

Bachelor Thesis

EHealth als onderdeel van blended behandeling in de geestelijke gezondheidszorg: Ervaringen van cliënten met een demo-omgeving van Karify

Interne Opdrachtgever: Universiteit Twente

Externe Opdrachtgever: GGNet

Faculteit: Gedragwetenschappen

Opleiding: Psychologie

Bachelorspecialisatie: Gezondheidspsychologie

Datum: 24 juni 2015

Plaats: Enschede, Nederland

Begeleider: Hanneke Kip, Msc. & Dr Olga Kulyk

Externe begeleider GGNet: Suzanne de Klerk

Auteur: Lena Koslowski

Studentennummer: 1301403

Samenvatting

Tegenwoordig bestaat in Nederland de behoefte binnen de geestelijke gezondheidszorg bij minder tijd een betere zorg aan te bieden. Een mogelijkheid om dit te bereiken is het gebruik van eHealth interventies. Vooral een integratie van online interventies en face to face gesprekken, ook blended behandeling genoemd, is effectief gebleken. Het doel van deze kwalitatieve studie is te onderzoeken welke eisen cliënten aan deze behandeling hebben.

Voor de studie werd gebruik gemaakt van het eHealth programma Karify, dat in toekomst bij GGNet in Zevenaar als onderdeel van een soortgelijke behandeling gebruikt zou worden. Het onderzoek werd met cliënten van GGNet in Zevenaar uitgevoerd. Tijdens het onderzoek maakten de cliënten ten eerste kennis met een demo-omgeving van het programma, vervolgens werd een semigestructureerd interview gebruikt om de cliënten over hun ervaringen te bevragen.

Uit de analyse van de interviews bleek dat Karify als waardevol onderdeel van een behandeling werd ervaren. De cliënten gaven aan het te willen gebruiken onder de voorwaarden dat er meer uitleg wordt gegeven. Verder werd duidelijk dat de cliënten een extrinsieke motivatie van het programma, in vorm van persuasieve elementen, verwachtten. Verder werd aan de therapeut de verantwoordelijkheid voor een voldoende integratie van het programma en de gesprekken toegekend.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
2. Methode	8
2.1 Participanten.....	8
2.2 Materialen.....	9
2.3 Procedure.....	11
2.4 Analyse.....	12
3.Resultaten	12
3.1 Positieve ervaringen.....	13
3.2 Negatieve ervaringen.....	15
3.3 Verbeterpunten.....	16
3.4 Gebruiksvriendelijkheid.....	17
3.5 Extrinsieke motivatie door het programma.....	18
3.6 Extrinsieke motivatie door de therapeut.....	21
4. Discussie	23
5. Conclusie	27
6. Referenties	28
7.Appendix	31
Bijlage 1: Brief voor werving participanten.....	32
Bijlage 2: Overzicht Karify.....	33
Bijlage 3: Opdrachten binnen de demo-omgeving.....	35
Bijlage 4: Interviewschema.....	38
Bijlage 5: informed consent.....	39
Bijlage 6: Tabel 2 aangevuld met quotes bij iedere subcode.....	40

Inleiding

Tegenwoordig is er sprake van een overbelasting binnen de geestelijke gezondheidszorg. In Nederland lijden ongeveer 642.800 mensen aan een depressieve stoornis (Oorlog, 2011). Verder zijn ongeveer 10% van de patiënten in de eerstelijnszorg in behandeling voor een angststoornis, en ongeveer 7% in behandeling voor een paniekstoornis (Palland, 2011). Hoewel er een sterke behoefte aan plaatsen in de geestelijke gezondheidszorg bestaat is de toegang tot deze zorg beperkt. Redenen hiervoor zijn onder andere tekorten aan goed opgeleide psychologen, wachtlijsten en zorgkosten (Proudfoot et al., 2003; Richards & Richardson, 2012; van der Vaart et al., 2014). In Nederland maken de kosten voor de behandeling van psychische stoornissen 20,8% van de totale zorgkosten uit (Oorlog, 2011). Veel instituties hebben niet de nodige capaciteiten om voor iedereen de zorg aan te bieden die deze nodig heeft (van der Vaart et al., 2014). Daarom ontstaat in de geestelijke gezondheidszorg de behoefte om de tijd van de psychologen zo effectief mogelijk in te plannen, de kosten van de zorg te verlagen en zo voor de patiënten een betere behandeling te bieden, die minder kost en ook minder tijd in beslag neemt.

Een mogelijke oplossing om dit te bereiken is de integratie van technologieën binnen de geestelijke gezondheidszorg. Het gebruik van technologie binnen de zorg heeft de potentie om deze effectiever, doelmatiger en veiliger te maken (Postel, Witting & van Gemert-Pijnen, 2013). Een manier om technologie te integreren is het gebruik van eHealth interventies. Madhavan et al (2011) beschrijven eHealth als “health services and information services delivered or enhanced directly through the Internet”. Het gebruik van eHealth kan een bijdrage leveren aan het verhogen van de efficiëntie binnen de zorg (van Gemert-Pijnen et al., 2013; Postel et al., 2013). Hierdoor zou het doel van een betere behandeling in minder tijd en met minder kosten kunnen worden bereikt.

Er zijn twee mogelijkheden om eHealth programma's binnen de geestelijke gezondheidszorg te gebruiken. Ten eerste kan het programma in plaats van therapiegesprekken met een therapeut worden gebruikt. In dit geval worden eHealth interventies als actieve behandeling gebruikt waarbij de plaats van de psychologen geheel wordt ingenomen door een programma (Cushing & Steele, 2009). Hierbij heeft de cliënt geen direct contact met een therapeut. Deze vorm van computertherapie wordt al sinds een aantal jaren in de behandeling van verschillende geestelijke gezondheidsproblemen gebruikt, waaronder depressie, paniekstoornissen, eetstoornissen, angststoornissen en chronische pijn (Proudfoot, 2004). Het gebruik van technologie veronderstelt geen veranderingen binnen de

theorieën, technieken en methoden van de bestaande psychotherapie, maar verandert de manier van communiceren tijdens de behandelingen. Oude technieken, die functioneel zijn gebleken, kunnen via nieuwe media worden omgezet (Teachmen, 2014; Andrews & Williams, 2014). Dus ligt de focus van de behandeling nog steeds op de psychotherapie en niet op de technologie zelf (Castelnuovo et al., 2003). Een voorbeeld hiervan zijn programma's die worden gebruikt voor de behandeling van angststoornissen via cognitieve gedragstherapie. Cognitieve gedragstherapie is geschikt om te worden toegepast in een eHealth-programma omdat de behandeling sterk gestructureerd is (Newman, Consoli & Taylor, 1997). Het toepassen van cognitieve gedragstherapie binnen een eHealth programma is ook handig omdat met dit soort therapie onder andere drie van de meest voorkomende stoornissen kunnen worden behandeld, met name depressieve stoornissen, angststoornissen en paniekstoornissen.

Een soortgelijke toepassing van therapie alleen via een computer heeft zowel voordelen als nadelen. Omdat cliënten zelf een keuze kunnen maken wanneer en hoe vaak ze gebruik van het programma maken, wordt de eigen waargenomen controle over de behandeling verhoogd, wat een motivatie kan zijn om door te gaan (Newman et al., 1997; Notenboom et al., 2012). Ook de makkelijke toegang tot de zorg kan een positief effect hebben (Newman et al., 1997). Aan de andere kant is het moeilijk binnen een soortgelijk programma snel op acute crises te reageren die tijdens de behandeling kunnen optreden (Rochlen, Zack & Speyer, 2004). Verder kunnen niet verbale aspecten, zoals lichaamstaal, tijdens de behandeling niet worden opgemerkt (Newman, Consoli & Taylor, 1997). Uit een studie van Ferwerda et al. (2012) bleek verder dat cliënten die met een soortgelijk programma werkten als nadeel aangaven dat ze meer discipline nodig hadden omdat er geen vaste regels en afspraken waren. Verder gaf een meerderheid van deze cliënten aan dat ze liever ten minste een keer een gesprek met een psycholoog zouden willen hebben (Ferwerda et al., 2012).

Hoewel enige oudere studies laten zien dat therapie via de computer effectief kan zijn (Newman, Consoli & Taylor, 1997) wordt er tegenwoordig nog steeds veel belang aan de relatie tussen cliënt en therapeut gehecht (Cunnings et al., 2013; Newman, 2004; Simms et al., 2011; Gelso et al., 2013). Uit onderzoek blijkt dat een goede therapeutische relatie tot betere therapieresultaten leidt (Cunnings et al., 2013; Gelso et al., 2013). Er bestaat de mogelijkheid dat deze positieve invloed bij een therapie via de computer verloren gaat. De behoefte aan directe gesprekken met een therapeut wordt ook uit de eerder genoemde resultaten van het onderzoek van Ferwerda et al. (2012) duidelijk. Daarom wordt momenteel steeds meer

aandacht besteed aan een combinatie van eHealth interventies en face to face behandelingen. In de literatuur wordt gesproken van blended behandeling wat volgens Postel et al. (2011) kan worden beschreven als “een geïntegreerd hulpaanbod van zowel online als face to face interventies met als doel de zorg cliëntvriendelijker, kwalitatief beter en doelmatiger te maken”. Uit een onderzoek van Shaw et al. (2011) blijkt dat een soortgelijke combinatie effectiever is dan de twee behandelingen apart van elkaar. Om de reden hiervoor te bepalen is het belangrijk te onderzoeken welke aspecten bij een soortgelijke behandeling belangrijk zijn.

Er is sprake van een aantal factoren die van invloed zijn op de behandeling door een computer programma. Het meest belangrijk is dat de behandeling, en zo ook het programma, aan de behoeften van de cliënt voldoet en gebruiksvriendelijk is (Postel et al., 2013; Cashel et al., 2004; van Gemert-Pijnen et al., 2013). Vaak wordt precies aan deze punten pas na de designfase aandacht besteden. Maar om effectieve en innovatieve technologieën voor de geestelijke gezondheidszorg te ontwikkelen, is het belangrijk de limitaties en de mogelijkheden van de gebruikers te kennen en deze in het designproces te integreren (de Lucia et al., 2013).

Om ervoor te zorgen dat dit gebeurt hebben van Gemert-Pijnen et al. (2011) een framework ontworpen voor het design van eHealth programma's. Deze CeHRes roadmap bestaat uit vijf verschillende stadia binnen het designproces (van Gemert-Pijnen et al., 2011). De eerste fase binnen het framework is “contextual inquiry”, waarbinnen informatie over de toekomstige gebruikers en de omgeving, waarin het programma gebruikt zou worden, worden verzameld. De volgende stap wordt “value specification” genoemd en houdt in dat de verzamelde informatie wordt omgezet in eisen die de betrokkenen partijen aan het programma hebben en waarden, die bij de implementatie van belang zijn (van Gemert-Pijnen et al., 2011). In de daarop volgende designfase worden deze waarden en eisen omgezet in prototypen (van Gemert-Pijnen et al., 2011). In de vierde fase, “operationalization”, wordt het programma het eerst in de praktijk geïmplementeerd (van Gemert-Pijnen et al., 2011). De afsluitende fase is “summative evaluation”, waarin de resultaten van het proces worden gemeten (van Gemert-Pijnen et al., 2011). Tussen alle fasen is terugkoppeling door evaluatie van de enkele stappen belangrijk, hierdoor ontstaat een cyclisch onderzoek (van Gemert-Pijnen et al., 2011).

Om voor een gebruiksvriendelijk ontwikkeling van een programma te zorgen moet op verschillende factoren gelet worden. Ten eerste is het belangrijk dat de termen binnen het programma voor de cliënten begrijpelijk zijn. Hiervoor moeten cliënten natuurlijk ten eerste in staat zijn te lezen en de gegeven informatie te verwerken. Het opleidingsniveau blijkt dus

in grote mate te beïnvloeden in hoeverre patiënten in staat zijn belangrijke informatie uit het eHealth programma te halen (Cashen et al., 2004). Ten tweede is het belangrijk dat het programma aansluit aan de technische vaardigheden van de gebruiker (Brunner, 2011). Vooral voor oudere mensen blijken hier problemen te zijn (Alphen, 2014). Een derde belangrijke factor als het om het toepassen van eHealth gaat is de motivatie van de cliënten om het programma ook daadwerkelijk te gebruiken (Mohr et al., 2011). Er is nog niet veel informatie over motivatie binnen deze context.

Binnen de context van motivatie in het algemeen kan gebruik gemaakt worden van de theoretische achtergrond van de zelf-determinatie theorie (Mohr et al., 2011). Volgens deze theorie hebben mensen een intrinsieke motivatie met een tendens tot groei en verbetering. Deze intrinsieke motivatie heeft betrekking op eigen autonome handelingen (Mohr et al., 2011). Een behandeling die op deze autonomie ingaat respecteert bijvoorbeeld de keuzes van een cliënt ook als deze niet de door de therapeut voorgestelde behandeling wil volgen (Ng et al., 2012). De zelf-determinatie theorie bevat ook extrinsieke factoren die een lage intrinsieke motivatie kunnen verhogen (Mohr et al., 2011). Intrinsieke motivatie is de sterkste manier om jezelf te motiveren. Als dit niet werkt kan als extrinsieke factor bijvoorbeeld positieve feedback worden gebruikt om de motivatie te verhogen (Mohr et al., 2011). Een ander recent onderzoek, met cliënten in blended behandeling voor depressie, laat zien dat vooral intrinsieke factoren, zoals een grote waargenomen controle over de eigen behandeling of het geloof aan een verbetering, het meest motiverend waren. Maar ook hier speelden extrinsieke factoren, zoals beloning in vorm van positieve feedback van belangrijke anderen, een rol voor de motivatie door te gaan met de behandeling (Wilhelmsen et al., 2013).

Omdat extrinsieke factoren gebruikt kunnen worden om een lage intrinsieke motivatie van cliënten te verhogen (Mohr, Cuijpers & Lehman, 2011) en deze makkelijker te beïnvloeden zijn, is het voor onderzoek naar eHealth programma's vooral belangrijk op mogelijke extrinsieke factoren in te gaan die hiervoor gebruikt kunnen worden. Om mensen extrinsiek te motiveren een programma te gebruiken kunnen zowel elementen van het programma zelf als ook de therapeut gebruikt worden. Binnen het programma kan bijvoorbeeld gebruik gemaakt worden van zogenoemde "persuasive elements" zoals die in het PSD model van Oinas-Kukkonen en Harjuma (2009) worden beschreven. Het doel van dit model is om al in het designproces gebruik te maken van elementen die een gebruiker ertoe kan zetten de gewenste acties met het programma uit te voeren en te gaan gebruiken. Binnen dit model bestaan vier verschillende categorieën. Ten eerste is er sprake van "primary task support" (Oinas-Kukkonen & Harjuma, 2009), waarin de elementen het uitvoeren van de

hoofdtak binnen het programma zullen bevorderen. Binnen de categorie “dialogue support” (Oinas-Kukkonen & Harjumaa, 2009) gaat het om design principes die betrekking hebben op de mens-computer interactie. Bij “system credibility support” (Oinas-Kukkonen & Harjumaa, 2009) gaat het om factoren die de waargenomen geloofwaardigheid van het systeem verhogen. De vierde categorie “social support” (Oinas-Kukkonen & Harjumaa, 2009) bevat elementen die door sociale invloeden betrekking hebben op de motivatie van de gebruiker.

Maar niet alleen het programma zelf kan het gedrag van de cliënten beïnvloeden maar ook het gedrag van de therapeut tijdens de sessies kan het gebruik van het programma stimuleren. Uit het onderzoek van Wilhelmsen et al. (2013) blijkt dat beloning in vorm van positieve feedback een rol speelt voor de motivatie om door te gaan met de behandeling. Dit zal een mogelijkheid zijn door de therapeut om het gebruik van het programma te beïnvloeden. Omdat er verder nog geen onderzoek beschikbaar is in hoeverre een therapeut binnen een blended behandeling het gedrag van de cliënten positief kan beïnvloeden is hier nog meer onderzoek nodig.

Omdat de genoemde factoren allemaal van invloed blijken te zijn op de behandeling is het noodzakelijk verder te onderzoeken hoe cliënten de behandeling, met oog op de factoren, ervaren. Het doel van deze studie is dus te onderzoeken welke eisen de cliënten binnen een blended behandeling zowel aan het programma, als ook de therapeut, hebben. Door deze vraagstelling kan dit onderzoek tussen twee fases van het eerder genoemde designproces volgens de CeHRes roadmap van van Gemert-Pijnen et al. (2011) worden geplaatst, namelijk tussen “value specification” en “design”. Het onderzoek heeft ook betrekking op de designfase omdat binnen het onderzoek gebruik gemaakt wordt van de demo-omgeving van het eHealth programma Karify. Omdat Karify als onderdeel van een blended behandeling gebruikt zou worden is de eerste onderzoeksvraag in hoeverre cliënten Karify als toevoeging zien aan de behandeling. De tweede vraag is in hoeverre de cliënten extrinsiek gemotiveerd kunnen worden het programma te gebruiken. Bij de tweede vraag wordt vooral erop ingegaan welke factoren binnen het programma de extrinsieke motivatie beïnvloeden en wat de cliënten van hun therapeut verwachten om ze te motiveren.

Methode

Participanten

Alle participanten van dit onderzoek moesten bij GGNet in Zevenaar in behandeling zijn voor angstklachten, depressieve klachten of sociale fobie. Alle deelnemers moesten ten minste achttien jaar oud zijn. Cliënten die door hun behandelaren als kweetsbaar werden beschreven

mochten, op grond van een verwachte emotionele belasting door de studie, niet meedoen aan het onderzoek. Alle vijf respondenten waren vrouwelijk en tijdens het onderzoek tussen 31 en 48 jaar oud, met een gemiddelde van 36.00 en een standaarddeviatie van 6.89. Twee deelnemers waren in behandeling voor depressieve klachten. Twee deelnemers waren in behandeling voor panieklachten. En één deelnemer was in behandeling voor sociale fobie. Er werd gebruik gemaakt van purposive-sampling. De cliënten die aan de criteria hebben voldaan werden met een brief geworven dat ze van hun behandelaren kregen (Bijlage 1) samen met een korte mondelinge toelichting over afloop en doel van het onderzoek van de behandelaar.

Materialen

Tijdens het onderzoek werd gebruik gemaakt van een demo-omgeving van het eHealth programma Karify. Karify bood een onlineomgeving waarin opdrachten uit de cognitieve gedragstherapie, zoals verschillende gedachtenrapporten, online kunnen worden ingevuld. Verder bood het programma educatieve elementen in vorm van teksten of aanvullende informatie op andere websites. Een overzicht van de verschillende onderdelen van het programma, aan hand van een voorbeeld uit de behandeling van sociale angst, is te vinden in bijlage 2. Karify zal bij GGNet in de toekomst gebruikt worden als onderdeel van de behandeling van depressieve klachten, panieklachten en sociale fobie. Het is de bedoeling dat het programma in combinatie met face-to-face gesprekken gebruikt wordt. Het gaat dus erom dat cliënten thuis gebruik maken van het programma tussen hun gesprekken met een therapeut. Het uiteindelijke programma was tijdens het onderzoek nog niet voor de behandelpaden van GGNet toegepast, maar ook de demo-omgeving bood behandelingen voor depressie, paniek en sociale angst. Voor iedere stoornis was op de webpagina een behandelpad beschikbaar, waarin de cliënten gebruik konden maken van het onderdeel van het programma dat op hun klachten was toegepast. Ieder behandelpad was weer opgesplitst in verschillende fasen van de behandeling, gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie. Tabel 2 laat een overzicht van de fasen voor de verschillende behandelpaden zien.

Tabel 1

Overzicht van de verschillende fasen per behandelpad

<u>Behandelpad</u>		
Sociale angst	Depressie	Paniek

Fasen	(1) Inzicht in mijn problemen	(1) Inzicht in mijn problemen	(1) Inzicht in mijn problemen
	(2) Ervaren	(2) Zelfzorg en stress	(2) Ervaren
	(3) Denken	(3) Denkgewoonten veranderen	(3) Denken
	(4) Sociale situaties en stress	(4) Vooruitkijken	(4) Vooruitkijken
	(5) Vooruitkijken		

Iedere fase was weer opgedeeld in verschillende opdrachten voor het thema van die fase. Met uitzondering van de laatste fase over de evaluatie van de behandeling werd tijdens het onderzoek uit iedere fase ten minste een opdracht gemaakt. Een overzicht van de opdrachten is te vinden in bijlage 3. Deze opdrachten werden op papier aan de cliënten gegeven, omdat ze geen onderdeel waren van de demo-omgeving. De opdrachten werden in overleg met een behandelaar van GGNet opgesteld om de cliënten binnen het onderzoek zo goed mogelijk kennis met de demo-omgeving te laten maken. De deelnemers maakten tijdens het onderzoek alleen opdrachten, die ook later binnen de blinded behandeling bij GGNet zouden worden gebruikt.

Binnen het pakket voor sociale angst moesten de cliënten tijdens het eerste deel van het onderzoek eerst in het deel Psycho-educatie een tekst met informatie over sociale angst lezen. Verder werd gebruik gemaakt van de opdracht *exposure in vivo*. Hierbij moesten de participanten eerst een tekst met informatie over deze methode lezen en vervolgens een eigen angsthiërarchie opstellen. Hierna werd een gedachtenrapport ingevuld. Binnen het pakket werd verder kennis gemaakt met het invullen van een online-dagboek over angst in sociale situaties. Bovendien werd gebruik gemaakt van een oefening die bedoeld was om eigen vermijdings- en veiligheidsgedrag op te sporen. Tot slot maakten de participanten een korte ontspanningsoefening.

Binnen het pakket voor depressie werd zoals in de anderen pakketten ook gebruik gemaakt van psycho-educatie. De participanten lasen twee korte teksten met informatie over depressieve klachten, en de invloed van gedachten op deze klachten. Verder werd gebruik gemaakt van een opdracht waarin de participanten ontdekten welke plezierige activiteiten bij hen passen. Ook binnen het pakket voor depressie werd kennis gemaakt met de korte ontspanningsoefening. Vervolgens moesten de participanten een G-schema invullen waarover ze vooraf informatie kregen. Met behulp van dit schema werden de gedachten en gevoelens die gebeurtenissen bij een persoon oproepen, het gedrag en de gevolgen ervan beschreven.

Ook binnen het pakket voor paniek lazen de participanten drie korte teksten met informatie over angst, paniekstoornissen, en hoe deze ontstaan en in stand worden gehouden. Evenals in het pakket voor sociale angst maakten de participanten de opdracht *exposure in vivo*. Ook de korte ontspanningsoefening was onderdeel van dit deel van het onderzoek. Verder maakten de participanten in dit onderdeel een oefening over het interpreteren van lichamelijke verschijnselen, die uit een tekst over negatieve gedachten, het opsporen van eigen catastrofale gedachten en het invullen van een schema over het bijhouden van eigen gedachten bestond.

Vervolgens werd tijdens het interview gebruik gemaakt van een interviewschema (Bijlage 4) dat op grond van de, in de inleiding genoemde, elementen werd opgesteld die van invloed zouden zijn op de blended behandeling. Om de eerste onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden werd als eerste gevraagd wat de cliënten van het programma als toevoeging aan hun behandeling zouden vinden. Verder moesten ze met een score tussen één en tien aangeven of ze de intentie hadden om het programma wel of niet te gebruiken. Vervolgens werd naar de positieve en negatieve ervaringen en mogelijke verbeterpunten gevraagd. Hierbij werd vooral ingegaan op de factoren die volgens de literatuur van invloed zijn op het effect van een soortgelijke interventie, zoals de technische vaardigheden van de personen zelf en de begrijpelijkheid van vakbegrippen. Om de tweede onderzoeksvraag te beantwoorden werd erop ingegaan hoe cliënten extrinsiek gemotiveerd kunnen worden om het programma te blijven gebruiken. Hierbij werd doorgevraagd naar mogelijke persuasieve elementen, zoals in het PSD model van Oinas-Kukkonen en Harjumaa (2009), en de verwachtingen aan de therapeut. Het gaat vooral daarom, wat cliënten zelf als nodig achten om gemotiveerd te worden. Met betrekking op de verwachtingen aan de therapeut, werd vooral ingegaan in hoever het programma binnen de face to face sessies zou worden geïntegreerd.

Voor het interview werd gebruik gemaakt van opnameapparatuur.

Procedure

Het onderzoek vond plaats in een van de behandelkamers van GGNet in Zevenaar. Vooraf aan het onderzoek werden de participanten ingelicht in de doelen van het onderzoek en de opdrachten die ze binnen het onderzoek zouden doen. Alle participanten gaven hun geïnformeerde toestemming om deel te nemen aan het onderzoek (Bijlage 5). Het uiteindelijke onderzoek bestond uit twee onderdelen.

Tijdens het eerste deel maakten de participanten kennis met het programma. Iedere participant werkte met het behandelpad van het programma wat van toepassing was op de

eigen behandeling bij GGNet. Hiervoor kregen ze van de onderzoeker een korte tutorial over de werkwijze van het programma. Erin werd aan hand van een demonstratie, binnen de demo-omgeving, van de onderzoeker verklaard hoe de navigatie binnen het programma werkte. Vervolgens kregen de participanten de opdrachten die van toepassing waren op hun eigen klachten en behandeling. De opdrachten werden door de cliënten zo zelfstandig mogelijk uitgevoerd maar er bestond de mogelijkheid om tijdens het onderzoek vragen over de procedure te stellen. Er waren geen inhoudelijke vragen over het programma tijdens het onderzoek. Het eerste deel duurde ongeveer twintig minuten.

Tijdens het tweede deel werden de respondenten over hun ervaringen met het programma tijdens het eerste deel geïnterviewd. Dit duurde tussen tien en vijftien minuten.

Analyse

De analyse van de interviews werd met behulp van het programma Excel uitgevoerd. Hierbij werd gebruik gemaakt van de transcripties van de interviews. Tijdens de analyse was sprake van open coderen. De transcripties werden regel voor regel doorgelezen. Hierbij werden verschillende fragmenten geselecteerd. Aan iedere fragment werd vervolgens een thematisch passende code toegekend. In het volgende stap werden nieuwe interviews toegevoegd. Hierbij was sprake van axiaal coderen. De codes werden tijdens het hele proces steeds opnieuw aangepast. Nadat aan alle interviews codes zijn toegekend werden deze codes in een codeerschema op grond van hun thema samengevat. Hierdoor ontstonden verschillende hoofdcategorieën die uit verschillende subcodes bestonden.

Resultaten

Over het algemeen was de reactie op het programma positief. Het werd aan de cliënten gevraagd op een schaal van één tot tien aan te geven of ze het programma willen gebruiken. Gemiddeld werd een score van 8.25 gegeven. Alleen voor één cliënt waren sommige opdrachten binnen het programma niet werkzaam, omdat ze schema's moest invullen die tijdens haar behandeling niet effectief zijn gebleken. Maar ze gaf aan dat ze aan een werkzame versie van het programma wel een acht zou hebben toegekend. Uit de resultaten bleek dat de cliënten wel met het programma wilden werken, maar er waren ook een aantal voorwaarden.

Alle resultaten werden tijdens de analyse van de interviews in zes hooftcategorieën opgedeeld. Tabel 2 laat een overzicht van deze categorieën en de daarin geplaatste codes zien.

Tabel 2

Overzicht van hoofcategorïën, codes en aantal personen die deze genoemd hebben

Hoofdcategorieën	Subcodes	Aantal personen
Positieve ervaringen	programma als ondersteuning	5
	gevoel niet alleen met klachten te zijn	1
	aanvullende informatie	2
Negatieve ervaringen	onvoldoende uitleg binnen programma	3
	inhoud niet aangepast op cliënt	1
	onduidelijke opties	1
	drempel door inloggen	1
Verbeterpunten	meer uitleg	3
	alternatieve opdrachten	2
	mogelijkheid om dingen later toe te voegen	2
Gebruiksvriendelijkheid	toepassing op technische vaardigheden van gebruiker	5
	begrijpelijkheid vakbegrippen	5
	overzichtelijke structuur	5
Extrinsieke motivatie door programma	opmaak	2
	toepassing op eigen klachten en behoeften	3
	herinnering aan taken	5
	personaliseren van programma	1
	feedback binnen programma	2
Extrinsieke motivatie door therapeut	uitslag binnen sessies gebruiken	5
	leidraad geven	2
	voordelen verduidelijken	1
	dieper op antwoorden ingaan	3
	informatie delen	1
	op de hoogte blijven van werk binnen programma	3
	contact binnen programma	1

Een tweede versie van tabel 2, aangevuld met voorbeelden van quotes bij iedere subcode is te vinden in bijlage 6.

Positieve ervaringen

Programma als ondersteuning

Er werd door alle cliënten positief genoemd dat het programma als ondersteuning van de behandeling thuis en in moeilijke situaties kan worden gebruikt.

Thuis zou het programma de functie van huiswerk kunnen innemen, wat de voortgang van de therapie positief zou kunnen beïnvloeden omdat de cliënten zo een verplichting waarnemen ook thuis met het materiaal bezig te zijn. Het werken met het programma thuis kan volgens een cliënt ervoor zorgen dat thuis beter kan worden omgegaan met de eigen emoties:

De gesprekken, tenminste is dat mijn ervaring, vind ik soms best wel zwaar, soms ook best veel emoties komen daar eigenlijk uit en als je dat, zeg maar, met ondersteuning daarvan, dan kun je de emoties wat meer gaan , meer in balans raakt het dan.

Verder viel positief op dat de informatie uit het programma, net als een boek, ter ondersteuning kan worden gebruikt bij het maken van de opdrachten thuis.

Niet alleen de ondersteunende functie thuis werd genoemd maar ook de mogelijkheid het programma in moeilijke situaties, bijvoorbeeld tijdens een paniekaanval, te gebruiken. De mogelijkheid om het programma in een soortgelijke situatie erbij te pakken werd van twee van de cliënten als rustgevend omschreven. Zij verwachtten hierdoor makkelijker met een moeilijke situatie te kunnen omgaan, omdat ze door het programma een soort leidraad hebben hoe ze het best kunnen reageren in deze situatie.

Gevoel niet alleen met klachten te zijn

Het programma hielp ook de cliënten het gevoel te geven dat ze niet alleen waren met hun klachten. Door het gebruik van citaten van andere cliënten binnen de teksten kregen ze het gevoel dat er ook andere mensen zijn die met dezelfde problemen te maken hebben, wat verder tot gevolg had dat ze minder schaamte voelden voor de klachten waarvoor ze in behandeling waren.

Aanvullende informatie

Twee cliënten gaven aan dat ze door het programma nog aanvullende informatie over hun klachten en de cognitieve gedragstherapie hebben gekregen, die ze binnen hun behandeling van hun therapeut nog niet hadden gehoord. Deze aanvullende informatie werd als waardevol

en interessant beschreven. Één cliënt gaf aan dat ze door de informatie werd gestimuleerd verder na te denken:

En de aanvullende informatie is ook wel interessant. Weet niet of iedereen dat zou zeggen, maar voor mij is het wel dat wat dieper op iets in wordt gegaan waar jezelf eigenlijk niet over nadent.

Het nadenken over deze aspecten zou het eigen inzicht in de klachten kunnen verbeteren en zo de therapie positief beïnvloeden.

Negatieve ervaringen

Onvoldoende uitleg

Als negatief punt viel op dat binnen het programma niet voldoende uitleg over de opdrachten werd gegeven. De cliënten merkten op dat vooral voor de moeilijke opdrachten, zoals het invullen van een schema, te weinig informatie beschikbaar was:

En voor het invullen van het G-schema, ik heb dat in de gesprekken natuurlijk ook wel gehad en ik heb dat al vaker ingevuld maar ik denk als je van tevoren niet precies weet wat het inhoudt dat het niet helemaal duidelijk is hoe je dat moet invullen.

Cliënten zagen hierdoor het risico dat thuis wordt gestopt met de opdracht, omdat niet duidelijk is wat gedaan moet worden. Dit zou tot gevolg hebben dat het programma niet regelmatig wordt gebruikt.

Inhoud niet aangepast op cliënt

Verder was een punt van kritiek van één cliënt, dat sommige opdrachten voor haar niet werkzaam waren. Zij gaf aan dat tijdens haar behandeling bleek dat het invullen van het G-schema voor haar niet werkte. Haar therapeut had ervoor gekozen deze opdracht niet meer met haar te doen. In het programma was deze opdracht nu een verplicht onderdeel van het behandelplan. Dit benoemde ze als negatieve ervaring:

Ik werd er helemaal gefrustreerd van omdat het niet lukte. Dus voor mij was het geen oplossing

Inloggen

Een cliënt beschreef het inloggen als drempel om gebruik van het programma te maken. Volgens haar kan dit ertoe leiden dat er thuis niet regelmatig gebruik van het programma gemaakt wordt:

Ik denk wel dat er een drempel is omdat je moet inloggen. Dat is de drempel die ik nu ervaar met het papier opzoeken. Dus ik denk dat die drempel er wel zou zijn.

Verbeterpunten

Meer uitleg

Een wens van de cliënten was dat er meer uitleg over het programma wordt gegeven. Alle cliënten hebben aangegeven dat ze een tutorial met een duidelijke uitleg van de werkwijze van het programma vooraf aan het gebruik hiervan nodig vinden. In de demo-omgeving werd bijvoorbeeld geen instructie gegeven over hoe iemand in de omgeving kan navigeren. Er bestond alleen maar een korte tekst met inhoudelijke instructies maar geen informatie over het gebruik van het programma zelf. Ook de mondelinge uitleg van de onderzoeker was niet voldoende omdat dit tijdens het werken niet nog een keer kon worden nagelezen. Zonder instructie werd het als moeilijk beschreven binnen het programma te navigeren en de opdrachten thuis op de juiste manier te doen. Volgens een cliënt zou dit gemakkelijk beter kunnen:

Ik denk als je alleen de uitleg daar al bij geeft van je kan overal zoeken in de blokken en alle blokken hebben verschillende opdrachten, dat dat wel meteen duidelijk is van tevoren.

Verder werd gewenst dat ook bij de opdrachten zelf meer informatie over deze beschikbaar is, bijvoorbeeld door voorbeelden daarbij te pakken. Binnen het programma waren wel voorbeelden beschikbaar maar deze konden alleen vooraf aan de opdracht worden bekeken. Het was dus nodig iedere keer weer terug naar het voorbeeld te gaan om te bekijken hoe het schema moest worden ingevuld. Dat zou volgens een cliënt beter kunnen:

Ik vind handig dat als je een schema invult dat je het voorbeeld daarbij kan pakken. Nu klik je het voorbeeld weg en moet zelf het schema gaan invullen. Dan denk je hoe was het dan al weer. Ik heb het zelf op papier gehad en de uitleg heb ik mee gekregen. Met de uitleg daarnaast zat ik daar van oh ja okee nu moet ik het zo invullen. Dus dat je het formulier en de opdracht naast elkaar kan zien. Ik denk dat dat wel makkelijker is.

Alternatieve Opdrachten

Omdat tijdens het onderzoek bij een cliënt duidelijk werd dat een van de opdrachten voor haar niet werkte, werd door haar aangegeven dat ze graag een mogelijkheid wilde hebben binnen het programma een alternatieve opdracht te kunnen maken die inhoudelijk met de andere overeen komt:

Als dat programma niet werkt of blijkt dat je er moeite mee hebt dat je dan kunt overstappen naar een alternatieve opdracht.

Mogelijkheid om teksten later toe te voegen

Cliënten merkten op dat ze vaak gebruik van gedachtenrapporten of andere schemas in situaties maakten waar het gebruik van een laptop lastig zou zijn. Daarom vonden ze het belangrijk dat de mogelijkheid bestaat dingen, in een soortgelijke situatie, bijvoorbeeld op papier op te schrijven en deze pas later aan het programma toe te voegen. En cliënt beschreef volgende situatie:

Dan moet ik wel zeggen dat ik heel vaak als ik 's avonds in bed lig dan lig ik stil en dan begin ik een beetje te piekeren. Dan ga je overal over nadenken. Dus als je het op papier hebt dan leg ik het naast de bed neer. Dan kun je ook dingen opschrijven. En dat heb je natuurlijk op zo'n laptop. Met zo'n programma is dat wat lastiger. Dan zou je het op moeten schrijven en later invullen.

Anders bestaat de mogelijkheid dat gebeurtenissen, die wel van belang kunnen zijn van de therapie, worden vergeten. Door deze altijd te kunnen toevoegen kan ook altijd voor of tijdens de sessies met de therapeut worden terug gekeken. Daardoor werd alle belangrijke informatie voor de therapie binnen het programma beschikbaar.

Gebbruiksvriendelijkheid

Toepassing op technische vaardigheden van gebruiker

Alle cliënten gaven aan dat het programma was toegepast op hun technische vaardigheden. Alle cliënten voelden zich in staat thuis zelfstandig gebruik van het programma te maken. Iedereen verwachtte al geen problemen met de technische kant van het programma te hebben. Dit was onafhankelijk van hun leeftijd, hoewel één cliënt wel aangaf dat ze technische problemen bij oudere mensen zou verwachten:

Voor mijzelf is dat prima. Maar ik denk wel als ik dat aan mijn ouders zou vragen, dat het dan moeilijker wordt. maar voor mijzelf is het geen probleem.

Begrijpelijkheid vakbegrippen

Er waren zowel cliënten die aangaven problemen te hebben met sommige vaktermen binnen het programma, zoals interoceptieve exposure, als ook sommige die vertelden dat er geen problemen met het gebruikte vakjargon waren. De cliënten die problemen hadden met sommige begrippen gaven aan dat ze zich wel afvroegen wat de woorden betekenden, maar dat dit verder niet van invloed was op hun vaardigheden om deze opdracht wel of niet te maken. Ze vertelden daardoor alleen een beetje geïrriteerd te worden.

Overzichtelijke structuur

De cliënten werden aangesproken door de overzichtelijke structuur van het programma. Vooral de opdeling in de verschillende fasen van de behandeling werd door de cliënten als positief ervaren. Een cliënt gaf aan dat ze vooral door de opdeling van de teksten werd aangesproken:

Dit zijn wat kortere teksten. Dat spreekt me wel aan. Dus ook dat je af en toe op volgende moet drukken, dat maakt dat het overzichtelijk blijft. Ik lees liever zo'n tekst dan dat ik drie A4tjes heb.

Verder werd door een cliënt aangegeven dat in de verschillende blokken werd ingegaan op verschillende facetten van een stoornis. Bijvoorbeeld gaat bij depressie de ene blok meer in op angstige gevoelens en de andere meer op depressieve episodes. Hierdoor kreeg ze het gevoel dat het programma was toegepast op alle mogelijke variaties van een stoornis wat de herkenning van de cliënten zelf zou bevorderen. De cliënt gaf aan dat ze de verschillende focus van de blokken wel in de structuur terug zag:

Ik denk dat het heel fijn is dat je verschillende blokken hebt. Het ligt natuurlijk een beetje eraan wat de klachten van iemand zijn. De ene is depressiever dan de andere. En de ene is meer angstig. En dat is wel fijn dat dat eer opgesplitst is.

Extrinsieke motivatie door het programma

Toepassing op eigen klachten en behoeften

Cliënten hebben aangegeven dat ze gemotiveerd waren omdat ze het gevoel hadden dat het programma op hun eigen specifieke klachten en behoeften van toepassing was omdat het goed aansloot bij hun behandeling. Ze hadden wel het gevoel dat het een goede toevoeging was omdat ze opdrachten moesten invullen waarover ze het al binnen hun behandeling hebben gehad:

Dat komt heel erg overeen met de behandeling die ik heb gehad. Dus voor mij is het echt van toepassing.

Cliënten gaven aan dat ze, doordat de opdrachten zo herkenbaar waren, meer gemotiveerd zouden zijn om ook daadwerkelijk gebruik van het programma te maken.

Herinnering aan taken

Bijna alle cliënten hebben gezegd dat ze het motiverend zouden vinden als ze door het programma aan taken herinnerd worden die ze nog moeten afmaken. Deze optie bestond er nu nog niet. Vooral cliënten met kinderen gaven aan tijdens de dag heel druk te zijn en daardoor vaker de opdrachten te vergeten:

Ik zou dat denk ik heel fijn vinden. Ik ben thuis heel erg druk met mijn dochttertje dat ik af en toe denk oh ja ik moet vandaag nog die dingen maken. En dan kom ik er 's avonds pas achter. En ik ben dan de hele dag zo druk bezig geweest dat ik denk oh ja toen ze vanmiddag sliep had ik echt van dat moeten doen.

Hierbij gaven ze verschillende mogelijkheden aan hoe deze herinnering eruit zou kunnen zien:

Herinneringen, ja super. En dan denk ik niet zo zeer op je mail maar op het telefoon. Dat je een sms krijgt of een bericht van dit of dit staat klaar of je moet dit of dit nog invullen. Want bij een mailtje denk ik altijd zo, ah ja een mailtje, maar een sms is toch anders vind ik.

Maar een herinnering aan taken kan ook een negatief effect hebben. Een van de cliënten gaf aan dat ze zich door zo'n soort herinnering ook bedreigd zou kunnen voelen vooral binnen een depressieve episode. Ze kon zich voorstellen dat in deze situatie een herinnering eerder een frusterend effect kan hebben omdat je het gevoel krijgt dat je nu iets moet doen waarin je helemaal geen zin hebt. Daarom zou ze het handig vinden als er vooraf

aan het gebruik van het programma de mogelijkheid bestaat een keuze te maken of je wel of niet herinneringen wilt ontvangen. Als dit het geval is zou een herinnering eerder een positief effect hebben, omdat het als eigen keuze wordt gezien en niet als iets wat wordt opgedrongen:

Misschien is het verstandig als de optie er is om het de mensen te vragen want dan irriteer je ook minder. Van oh ja het kan wel zijn dat het me nu irriteert maar dat ik dan denk ik heb het toen aangeklikt dus dat is oké.

Personaliseren van programma

Cliënten gaven aan dat ze het nodig vinden dat het programma echt op hun klachten is toegepast. Een cliënt beschreef volgende situatie:

Kijk als het op gegeven moment om cliënt A gaat en die ziet hetzelfde als ik, cliënt B, maar we hebben allebei weer andere problemen. Ja dat moet dan wel anders zijn. Moet dan wel gericht zijn echt op jou. Als je dan inlogt op jouw cliëntnummer of op jouw naam dan moet je ook echt te zien krijgen wat jij, niet klachten te zien die ik niet heb.

Hierdoor zou het programma persoonlijker worden, wat tot gevolg heeft dat de cliënten ook echt het gevoel hebben dat het programma voor hun en hun behandeling geschikt is.

Feedback binnen programma

Alle cliënten gaven aan een optie voor feedback op de opdrachten goed te zouden vinden. Maar het zou belangrijk zijn dat de cliënt zelf kan kiezen of feedback binnen het programma wel of niet gewenst is, omdat hier verschillende voorkeuren bestaan:

De ene heeft voorkeur, zegt zo feedback vind ik fijn en de andere vindt feedback via de computer fijn. Ik denk dat je dan de keuze aan degene die behandeld wordt over moet laten van oké wil je feedback van het programma of niet.

Verder bleek de motivatie om feedback binnen het programma te lezen sterk afhankelijk te zijn van de lengte van de opdrachten:

Dat hangt af van hoe lang de opdrachten zijn. De opdracht die ik net had was niet heel lang maar als de opdrachten heel lang zijn zou mijn concentratie zo veer naar beneden zijn dat ik denk, ah feedback ga ik niet meer lezen. Maar als dat een korte opdracht is zou ik dat wel hebben.

Extrinsieke motivatie door de therapeut

Uitslag binnen sessies gebruiken

Voor alle cliënten leek het handig te zijn om gebruik te maken van de uitslag van het programma tijdens de sessies met de therapeut. Vooral omdat er vaak een langere periode zit tussen de verschillende sessies wordt het door cliënten als ondersteunend ervaren om zich weer in te leven in een situatie die ze tijdens de opdracht hebben meegemaakt:

Ik merk zelf heel vaak als ik een afspraak hier heb en dan heb ik dingen opgeschreven en dan heb ik zo'n G-schema ingevuld en dan ga ik dat bespreken. En dan voel je heel anders als op het moment dat je dat invulde. Dus dan is het, ja, wel dat je even weer moet inleveren hoe was dat ook al weer. Dus ik denk dat het inderdaad wel handig is als je de uitslag daarbij pakt en samen inderdaad goed gaat bespreken.

Door de uitslag in de sessies te integreren wordt het gevoel ondersteund dat de sessies en het programma een geheel zijn en er een rode lijn binnen de behandeling bestaat. Dit werd door de cliënten als motiverend beschreven om ook echt van het programma gebruik te maken.

Binnen de sessies bestaat de mogelijkheid dieper op antwoorden in te gaan. Dit bleek vooral bij heel emotionele thema's belangrijk te zijn, omdat de cliënten aangaven dat een therapeut in staat is ook de lichamelijke reactie van iemand te zien, die van het programma niet wordt opgemerkt:

Binnen het programma kan de behandelaar niet aan jouw reactie zien hoe je ergens op reageert. Dat lees je wel maar als je dat op de laptop leest dan is dat anders als dat je de reactie van iemand daarbij ziet. En ik denk dat dat heel belangrijk is.

Als deze reacties niet verwerkt worden, zien cliënten de mogelijkheid dat hun motivatie verlaagd om het programma te gebruiken, omdat ze het gevoel hebben dat belangrijke aspecten van de therapie kwijt raken.

Verder werd van de cliënten belangrijk geacht dat ze zelf de keuze hebben in hoeverre de uitslag binnen de sessies geïntegreerd wordt. Ze willen zelf kunnen bepalen of ze over de gebeurtenissen tussen de sessies willen praten of verder willen gaan.

Feedback van de therapeut

Niet alleen de integratie van de uitslag bleek een motivatie voor cliënten te zijn, maar ook directe feedback van de therapeut. Ten eerste gaven ze aan feedback te willen op de manier hoe ze opdrachten hebben ingevuld. Er werd aangegeven dat het nodig is van de therapeut te horen wat er goed of slecht ging, om verder te gaan met de opdrachten en verder te komen met de behandeling:

Ik denk als je ieder zo veel weken zo'n schema moet invullen moet dat tussendoor wel een keer besproken worden, want anders kom je daar niet veel verder mee. Want van wat heb ik goed gedaan en wat heb ik niet goed gedaan.

Volgens de cliënten maakte het niet uit of de feedback van de therapeut tijdens de face to face gesprekken wordt gegeven of in het programma wordt gezet. Als het feedback op tijd beschikbaar is werd er van de cliënten geen onderscheid tussen de twee opties gemaakt. Alleen de mogelijkheid om ook over de feedback te praten tijdens de sessies als er vragen zijn werd belangrijk geacht. Feedback bleek vooral voor cliënten van belang te zijn die alleen één keer in de zoveel tijd een afspraak hebben en dus over langere tijdsbestek thuis gebruik van schema's en opdrachten maken.

Ook inhoudelijke feedback werd belangrijk geacht. Om goede inhoudelijke feedback te kunnen geven is het natuurlijk belangrijk dat de therapeut precies weet wat zijn cliënten binnen het programma invullen. Anders zouden de cliënten het gevoel krijgen dat ze voor niets de opdrachten binnen het programma maken, en niet voldoende hulp krijgen:

Want waarvoor maak je de opdrachten anders. Ja het is voor jezelf. Ja leuk, maar je bent hier om hulp te krijgen en als ze dat niet zien kunnen ze ook niet helpen bij wat ik invul.

Informatie delen

Volgens één cliënt zou het ook motiverend kunnen zijn als de therapeut aanvullende informatie over de gesprekken binnen het programma deelt. Ze gaf aan vooral in de notities van de therapeut, die deze tijdens de gesprekken maakt, geïnteresseerd te zijn:

Maar als dat stukje, dat is natuurlijk haar eigen korte analyse, maar ik zou het toch fijn vinden als dat daar ook op komt te staan. Dat je het gewoon terug kan lezen. (...) En dan kan jezelf ook letterlijk de vooruitgang zien.

Discussie

Deze studie was bedoeld om te onderzoeken welke eisen cliënten aan de blended behandeling met Karify hebben. De resultaten hebben betrekking op de waargenomen waarde van het programma, de cliënt-therapeut relatie en op persuasieve elementen, die binnen het programma gebruikt kunnen worden. Ten eerste blijkt uit de resultaten dat de cliënten wel gebruik willen maken van het programma als onderdeel van de behandeling, maar dat er sprake was van een aantal voorwaarden. Vooral belangrijk bleek een goede integratie van het programma aan de face to face gesprekken te zijn. Het werd grotendeels als opdracht van de therapeut gezien dit te bereiken. Binnen het programma zelf werden nog verbeterpunten genoemd die het programma gebruiksvriendelijker kunnen maken, zoals een betere instructie hoe het programma moet worden gebruikt, alternatieve opdrachten beschikbaar te maken, en een mogelijkheid om teksten later toe te voegen. Ten tweede kan worden gezegd dat de face to face gesprekken, en de communicatie met de therapeut ook binnen een blended behandeling als belangrijk wordt geacht, en toegevoegde waarde zouden hebben voor de motivatie van de cliënten. Ten derde werd duidelijk dat cliënten verwachten dat, door het gebruik van persuasieve elementen binnen het programma, de motivatie om het programma te gaan gebruiken kan worden verhoogd. De genoemde motiverende factoren binnen het programma kwamen heel sterk overeen met het PSD model van Oinas-Kukkonen en Harjumaa (2009). De waargenomen toepassing op de eigen behoeften en klachten, en een herinnering aan taken bleek erbij het meest belangrijk te zijn.

Het eerste doel van deze studie was te onderzoeken wat cliënten van Karify als toevoeging van hun behandeling vinden en welke aspecten binnen het programma positief en negatief worden ervaren. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat het programma in het algemeen als positieve toevoeging van de behandeling werd waargenomen. Als opvallend positief werd de ondersteunende functie van het programma ervaren. Dit laat zien dat cliënten het programma niet als zelfstandige behandeling zien maar als onderdeel van hun behandeling met een therapeut. Volgens Mansson et al. (2011) is de bedoeling van een blended behandeling dat hier online elementen en face to face gesprekken tot een geheel worden geïntegreerd. De integratie van programma en face to face gesprekken tot een gehele behandeling werd ook van de deelnemers van dit onderzoek als belangrijk geacht. Binnen dit onderzoek werd duidelijk dat cliënten van hun therapeut verwachten dat deze verantwoordelijk is voor een succesvolle integratie. Met betrekking tot deze succesvolle

integratie is het belangrijk dat de uiteindelijke behandeling geen “optelsom” (Postel et al., 2011) van de behandeling via een programma, en een gewone face to face behandeling wordt.

Niet alleen positieve ervaringen maar ook negatieve ervaringen met de demo-omgeving werden tijdens het onderzoek genoemd. De waarschijnlijk belangrijkste vondst met betrekking op negatieve ervaringen was dat binnen de demo-omgeving van Karify te weinig uitleg over de verschillende opdrachten en de werkwijze van het programma wordt gegeven. