieperiode ben je een belangrijke steunpilaar voor mij geweest. Ik zal onze gezamenlijke studeerdagen (en soms ook –nachten) nog wel gaan missen. Je stond er altijd open voor om naar mijn inhoudelijke vragen, twijfels en onzekerheden te luisteren, evenals antwoord te geven op mijn vragen rondom de Nederlandse taal. En vooral de afgelopen zes maanden heb ik hier ontzettend veel gebruik van gemaakt. Bedankt dat ik je altijd lastig mocht vallen.

Lisa Holtkamp, zonder jouw hulp was mijn titelblad stukken minder mooi geworden. Hartelijk bedankt voor jouw creatieve inzet.

Carmen Kalmer, bedankt voor de tijd die je er in hebt gestoken om mij wegwijs te maken in het gebruik van Excel. Ik heb een heleboel van jou geleerd.

Niklas Näseman, erg bedankt dat je bereid was om mijn samenvatting te lezen.

Ten slotte zal de omvang van deze masterthese aantonen dat de uitvoering en vastlegging van dit onderzoek een tijdrovende bezigheid is geweest. In die zin ben ik ook mijn familie en vrienden een woord van dank verschuldigd voor het begrip hiervoor en de geboden ondersteuning.

Enschede, 1 maart 2015

Katja Holtkamp

LITERATUURLIJST

- Ahern, D.K. (2007). Challenges and Opportunities of eHealth Research. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(5), 75-82.
- Ahmad, F., Hudak, P.L., Bercovitz, K., Hollenberg, E., & Levinson, W. (2006). Are Physicians Ready for Patients With Internet-Based Health Information? *Journal of Medical Internet Research*, 8(3), 1-8.
- Aldenhoven, S. (2011). Onderscheid maken tussen EPD en ZIS van strategisch belang. In: S. Aldenhoven & J. de Boer (red.). *IT in de zorg: probaat middel, maar lees voor gebruik de bijsluiter!* (pp. 96-117). Groningen: Uitgeverij kleine Uil.
- Ammenwerth, E., & Shaw, N.T. (2005). Bad Health Informatics Can Kill – Is Evaluation the Answer? *Methods of Information in Medicine*, 44(1), 1-3.
- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-Based and Other Computerized Psychological Treatments for Adult Depression: A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), 196-205.
- Baarda, D.B., De Goede, M.P.M., & Teunissen, J. (2001). *Kwalitatief onderzoek – Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen – Houten: Wolters-Noordhoff.
- Bakker, P., & Jansen, P. (2013). *Generalistische Basis GGZ - Verwijsmodel en productbeschrijvingen*. Enschede: Bureau HHM.
- Ball, M.J., & Lillis, J. (2001). E-health: transforming the physician:patient relationship. *International Journal of Medical Informatics* 61, 1-10.
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A Comprehensive Review and a Meta-Analysis of the Effectiveness of Internet-Based Psychotherapeutic Interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 109-160.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, 48, 177-187.

- Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G., Gottlieb, N.H., & Fernández, M.E. (2011). *Planning Health Promotion Programs – An Intervention Mapping Approach* (3rd edition). San Francisco: Jossey-Bass.
- Beerlage-de Jong, N., Kulyk, O.A., Wentzel, M.J., Oinas-Kukkonen, H., & Van Gemert-Pijnen, J.E.W.C. (2015). In: “Sorting out” the PPQ. A mixed-methods approach to evaluate Perceived Persuasiveness Questionnaire constructs (in review). *Conference Proceedings of the 10th International Conference. PERSUASIVE 2015*.
- Bijenhof, A.M., Folkertsma, M.A., Kommer, G.J., Slobbe, L.C.J., & Polder, J.J. (2012). *Kostenontwikkeling GGZ - Kosten van ziekten notities 2012-1*. Bilthoven: RIVM.
- Boeije, H. R. (2010). *Analysis in Qualitative Research*. Los Angeles: Sage.
- Brug, J., Van Assema, P., & Lechner, L. (2007). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering – Een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum.
- Cain, M., & Mittman, R. (2002). *Diffusion of Innovation in Health Care*. California: California Health Care Foundation.
- Calabretta, N. (2002). Consumer-driven, patient-centered health care in the age of electronic information. *Journal Of The Medical Library Association*, 90(1), 32-37.
- Cavanagh, K., Shapiro, D.A., Van Den Berg, S., Swain, S., Barkham, M., & Proudfoot, J. (2009). The Acceptability of Computer-Aided Cognitive Behavioural Therapy: A Pragmatic Study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), 235-246.
- Committee on Quality of Health Care in America (2001). *Crossing the Quality Chasm - A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Conijn, B., & Ruiter, M. (2011). *Preventie van depressie - Factsheet Preventie 2011*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- De Graaf, R., Ten Have, M., & Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking - NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- De Groot, J., Hermans, P.C., & De Lange, M. (2013). *eHealth in de richtlijnen*. Ede: Regieraad Kwaliteit van Zorg.
- De Lange, R., Schuman, H., & Montesano Montessori, N. (2011). *Praktijkgericht onderzoek voor reflectieve professionals*. Antwerpen – Apeldoorn: Garant.

- De Lely, A.-J. (2012). *Wat depressie met je doet*. Zoetermeer: Boekencentrum.
- Eriksson-Backa, K., Luoma, A., & Krook, E. (red.) (2012). *Exploring the Abyss of Inequalities: 4th International Conference on Well-Being in the Information Society, WIS 2012. Turku, Finland, August 2012, Proceedings*. Berlin: Springer-Verlag.
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), 20.
- Fitzgerald, G., Piris, L., & Serrano, A. (2008). Identification of Benefits and Barriers for the Adoption of E-Health Information Systems Using a Socio-Technical Approach. *ITI 2008 - 30th International Conference on Information Technology Interfaces*, 601-606.
- Flynn, D., Gregory, P., Makki, H., & Gabbay, M. (2009). Expectations and experiences of eHealth in primary care: A qualitative practice-based investigation. *International Journal of Medical Informatics*, 78, 588-604.
- Fried, L.P. (2000). Epidemiology of Aging. *Epidemiologic Reviews*, 22(1), 95-106.
- GGZ Nederland, Landelijk Platform GGZ, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten, Nederlands Instituut van Psychologen, Platform MEER GGZ, Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, & De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2013). *Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017*. Den Haag: Auteurs.
- Gould, J.D. & Lewis, C. (1985). Designing for Usability: Key Principles and What Designers Think. *Communications of the ACM*, 28(3), 300-311.
- Griffiths, K.M., Mackinnon, A.J., Crisp, D.A., Christensen, H., Bennett, K., & Farrer, L. (2012). The Effectiveness of an Online Support Group for Members of the Community with Depression: A Randomised Controlled Trial. *PLoS ONE*, 7(12), 1-9.
- Hardeman, H., Van de Sande, M., Inklaar, M., Zuidweg, W. (2012). *Zorgprogramma - Depressie bij volwassenen*. Zetten: Stichting Eerstelijns Zorg Midden Betuwe.
- Hoeymans, N., Van Loon, A.J.M., Van den Berg, M., Harbers, M.M., Hilderink, H.B.M., Van Oers, J.A.M., Schoemaker, C.G. (red.) (2014). *Een gezonder Nederland - Kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. Bilthoven: RIVM.

- Innovation in Learning (n.d.). *CliniSpace – Virtual Medical Environments* [illustratie]. Los Altos Hills, CA: Auteur.
- Interapy (n.d.). *Onze aanpak bij depressie* [illustratie]. Verkregen op 1 februari 2015, via: <http://www.interapy.nl/depressie/behandeling>
- IPPZ (n.d.). *Zorg op maat en veilige online communicatie*. Verkregen op 14 februari 2015, via: <http://ippz.nl/nl/producten>
- Jacobs, J. (2013, 19 december). *Ook 2014 weer jaar van doorbraak eHealth in GGZ (of anders 2015)*. [Elektronische versie]. Verkregen op 31 augustus 2014, via: <http://www.smarthealth.nl/2013/12/19/ook-2014-weer-jaar-van-doorbraak-ehealth-in-ggz/>
- Karify (2015). *Wat is karify?* Verkregen op 15 februari 2015, via: <http://www.karify.com/nl/>
- Katzenbauer, M. (2009). Te vroeg voor landelijk EPD. *Medisch Contact*, 64(20), 880-883.
- Kelders, S.M., Kok, R.N., Ossebaard, H.C., & Van Gemert-Pijnen, J.E.W.C. (2012). *Persuasive System Design Does Matter: A Systematic Review of Adherence to Web-Based Interventions*. *Journal of Medical Internet Research*, 14(6), 152-175.
- Kleijn, H., & Rorink, F. (2009). *Verandermanagement* (2e herziene druk). Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Kreps, G.L., & Neuhauser, L. (2010). New directions in eHealth communication: Opportunities and challenges. *Patient Education and Counseling*, 78, 329-336.
- Krijgsman, J., De Bie, J., Burghouts, A., De Jong, J., Cath, G.-J., Van Gennip, L., & Friele, R. (2013). *eHealth, verder dan je denkt: eHealth-monitor 2013*. Den Haag: Nictiz en het NIVEL.
- Krijgsman, J., & Klein Wolterink, G. (2012). *Ordering in de wereld van eHealth*. Den Haag: Nictiz.
- Kujala, S. (2003). User involvement: a review of the benefits and challenges. *Behaviour and Information Technology*, 22(1), 1-16.
- Landay, J.A., & Myers, B.A. (1995). Interactive Sketching for the Early Stages of User Interface Design. *CHI' 95 Mosaic of Creativity*, 43-50.
- Learmonth, D., & Rai, S. (2008). Taking computerized CBT beyond primary care. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 111-118.

- Lechner, L., Mesters, I., & Bolman, C. (2010). *Gezondheidspsychologie bij cliënten*. Assen: Van Gorcum.
- Lemmens, L.C., Rempelberg, C.J.M., Molema, C.C.M., & Suijkerbuijk, A.W.M. (2014). *Depressiepreventie - Nationale en internationale inventarisatie*. Bilthoven: RIVM.
- Lucassen, P.L.B.J., & Olde Hartman, T.C. (red.) (2007). *Kwalitatief onderzoek – Praktische methoden voor de medische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lutz, W., Sanderson, W., & Scherbov, S. (2008). The coming acceleration of global population ageing. *Nature*, 451, 716-719.
- LVE (2011). *Beleidsprogramma 2011-2015 in het kort*. Amsterdam: Auteur.
- LVE (2014). Jaarbericht 2013. *Nieuwsbrief van Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen*, 15, 1-10.
- Maassen, H. (2013). Ggz nieuwe stijl roept veel vragen op. *Medisch Contact*, 24, 1296-1298.
- Marcus, M., Yasamy, M.T., Van Ommeren, M., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). Depression - A Global Public Health Concern. *World Health Organization Paper on Depression*, 6-8.
- Marlin Media (2012). *Grip op je dip via de chatbox* [illustratie]. Verkregen op 1 februari 2015, via: <http://www.mediamarlin.nl/grip-op-je-dip-via-de-chatbox/>
- Mathers, C.D., & Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11), 2011-2030.
- McMinn, M. (2014). *The Therapy Outcome Management System* [illustratie]. Verkregen op 21 januari 2015, via: <https://itunes.apple.com/us/app/therapy-outcome-management/id530686503?mt=8>
- Mentalshare (n.d.). *Wat is de depressie test van Zelfhulpwijzer.nl?* Verkregen op 14 februari 2015, via: <http://www.zelfhulpwijzer.nl/>
- Merry, S.N., Stasiak, K., Shepherd, M., Frampton, C., Fleming, T., & Lucassen, M.F.G. (2012). The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial. *British Medical Journal*, 344, 2598-2613.

- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M.P., Cane, J., & Wood, C.E. (2013). The Behavior Change Technique Taxonomy (v1) of 93 Hierarchically Clustered Techniques: Building an International Consensus for the Reporting of Behavior Change Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 46, 81-95.
- Molenaar, P.J., Don, F., Van den Bout, J., Sterk, F., & Dekker, J. (2009). *Doorbreek je depressie – Werkboek voor de cliënt*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nederhoed, P. (2010). *Helder rapporteren – Een handleiding voor het opzetten en schrijven van rapporten, scripties, nota's en artikelen* (10e herz. dr.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nijland, N. (2011). *Grounding eHealth - Towards a holistic framework for sustainable eHealth technologies* [Proefschrift]. Enschede: Universiteit Twente.
- Nijland, N., Van Gemert-Pijnen, 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), 1-10.
- Null, C. (2014). *Meetings.io* [illustratie]. Verkregen op 30 november, 2014, via: <http://www.pcworld.com/article/2364267/10-videoconferencing-tools-for-small-groups.html>
- Oinas-Kukkonen, H., & Harjumaa, M. (2008). Towards Deeper Understanding of Persuasion in Software and Information Systems. In: Association for Community Health Improvement. *Proceedings of the First International Conference on Advances in Human-Computer Interaction*, 200-205.
- Oinas-Kukkonen, H., & Harjumaa, M. (2009). Persuasive Systems Design: Key Issues, Process Model, and System Features. *Communications of the Association for Information Systems*, 24(1), 485-500.
- Pagliari, C (2007). Design and Evaluation in eHealth: Challenges and Implications for an Interdisciplinary Field. *Journal Of Medical Internet Research*, 9(2), 1-14.
- Post, D. (2003). *Een spannende toekomst voor zorg en zekerheid*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Postel, M., Witting, M., & Van Gemert-Pijnen, J.E.W.C. (2013). Blended behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. *Directieve Therapie*, 33(3), 210-221.
- Rahimpour, M., Lovell, N.H., Celler, B.G. & McCormick, J. (2008). Patients' perceptions of a home telecare system. *International Journal of Medical Informatics*, 77, 486-498.
- Rettig, M. (1994). Prototyping for tiny fingers. *Communications of the ACM*, 37(4), 21-27.
- Rheuban, K.S. (2006). The role of telemedicine in fostering health-care innovations to address problems of access, specialty shortages and changing patient care needs. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12(2), 45-50.
- Richards, D. (2011). Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clinical Psychology Review*, 31, 1117-1125.
- Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 329-342.
- Riper, H. (2011). Online preventie en kortdurende behandeling van depressie: haalbaar, schaalbaar en effectief? *Bijblijven*, 27(8), 24-37.
- Riper, H., Van Ballegooijen, W., Kooistra, L., De Wit, J., & Donker, T. (2013). *Preventie & eMental-health – Kennissynthese 2013*. Den Haag: ZonMw.
- RIVM (2014). *TD-online (Terugval depressie online)*. Bilthoven: Auteur.
- Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of innovations* (5e herziene druk). New York: The Free Press.
- Rosenfeld L, & Morville, P. (2002). *Information Architecture for the World Wide Web*. Sebastopol, CA: O'Reilly & Associates.
- Ruwaard, J., Schrieken, B., Schrijver, M., Broeksteeg, J., Dekker, J., Vermeulen, H., & Lange, A. (2009). Standardized Web-Based Cognitive Behavioural Therapy of Mild to Moderate Depression: A Randomized Controlled Trial with a Long-Term Follow-Up. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), 206-221.
- Schippers, E.I. (2013). *Voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Slegers, K., & Donoso, V. (2012). *The impact of paper prototyping on card sorting: A case study*. *Interacting with Computers*, 24, 351-357.

- Smit, D., & Bosch, F. (2014). Wanneer is verandering een verbetering? *Psychopraktijk*, 6(5), 25-28.
- Snyder, C. (2003). *Paper Prototyping: The Fast and Easy Way to Design and Refine User Interfaces*. San Francisco, CA: Elsevier.
- SPARX (2014). *What is SPARX & how does it work?* [video] Verkregen op 30 november 2014, via: https://www.youtube.com/watch?v=AgtJyB5Dh_M
- Spek, V. (2008). Kleur Je Leven: Een Internetinterventie Voor Depressieve Klachten Bij Vijftigplussers. *Sociale Interventie*, 17(2), 41-45.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nykliček, 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(3), 319-328.
- Spencer (Maurer), D. (2007). *Maad Mob – Interactive Design. Instructions for use: Card sort analysis spreadsheet*. Verkregen op 20 oktober 2014, via: http://maadmob.com.au/resources/card_sort_analysis_spreadsheet
- Spencer, D. (2009). *Card Sorting – Designing Usable Categories*. New York: Rosenfeld Media.
- Spijker, J., Bockting, C.L.H., Meeuwissen, J.A.C., Van Vliet, I.M., Emmelkamp, P.M.G., Hermens, M.L.M., & Balkom, A.L.J.M. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Spijker, J., Schoemaker, C., & Penninx, B.W. (2013). Wat zijn stemmingsstoornissen en wat is het beloop? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.
- Spinhoven, P. (1999). *Idolen van de klinisch psycholoog*. Leiden: University Press.
- Trimbos-instituut (2010). *Depressievrij.nl*. Verkregen op 5 januari 2014, via: <https://www.depressievrij.nl>
- Trimbos-instituut (2012). *Trendrapportage GGZ 2012 – Deel 2A Toegang en zorggebruik*. Utrecht: Auteur.

- Tummers, M., Knoop, H., Van Dam, A., Wiborg, J.F.W., Wensing, M., & Bleijenberg, G. (2011). Noodzaak van Landelijke Implementatie van Getrapte Zorg voor het Chronisch Vermoeidheidssyndroom. *Gedragstherapie*, 44, 83-93.
- U.S. Department of Health & Human Services (2015). *Card Sorting*. Verkregen op 19 februari 2015, via: <http://www.usability.gov/how-to-and-tools/methods/card-sorting.html>
- Van der Vaart, R., Witting, M., Riper, H., Kooistra, L., Bohlmeijer, E.T., & Van Gemert-Pijnen, J.E.W.C. (2014). Blending online therapy into regular face-to-face therapy for depression: content, ratio and preconditions according to patients and therapists using a Delphi study. *BMC Psychiatry*, 14, 355-365.
- Van der Zanden, R., Kramer, J., Gerrits, R., & Cuijpers, P. (2012). Effectiveness of an Online Group Course for Depression in Adolescents and Young Adults: A Randomized Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 14(3), 1-14.
- Van Duin, C., & Stoeldraijer, L. (2014). *Bevolkingsprognose 2014–2060: groei door Migratie*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Van Gemert-Pijnen, J.E.W.C., Nijland, N., & Appelman, B. (red.) (2012). *eHealth-onderzoek in Beeld. Betere eHealth-Technologieën door Slimmer Ontwerpen*. Universiteit Twente: Center for eHealth Research (CeHRes).
- Van Gemert-Pijnen, J.E.W.C., Nijland, N., Van Limburg, M., Ossebaard, H.C., Kelders, S.M., Eysenbach, G., & Seydel, E.R. (2011). A Holistic Framework to Improve the Uptake and Impact of eHealth Technologies. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), 111-119.
- Van Gemert-Pijnen, J.E.W.C., Peters, O., & Ossebaard, H.C. (2013). *Improving eHealth*. Den Haag: Boom Uitgevers.
- Van Regenmortel, T. (2002). *Empowerment en maatzorg – Een krachtgerichte psychologische kijk op armoede*. Leuven: Acco.
- Van Rijen, A.J.G., De Lint, M.W., & Ottes, L. (2002). *Inzicht in e-health*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Van Velsen, L., Wentzel, M.J., & Van Gemert-Pijnen, J.E.W.C. (2013). Designing eHealth that Matters via a Multidisciplinary Requirements Development Approach. *JMIR Research Protocols*, 2(1), 21-32.

- Wentzel, M.J., Bohlmeijer, E.T., & Van Gemert-Pijnen, J.E.W.C. (2014). *Ondersteuningsinstrument voor patiënten en behandelaars om een passende blended behandeling voor depressie te kiezen (Blended Care Instrument). Eindverslag project Innovatiefonds Zorgverzekeraars*. Enschede: Universiteit Twente.
- Witteman, C., Groenier, M., & Spaanjaars, N. (2012). Oorzaken in het psychodiagnostisch proces, welke rol speelt klinische intuïtie? *De Psycholoog*, 47, 10-19.

BIJLAGEN

Bijlage I – Informatiebrochure

Enschede, 5 oktober 2014

Informatiebrochure

Thinking inside the eHealth Box

Een inventarisatie naar de wensen en behoeften van psychologen in de generalistische basis ggz ten aanzien van de inzet van eHealth binnen depressiezorg

Beste lezer,

In deze brief vind u informatie over het onderzoek waarvoor u zich hebt aangemeld, getiteld “Thinking inside the eHealth Box - Een inventarisatie naar de wensen en behoeften van psychologen in de generalistische basis ggz ten aanzien van de inzet van eHealth binnen depressiezorg”.

Achtergrond

Zorgverzekeraars eisen steeds vaker dat eHealth, de toepassing van informatie- en communicatietechnologie ten dienste van de gezondheidszorg, een belangrijke rol in het zorgproces krijgt toebedeeld. Vanaf 2015 is ook Raadthuys Psychologen verplicht om 20% eHealth te doen. Echter, doordat veel projecten de experimentale fase niet overleven, is het belangrijk om eerst inzicht te krijgen in hoe hulpverleners tegenover de inzet van eHealth binnen de eerstelijnspsychologie staan. Binnen Raadthuys Psychologen zal hierbij de focus worden gelegd op de inzet van eHealth binnen de zorg aan cliënten met depressieve klachten.

Doel

Doel van het onderzoek is vast te stellen op welke manier eHealth geïntegreerd kan worden in de reguliere zorg aan cliënten met depressieve klachten. Hiervoor zullen medewerkers in de generalistische basis ggz naar hun mening worden gevraagd. Het onderzoek kan zodoende belangrijke aanwijzingen verschaffen over zowel de behoeften en verwachtingen, als ook mogelijke twijfels en onzekerheden van zorgverleners ten aanzien van de toepassing van eHealth.

Opbouw onderzoek

Fase 1: Interviews

In de eerste fase van het onderzoek zullen er individuele interviews plaatsvinden met de hulpverleners. Een interview zal ongeveer 45 minuten gaan duren. Doel van de interviews is om in kaart te brengen hoe het zorgproces van cliënten met depressieve klachten er uitziet en op welke manier een integratie van eHealth binnen de reguliere zorg aan cliënten met depressieve klachten precies vorm zou kunnen worden gegeven.

Fase 2 - Focusgroep

In de tweede fase van het onderzoek zal er voor de hulpverleners een focusgroep worden georganiseerd. In dit groepsgesprek zullen de resultaten van de interviews bekend worden gemaakt. Daarnaast zal er een card sorting plaatsvinden. Hiervoor is elk aspect, dat tijdens de interviews met de hulpverleners als belangrijk onderdeel van een eHealth interventie is geïdentificeerd, op een kaart genoteerd. Elke hulpverlener ontvangt een stapel met kaarten en dient deze te ordenen in reeds vastgestelde categorieën. Hierna worden de kaarten gerangschikt op basis van belangrijkheid. Om de hulpverleners een beter beeld te kunnen geven van de mogelijkheden van eHealth, zal in de focusgroep een selectie uit papieren prototypes worden gepresenteerd. De focusgroep heeft als doel om in kaart te brengen welke aspecten daadwerkelijk onderdeel uit moeten maken van een eHealth interventie en in welke mate. De bijeenkomst zal ongeveer 45 minuten gaan duren.

Deelname

Deelname aan het onderzoek geschiedt op vrijwillige basis. Mocht er een vraag tussen zitten waarop geen antwoord wenst gegeven te worden, dan wordt dit gerespecteerd. Verder kan er te allen tijde worden besloten om de deelname te beëindigen zonder dat dit voor de deelnemer consequenties heeft, waarbij ook geen reden aangegeven hoeft te worden. Tevens is het ook mogelijk om na afloop van het onderzoek, tot 24 uur daarna, alsnog te besluiten dat de eigen gegevens niet verder mee zullen worden genomen in het onderzoek.

Privacy

De interviews zullen op band worden opgenomen, zodat gezorgd kan worden voor een werkelijkheidsgetrouwe weergave van de gegeven antwoorden. Er zal vertrouwelijk worden omgegaan met de verkregen informatie. Verder wordt ernaar gestreefd om de privacy van de deelnemers te waarborgen, hetgeen betekent dat persoonsgegevens nooit zonder toestemming van de deelnemer aan derden bekend zullen worden gemaakt. Indien er belangstelling is voor de resultaten van het onderzoek, dan bestaat er de mogelijkheid om hier na afloop van het volledige onderzoek inzicht in te krijgen.

Met hartelijke groet,

*K. Holtkamp
(onderzoeker)*

Bijlage II – Toestemmingsverklaring**Toestemmingsverklaring (informed consent)**

Titel onderzoek: Thinking inside the eHealth Box
Een inventarisatie naar de wensen en behoeften van psychologen in de generalistische basis ggz ten aanzien van de inzet van eHealth binnen depressiezorg

Onderzoeker: Katja Holtkamp

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar hierbij op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en belasting van het onderzoek, zoals uiteengezet in de informatiebrochure “Thinking inside the eHealth Box - Een inventarisatie naar de wensen en behoeften van psychologen in de generalistische basis ggz ten aanzien van de inzet van eHealth binnen depressiezorg”. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik ga ermee akkoord dat het interview wordt opgenomen en dat het audiomateriaal en de bewerking daarvan voor analyse en / of wetenschappelijke doeleinden zal worden gebruikt. Verder weet ik dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn persoonsgegevens zullen niet door derden worden ingezien zonder mijn uitdrukkelijke toestemming. Als ik nog verdere informatie over het onderzoek zou willen krijgen, nu of in de toekomst, kan ik me wenden tot mevr. K. Holtkamp (telefoon: 06-41942850; e-mail: k.holtkamp@student.utwente.nl).

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Voor eventuele klachten over dit onderzoek kan ik me wenden tot de secretaris van de Commissie Ethiek van de faculteit Gedragswetenschappen van de Universiteit Twente, mevr. J. Rademaker (telefoon: 053-4894591; e-mail: j.rademaker@utwente.nl, Postbus 217, 7500 AE Enschede).

.....		
Datum	Naam deelnemer	Handtekening deelnemer

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

.....		
Datum	Naam onderzoeker	Handtekening onderzoeker

Bijlage III - Interviewschema

Thinking inside the eHealth Box

Een inventarisatie naar de wensen en behoeften van psychologen in de generalistische basis ggz ten aanzien van de inzet van eHealth binnen depressiezorg

Introductie

Ten eerste bedankt dat u hebt ingestemd voor deelname aan dit onderzoek. In het volgende interview zal ik u vragen gaan stellen over de opbouw van het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten. We zullen samen gaan kijken naar hoe het zorgtraject er uit ziet, welke taken u hierin vervult en hoe sommige processen mogelijk vergemakkelijkt kunnen worden door de inzet van eHealth, zogenaamde online behandeling. Mocht het zijn dat er een vraag gesteld wordt waar u liever geen antwoord op geeft, dan kunt u dit aangeven en zal er over worden gegaan tot de volgende vraag. Heeft u nog vragen?

Invullen Respondentgegevens

Voordat we kunnen beginnen met de daadwerkelijke afname van het interview, zou ik graag iets meer willen weten over uw functie binnen Raadthuys Psychologen, evenals eventuele ervaring die u hebt met het gebruik van online behandeling.

Respondentgegevens

1. Wat is uw geslacht?

- ☐ Vrouwelijk ☐ Mannelijk

2. Wat is uw leeftijd?

_____ jaar

3. Wat is uw functie binnen Raadthuys Psychologen?

4. Op welke vestiging bent u werkzaam?

- ☐ Elst ☐ Groesbeek ☐ Arnhem ☐ Herveld
(Schuytgraaf)

5. Behandelt u op dit moment cliënten met depressieve klachten?

- ☐ Ja ☐ Nee

6. Bent u bekend met online behandeling?

- ☐ Ja, ik heb er wel eens wat over gehoord, maar ik weet niet precies wat het inhoudt
☐ Ja, ik heb hier ervaring mee
☐ Nee, ik heb hier nog nooit van gehoord

7. Hebt u ervaring met online behandeling? (meerdere opties mogelijk)

- ☐ Ja, ik heb in het verleden online behandeling voor depressie gegeven
☐ Ja, ik heb in het verleden online behandeling voor een andere aandoening gegeven
☐ Ja, ik geef op dit moment online behandeling voor depressie
☐ Ja, ik geef op dit moment online behandeling voor een andere aandoening
☐ Ja, ik heb meegedacht / denk mee over de ontwikkeling van online behandeling
☐ Nee

Hoofddoel

Doel van het onderzoek is vast te stellen op welke manier eHealth geïntegreerd kan worden in de reguliere zorg aan cliënten met depressieve klachten. Hiervoor zullen medewerkers in de generalistische basis ggz naar hun mening worden gevraagd. Het onderzoek kan zodoende belangrijke aanwijzingen verschaffen over zowel de behoeften en verwachtingen, als ook mogelijke twijfels en onzekerheden van zorgverleners ten aanzien van de toepassing van eHealth.

Subdoelen

- 1. Een beeld schetsen van het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten.**
 - a. Hoe ziet het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten er uit binnen Raadthuys Psychologen?
 - b. Welke activiteiten hebben de hulpverleners van Raadthuys Psychologen in het zorgtraject aan cliënten met depressieve klachten?
- 2. Het in kaart brengen van de sterke- zwakke en verbeterpunten van de verschillende zorgprocessen in het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten.**
 - a. Welke positieve punten zien hulpverleners / cliënten met betrekking tot de verschillende zorgprocessen in het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten?
 - b. Welke negatieve punten zien hulpverleners / cliënten met betrekking tot de verschillende zorgprocessen in het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten?
 - c. Wat zou er volgens hulpverleners en cliënten verbeterd kunnen worden aan de verschillende zorgprocessen in het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten?
- 3. Een inventarisatie van de mogelijkheden en beperkingen ten opzichte van de inzet van eHealth binnen de eerstelijnspsychologische zorg aan cliënten met depressieve klachten.**
 - a. In hoeverre wordt er binnen Raadthuys Psychologen al gebruik gemaakt van eHealth op het gebied van e-zorg, e-zorgondersteuning en e-public health?
 - b. Welke voordelen zien hulpverleners met betrekking tot de toepassing van eHealth binnen het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten?
 - c. Welke barrières zien hulpverleners met betrekking tot de toepassing van eHealth binnen het het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten?
 - d. In hoeverre zien hulpverleners en cliënten mogelijkheden om binnen Raadthuys Psychologen eHealth in te zetten ter optimalisering van het zorgtraject van cliënten met depressieve klachten?

Bijlage IV – Voorbeelden eHealth applicaties

Therappi: een app voor cognitieve gedragstherapie

iPhone schermafdruk



Kleur je leven: een online behandelprogramma



Stemmingsdagboek:

Dagboek

oktober 2012

ma	di	wo	do	vr	za	zo
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11

Uw stemming op 20 oktober

Bewaar in mijn dagboek

Hoe was uw stemming vandaag?

Mijn positieve activiteit

Mijn negatieve activiteit

Video's en oefeningen:



Depressievrij: een online training

[Home](#)
[Werkboek](#)
[Verder met de training](#)
[Stemmingsmeter](#)
[Vragen](#)
[Info](#)
[Opmaak wijzigen](#)

MIJN PROFIEL



Welkom Admin
woensdag 20 januari 2010

[Profiel wijzigen](#)

CURSUS VOORTGANG

Bekijk hier eerst de [Introductie](#) met uitleg over de training.

De training DepressieVRIJ bestaat uit 8 lessen. Hier kun je de training starten door op de knop van de eerste les te klikken. De knop kleurt in naarmate je verder in de les bent. Vergeet niet je boxen aan te zetten als je de filmfragmenten met geluid wilt volgen! Na afronding van de les is de knop volledig ingekleurd en heb je toegang tot de volgende les.

1

2

3

4

5

6

7

8

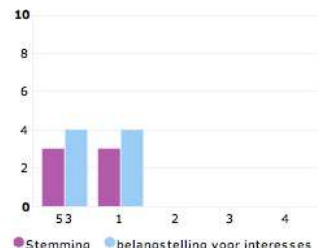
COMMUNICATIE

Bekijk en beheer hier de berichten die je ontvangen hebt.

Onderwerp	Datum
Ask a friend: DepressieVRIJ	6-1-2010
Ask a friend: DepressieVRIJ	6-1-2010
Ask a friend: DepressieVRIJ	6-1-2010
Ask a friend: DepressieVRIJ	6-1-2010
Ask a friend: DepressieVRIJ	5-1-2010

STEMMINGSMETER

Bekijk hier het overzicht van je stemming en registreer deze twee keer per maand.



Stemming	belangstelling voor interesses
5	3
1	1
2	0
3	0
4	0

HERKEN JE DENKPATRONEN

Beperkende denkpatronen lijken een grote rol te spelen in de kwetsbaarheid voor terugval. Ook wanneer je na een depressie opgeknapt bent, zijn ze vaak op de achtergrond aanwezig.

Beperkende denkpatronen kunnen terugkomen wanneer er sprake is van een stressvolle gebeurtenis of wanneer het niet lekker loopt.

Bekijk het videofragment van [Ellen](#) hoe bij haar een beperkend denkpatroon is ontstaan.

[Vorige](#) [Volgende](#)

MEDIA



00:12 / 01:17

MENU LES 2



Werkboek

Werkboek van:
Admin

- Cover >
- Mijn profiel >
- Inleiding >
- Oefeningen & opdrachten >
- Formulieren >
- Stemmingsmeter >
- Zinvolle opdrachten >

Mijn preventie plan

[Profiel](#) [Mijn preventie plan](#)

Aan welke klachten herken je terugval?

- Ik spreek minder met vrienden af
- Het duurt langer voordat ik slaap
- Ik ben sneller geïrriteerd
- Moe
- Sombor
- Minder zin om iets te ondernemen
- Ik trek me vaak terug



Bijlage V – Card Sorting

Categorieën:

Ondersteuning van het primaire zorgproces d.m.v. eHealth	Ondersteuning van het secundaire zorgproces d.m.v. eHealth	Gebruiksvoorwaarden	
--	--	---------------------	--

Ontwerp-elementen:

Protocollenboek aanpassen aan eerste lijn (bv. aantal sessies)	Tijdbesparing door digitale afname van vragenlijst buiten de sessie om	Inzicht in elkaars werkwijzen creëren	Lage therapietrouw van cliënten verhogen	Ondersteuning bij het vinden van de juiste behandeling
Regelmatig evaluatiemomenten inplannen	Eenduidigheid in behandelstructuur creëren	Digitaal protocollenboek	Inzicht in behandeltraject verhogen door digitaal overzicht	Onderlinge communicatie bevorderen door regelmatige overleggen
Digitale (huiswerk-) opdrachten	Personaliseren van behandelcontact door digital agent / persona	Behandel-effectiviteit vergroten m.b.v. interactieve opdrachten	Mailen in een beveiligde omgeving (bv. beveiligd portaal)	Zorg op maat leveren door keuze aan behandelmodules
Cliënt actief bij behandeling betrekken door digitaliseren van opdrachten	Programma uitleggen aan cliënten	Sessie-onafhankelijk contact d.m.v. online berichten	Blended care aanbieden	Behandelinformatie toegankelijker maken door digitalisatie
Flexibiliteit in behandelvorm door keuze uit face-to-face en online contacten	Flexibiliteit in behandelprogramma door keuze uit diverse modules	Voldoende technische vaardigheden voor applicatiegebruik	Voldoende mogelijkheid tot face-to-face contact bieden	Afspraken maken over applicatiegebruik (bv. hoe vaak opdrachten controleren?)
Verbeterde privacy-waarboring (beveiligd mailsysteem)				

Bijlage VI – Presentatie paper prototypes


Paper prototypes

Katja Holtkamp

2 Hoofdpunten voor verbetering



Ondersteuning van
primaire zorgprocessen
door middel van eHealth



Ondersteuning van
secundaire zorgprocessen
door middel van eHealth

Primaire zorgprocessen

"Het primaire zorgproces van informatie, advies, ondersteuning, begeleiding, behandeling of nazorg."
(Schalken et al., 2010)

- Diagnose
 - triage van de client via internet,
 - naslaginformatie voor de hulpverlener
 - besluitvormingsondersteuning voor de hulpverlener
 - intercollegiale consultatie
- Therapie
 - online therapie
- Zorg
 - monitoring
 - videocommunicatie
 - Social alerts



Secundaire zorgprocessen

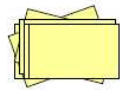
"Ondersteuning die noodzakelijk is voor een goede zorgverlening, bijvoorbeeld het plannen van de zorgverlening"
(Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2010)

- Kwaliteitsbewaking
 - beslissingsondersteunende systemen
 - online richtlijnen
 - protocollen
 - educatie (bv. eLearning)
- Administratie en management
 - elektronische patientendossiers
 - online afspraken inplannen



Card sorting

Ondersteuning van de primaire zorgprocessen (d.m.v. eHealth)	Ondersteuning van de secundaire zorgprocessen (d.m.v. eHealth)	Gebruiksvoorwaarden	???



Card sorting

Ondersteuning van de primaire zorgprocessen (d.m.v. eHealth)	Ondersteuning van de secundaire zorgprocessen (d.m.v. eHealth)	Gebruiksvoorwaarden	???
①	①	①	①
②	②	②	②
③	③		

1) Ondersteuning van de primaire zorgprocessen door middel van eHealth



Diagnose: Afname vragenlijsten



(Koolman, 2014)

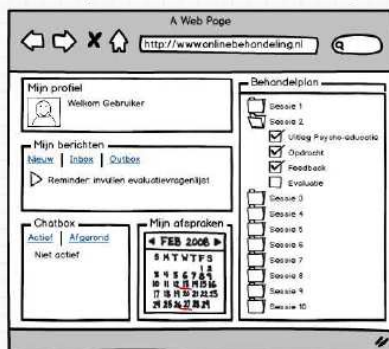
Diagnose: Intercollegiale consultatie



Diagnose: Besluitvormingsondersteuning



Therapie: Blended Behandeling



Therapie: Online behandelmodules



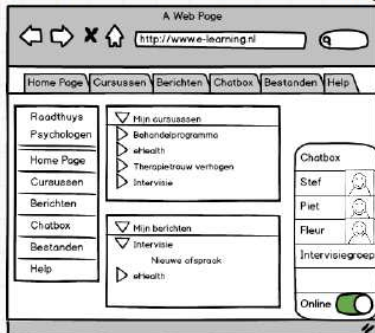
Therapie: Serious gaming



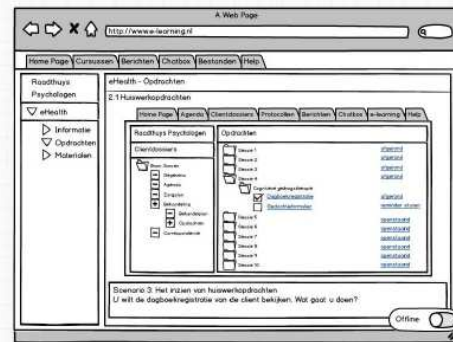
2) Ondersteuning van de secundaire zorgprocessen door middel van eHealth



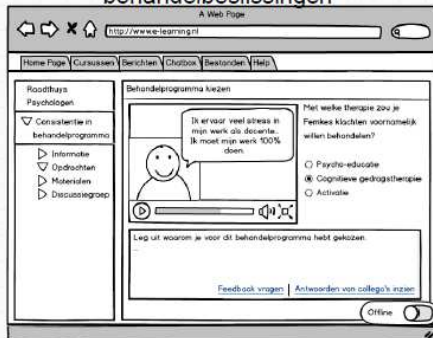
Kwaliteitsbewaking: educatie door middel van e-learning



Kwaliteitsbewaking: e-learning voor eHealth

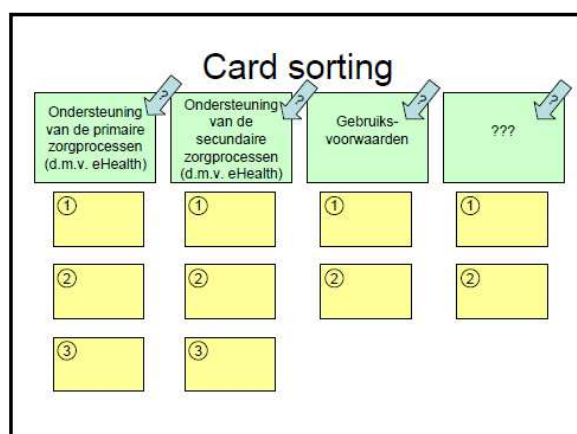
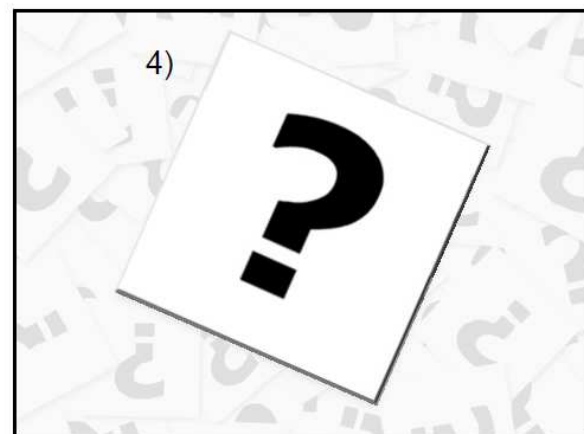
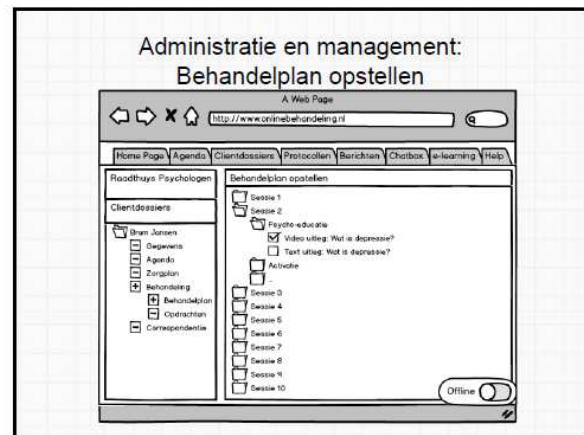
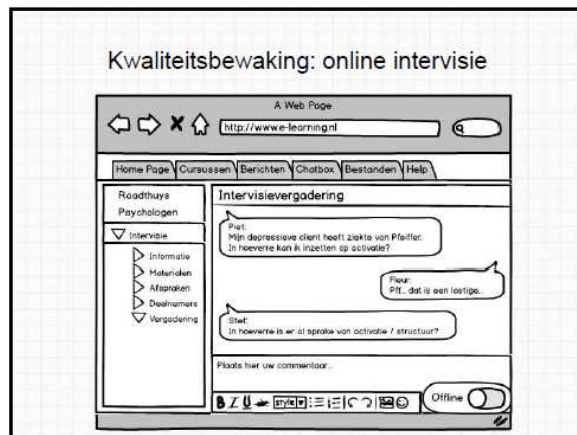


Kwaliteitsbewaking: e-learning voor behandelbeslissingen



Kwaliteitsbewaking: consistentie in behandeling





Bronnen

- McMinn, M. (2014). *The Therapy Outcome Management System*. Verkregen op 25 november 2014, via: <https://itunes.apple.com/us/app/therapy-outcome-management/id530686503?mt=8>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2010). *De AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR) - Van aanpassen naar inpassen*. Den Haag: Auteur.
- Schalken, F., Wolters, W., Tilanus, W., Van Gemert, G., Van Hoogenhuyze, C., Meijer, E., Kraefft, E., Brenninkmeijer, M., & Postel, M. (2010). *Handboek online hulpverlening. Hoe onpersoonlijk contact heel persoonlijk wordt*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Bijlage VII – Draaiboek Focusgroep

Doel: Komen tot een ordening van de verbeterpunten ten aanzien van het zorgproces van cliënten met depressieve klachten

Doelgroep: Hulpverleners van Raadthuys Psychologen

1. Benodigde materialen

- Toestemmingsverklaring
- Voice recorder
- Laptop
- Camera
- Kaarten
- Sticker notes (in verschillende kleuren)
- Pennen
- DinA3 papier
- Tafel

Tijd	Fase	Uitleg	Uitkomst / Benodigdheden
16:10	Inloop	Inloop met koffie en thee	Koffie en thee
16:15	Welkom	Welkom allemaal bij onze huidige card sorting sessie. Fijn dat jullie er zijn.	Power Point
16:20	Instructie	De vorige keer hebben jullie aan een interview deelgenomen, waarin ik jullie vragen heb gesteld over de positieve en verbeterpunten ten aanzien van het zorgproces van cliënten met depressieve klachten. Vandaag zal ik de resultaten van de interviews kenbaar maken en wil ik samen met jullie komen tot een ordening van de verbeterpunten. Hiervoor heb ik alle verbeterpunten, die door jullie zijn genoemd, op een kaart geschreven. Vervolgens is het aan jullie om deze kaarten te rangschikken van laag belang naar hoog belang. Op die manier kunnen wij samen erachter komen waar jullie behoefte aan hebben wat betreft de implementatie van een eHealth toepassing. Zijn hier nog vragen over?	
16:25	Toestemming	Voordat wij kunnen beginnen wil ik jullie nog vragen om een toestemmingsverklaring te tekenen. Hierin staat onder andere vermeld dat jullie het ermee eens zijn dat deze sessie op band wordt opgenomen. Ook zal ik tussendoor foto's maken van de ordening van de kaarten. Deze foto's zijn alleen voor de analyse van de resultaten bedoeld. Er zullen trouwens ook geen personen op te zien zijn.	Ondertekenen toestemmingsverklaring Aanzetten geluidsrecorder
16:35	Voorstel-rondje	In eerste instantie ben ik wel benieuwd wat jullie verwachtingen zijn van de huidige bijeenkomst. Misschien kan iedereen van jullie in een zin vertellen wat zij van de bijeenkomst verwacht. Zo vind ik het bijvoorbeeld belangrijk om erachter te komen welke verbeterpunten volgens jullie de meeste aandacht behoeven.	
16:45	Card sorting ronde 1: Catgeoriseren van verbeterpunten	In de interviews, die wij de laatste keer hebben gehouden, hebben jullie een aantal verbeterpunten genoemd ten aanzien van het zorgproces van cliënten met depressieve klachten. Deze punten heb ik op kaarten genoteerd. Straks ontvangt iedereen van jullie een dergelijk stapel kaarten	Uitdelen DinA3 papier en kaarten

		van me. Vervolgens wil ik jullie vragen om deze kaarten onder te verdelen in 3 verschillende categorieën, te weten: ONDERSTEUNING VAN HET PRIMAIRE ZORGPROCES DOOR MIDDEL VAN EHEALTH, ONDERSTEUNING VAN HET SECUNDAIRE ZORGPROCES DOOR MIDDEL VAN EHEALTH en GEBRUIKSVOORWAARDEN. Primaire zorgprocessen verwijzen naar de relatie tussen de hulpverlener en de individuele patiënt en kunnen nader worden ingedeeld in diagnose (bijvoorbeeld anamnese en intercollegiale consultatie via internet), therapie (bijvoorbeeld psychotherapie) en zorg (waaronder monitoring). Het secundaire zorgproces doelt op processen die dienen ter ondersteuning van het primaire zorgproces. Hieronder vallen kwaliteitsbewaking, administratie en management. Kwaliteitsbewaking kan nader worden ingedeeld in beslissingsondersteuning, richtlijnen, educatie en benchmarkinformatie. Administratie en Management omvatten daarentegen activiteiten van meer administratieve en organisatorische aard, zoals bijvoorbeeld het bijhouden van elektronische medische dossiers. Voordat jullie beginnen met het sorteren van de kaarten, wil ik jullie erop wijzen dat jullie ordeningen niet goed of fout zijn. Het gaat er niet om jullie kennis te toetsen, maar om een overzicht te krijgen van de verschillende verbeterpunten. Zijn hier nog vragen over?	
16:55	Presentatie eHealth toepassingen	Nu dat jullie de kaarten in de verschillende categorieën hebben onderverdeeld, wil ik jullie zodadelijk vragen om de subcategorieën te rangschikken naar belang. Maar voordat jullie hieraan beginnen, zal ik jullie eerst een aantal voorbeelden laten zien van mogelijke eHealth toepassingen die aansluiten bij de verschillende verbeterpunten.	Presentatie Power Point Slides
17:05	Card sorting ronde 2: Prioriteren van subgroepen	Nu wil ik jullie vragen om de verschillende subcategorieën te rangschikken naar belang. Het meest belangrijke verbeterpunt plaatsen jullie bovenaan het rijtje en het minst belangrijke verbeterpunt komt onderaan te staan. Hebben jullie hier nog vragen over?	
17:10	Card sorting ronde 3: Prioriteren van hoofdgroepen	Tot slot ben ik benieuwd welke van de ??? hoofdgroepen jullie het meest belangrijk vinden. Hiervoor kunnen jullie een sticker note gebruiken en een cijfer toekennen aan elke hoofdgroep, waarbij de meest belangrijke hoofdgroep het cijfer 1 krijgt toebedeeld.	
17:25	Presentatie resultaten	Nu wil ik iedereen van jullie vragen om zijn resultaten te presenteren aan de rest. Zou een ieder van jullie uit willen leggen op welke manier zij de kaarten gesorteerd heeft en waarom?	
17:30	Rondje	Hoe heeft een ieder de bijeenkomst ervaren?	
17:35	Afsluiting	Zijn er nog vragen? Dan wil ik iedereen heel erg bedanken voor zijn deelname.	

Bijlage VIII – Resultaten Card Sorting

Samenvatting resultaten per participant

Card no	Card name	Sort1	Sort2	Sort3	Sort4	Sort5	Sort6
1	Protocolboek aanpassen aan eerste lijn (bv. aantal sessies)	Primair zorgproces	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces	Gebruiksvoorwaarden
2	Tijdbesparing door digitale afdruk van vragenlijsten buiten de sessie om	Primair zorgproces	Primair zorgproces	Secundair zorgproces	Primair zorgproces	Primair zorgproces	Secundair zorgproces
3	Inzicht in elkaars werkwijzen creëren	Gebruiksvoorwaarden	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces
4	Lage therapietrouw van cliënten verhogen	Primair zorgproces	Primair zorgproces	Secundair zorgproces	Primair zorgproces	Primair zorgproces	Primair zorgproces
5	Ondersteuning bij het vinden van de juiste behandeling	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces	Primair zorgproces	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces
6	Regelmatige evaluatiemomenten inplannen	Secundair zorgproces	Primair zorgproces	Primair zorgproces	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces
7	Eenduidigheid in behandelstructuur creëren	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces	Gebruiksvoorwaarden	Secundair zorgproces
8	Digitaal protocolboek	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces	Gebruiksvoorwaarden	Gebruiksvoorwaarden	Secundair zorgproces
9	Inzicht in behandeltraject verhogen door digitaal overzicht	Primair zorgproces	Primair zorgproces	Primair zorgproces	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces	Primair zorgproces
10	Onderlinge communicatie bevorderen door regelmatige overleggen	Gebruiksvoorwaarden	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces
11	Digitale (huiswerk-) opdrachten	Primair zorgproces	Primair zorgproces	Primair zorgproces	Gebruiksvoorwaarden	Primair zorgproces	Primair zorgproces
12	Personaliseren van behandelcontact door digital agent / persona	Primair zorgproces	Primair zorgproces	Secundair zorgproces	Primair zorgproces	Secundair zorgproces	Gebruiksvoorwaarden
13	Behandeleffectiviteit vergroten m.b.v. interactieve opdrachten	Primair zorgproces	Primair zorgproces	Primair zorgproces	Primair zorgproces	Primair zorgproces	Primair zorgproces
14	Mailen in een beveiligde omgeving (bv. beveiligd portaal)	Secundair zorgproces	Gebruiksvoorwaarden	Primair zorgproces	Gebruiksvoorwaarden	Gebruiksvoorwaarden	Gebruiksvoorwaarden
15	Zorg op maat leveren door keuze aan behandelmodules	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces	Primair zorgproces	Primair zorgproces	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces
16	Client actief bij behandeling betrekken door digitaliseren van opdrachten	Primair zorgproces	Primair zorgproces	Primair zorgproces	Primair zorgproces	Primair zorgproces	Primair zorgproces
17	Programma uitleggen aan cliënten	Primair zorgproces	Gebruiksvoorwaarden	Gebruiksvoorwaarden	Primair zorgproces	Gebruiksvoorwaarden	Primair zorgproces
18	Sessie-onafhankelijk contact d.m.v. online berichten	Primair zorgproces	Primair zorgproces	Secundair zorgproces	Primair zorgproces	Primair zorgproces	Primair zorgproces
19	Blended care aanbieden	Primair zorgproces	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces	Primair zorgproces	Primair zorgproces
20	Behandelinformatie toegankelijker maken door digitalisatie	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces	Gebruiksvoorwaarden	Primair zorgproces	Secundair zorgproces
21	Flexibiliteit in behandelvorm door keuze uit face-to-face en online contacten	Primair zorgproces	Secundair zorgproces	Primair zorgproces	Gebruiksvoorwaarden	Primair zorgproces	Primair zorgproces
22	Flexibiliteit in behandelprogramma door keuze uit diverse modules	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces	Gebruiksvoorwaarden	Secundair zorgproces	Secundair zorgproces
23	Voldoende technische vaardigheden voor applicatiegebruik	Gebruiksvoorwaarden	Gebruiksvoorwaarden	Gebruiksvoorwaarden	Gebruiksvoorwaarden	Gebruiksvoorwaarden	Gebruiksvoorwaarden
24	Voldoende mogelijkheid tot face-to-face contact bieden	Primair zorgproces	Primair zorgproces	Primair zorgproces	Gebruiksvoorwaarden	Primair zorgproces	Primair zorgproces
25	Afspraak maken over applicatiegebruik (bv. hoe vaak opdrachten controleren?)	Gebruiksvoorwaarden	Gebruiksvoorwaarden	Secundair zorgproces	Gebruiksvoorwaarden	Gebruiksvoorwaarden	Gebruiksvoorwaarden
26	Verbeterde privacy-waarborging (beveiligd mailsysteem)	Gebruiksvoorwaarden	Gebruiksvoorwaarden	Secundair zorgproces	Gebruiksvoorwaarden	Gebruiksvoorwaarden	Secundair zorgproces
27	Oproepen: cliënten bij elkaar brengen	Innovatie nieuwe behandeltherapie					
28	Wat werkt het best? Over grenzen heen	Innovatie nieuwe behandeltherapie					
29	Welke cliënten zijn of hebben een eigen EPD	Innovatie nieuwe behandeltherapie					

Correlatie

Card no	Card name	Primair zorgproces	Secundair zorgproces	Gebruiksvoorwaarden	nieuwe behandeltherapie	Categories for this card	Categories with high agreement	with medium agreement	Categories with low agreement
1	Protocolleboek aanpassen aan eerste lijn (bv. aantal sessies)	17%	67%	17%		3	0	1	2
2	Tijdbesparing door digitale afname van vragenlijsten buiten de sessie om	67%	33%			2	0	2	0
3	Inzicht in elkaars werkwijzen creëren		83%	17%		2	1	0	1
4	Lage therapietrouw van cliënten verhogen	83%	17%			2	1	0	1
5	Ondersteuning bij het vinden van de juiste behandeling	17%	83%			2	1	0	1
6	Regelmatige evaluatiemomenten inplannen	33%	67%			2	0	2	0
7	Eenduidigheid in behandelstructuur creëren		83%	17%		2	1	0	1
8	Digitaal protocollenboek		67%	33%		2	0	2	0
9	Inzicht in behandeltraject verhogen door digitaal overzicht	67%	33%			2	0	2	0
10	Onderlinge communicatie bevorderen door regelmatige overleggen		83%	17%		2	1	0	1
11	Digitale (huiswerk-) opdrachten	83%		17%		2	1	0	1
12	Personaliseren van behandelcontact door digital agent / persona	50%	33%	17%		3	0	2	1
13	Behandeleffectiviteit vergroten m.b.v. interactieve opdrachten	100%				1	1	0	0
14	Mailen in een beveiligde omgeving (bv. beveiligd portaal)	17%	17%	67%		3	0	1	2
15	Zorg op maat leveren door keuze aan behandelmodules	33%	67%			2	0	2	0
16	Client actief bij behandeling betrekken door digitaliseren van opdrachten	100%				1	1	0	0
17	Programma uitleggen aan cliënten	50%		50%		2	0	2	0
18	Sessie-onafhankelijk contact d.m.v. online berichten	83%	17%			2	1	0	1
19	Blended care aanbieden	50%	50%			2	0	2	0
20	Behandelinformatie toegankelijker maken door digitalisatie	17%	67%	17%		3	0	1	2
21	Flexibiliteit in behandelvorm door keuze uit face-to-face en online contacten	67%	17%	17%		3	0	1	2
22	Flexibiliteit in behandelprogramma door keuze uit diverse modules		83%	17%		2	1	0	1
23	Voldoende technische vaardigheden voor applicatiegebruik			100%		1	1	0	0
24	Voldoende mogelijkheid tot face-to-face contact bieden	83%		17%		2	1	0	1
25	Afspraak maken over applicatiegebruik (bv. hoe vaak opdrachten controleren?)		17%	83%		2	1	0	1
26	Verbeterde privacy-waarborging (beveiligd mailsysteem)		33%	67%		2	0	2	0
27	Oproepen: cliënten bij elkaar brengen				100%	1	1	0	0
28	Wat werkt het best? Over grenzen heen				100%	1	1	0	0
29	Welke cliënten zijn of hebben een eigen EPD				100%	1	1	0	0
Cards in this category		18	20	16	3				
Cards with high agreement (>75%)		6	5	2	3				
Cards with medium agreement		8	10	4	0				
Cards with low agreement (<25%)		4	5	10	0				

Beoordeling masterthese Psychologie (1 t/m 5)

(Page 1 / 2)

Naam student: _____ Studentnr.: _____

Cursuscode: _____ Datum: _____

Titel masterthese: _____
_____**1-3 Beoordeling inhoud [(1+2+3) / 3] (50%)**Beoordeling (1-100): **0.00** x 5 Punten: **0****1. Probleemstelling en theoretisch kader**Beoordeling (1-100):

Criteria

- Diverse concepten en kernbegrippen, theorieën, modellen en werkwijzen uit de discipline zijn passend gekozen en (in combinatie) gebruikt en tonen gedegen inzicht in de betekenis en onderlinge relaties en goede kennis van het domein en specialisatiegebied.
- Er is een uitvoerig, verdiepend literatuuronderzoek uitgevoerd als theoretisch kader voor de probleemstelling.
- Probleemstelling/vraagstelling zijn expliciet en precies uitgewerkt en geformuleerd (incl. randvoorwaarden, beperkingen, deelvragen e.d.) en onderzoekbaar (geeft richting aan
- De probleemstelling is verantwoord en verankerd in een theoretisch kader; de gemaakte keuzes en veronderstellingen zijn duidelijk aangegeven en de wetenschappelijk en maatschappelijke relevantie van dit onderzoek wordt duidelijk en adequaat onderbouwd.
- Indien externe ontwerpdracht: behoeften, wensen, eisen van de opdrachtgever zijn adequaat vertaald in een concrete probleemstelling, dit komt tot uitdrukking in de beschrijving en verantwoording.

2. Onderzoekopzet en analyseBeoordeling (1-100):

Criteria

- Er is een goed onderbouwde keuze gemaakt van onderzoeksmethoden en -instrumentarium en/of ontwerpdesign, in aansluiting bij de probleemstelling en mede in het licht van het theoretisch kader.
- Het verwerven van de data gebeurde op een adequate en transparante wijze, zodat de data valide en betrouwbaar zijn.
- De keuze voor de methode van verwerking en de verwerking zelf van de data gebeurde op een inzichtelijke, transparante wijze; de uitkomsten zijn valide en betrouwbaar.
- Er is sprake van een correcte (geavanceerde) analyse, logisch voortvloeiend uit de probleemstelling en resultaten.
- Indien externe ontwerpdracht: de ontwerpdracht is adequaat toegepast, inclusief de implementatie en evaluatie, en resulteerde in een kwalitatief hoogwaardig ontwerp van interventie(s) of instrument(en).

3. Conclusie, reflectie, discussieBeoordeling (1-100):

Criteria:

- In de conclusie wordt de oorspronkelijke probleemstelling/vraagstelling beantwoord.
- De student weet conclusies op een hoger plan te tillen (abstraheren, generaliseren) en er wordt een interpretatie en beschouwing gegeven over de praktische, maatschappelijke en/of wetenschappelijke betekenis van het onderzoek (gerelateerd aan het theoretisch kader, actueel onderzoek), met aandacht voor ethische aspecten.
- Er is sprake van kritische beoordeling en bespreking van het onderzoek en de resultaten (reflectie, goed betoog en argumentatie, onderkenning sterke/zwakke punten, relativering). Er wordt stilgestaan bij de implicaties van sterke/zwakke punten van het onderzoek en bij oplossingsrichtingen.
- Er is sprake van ontwikkeling van nieuwe kennis en ideeën en bijdrage aan theorie-, model-, instrumentvorming (dit kan ook zijn: valide replica met uitbreiding van bestaand onderzoek).
- De student doet een, op praktische en theoretische overwegingen gebaseerd, voorstel voor vervolgonderzoek

Beoordeling masterthese Psychologie (1 t/m 5)

(Page 2 / 2)

4. Beoordeling schriftelijke rapportage (20%)

Beoordeling (1-100):

x 2
Punten:**0**

Criteria:

- Logische, consistente opbouw en structuur. Compacte weergave van totale onderzoek.
- Correct taalgebruik.
- Goede leesbaarheid, academische stijl (beknopt, passend bij conventies voor publicaties in het domein)
- Correcte vormgeving van dataweergave in tabellen, figuren e.d. en correcte verwijzingen naar literatuurbronnen e.a. informatiebronnen e.d. (o.b.v. conventies, APA-normen).
- Indien ontwerp opdracht: doelgroepgerichte verantwoording van ontwerpproces en resultaten richting opdrachtgever e.a. betrokkenen; oplossing in de vorm van een op de opdrachtgever toegesneden advies.

5. Beoordeling proces en functioneren (20%)

Beoordeling (1-100):

x 2
Punten:**0**

Criteria:

- Hoge mate van zelfstandigheid, beperkte behoefte aan hulp en begeleiding.
- Inzet en initiatief.
- Vermogen tot reflectie en omgaan met feedback (leervermogen).
- Het kunnen omgaan met tegenslag of een motivatiedip; het kunnen vinden van oplossingen bij
- Een projectmatige, planmatige, doelgerichte werkwijze.
- Afronding binnen geplande tijd.
- Goed contact, afstemming en communicatie en plezierige en vruchtbare samenwerking met betrokkenen, zoals de interne begeleider(s) en, indien geldend, externe opdrachtgever e.a. externe betrokkenen.
- Indien ethische normen een rol spelen bij het onderzoek of het handelen in het kader van de opdracht (beroepsethiek), dan geeft de student er blijk van deze te kennen en adequaat te kunnen toepassen.

Eventuele toelichting:

Handtekeningen beoordelingscommissie:

Eerste beoordelaar:

Datum:

Tweede beoordelaar:

Datum:
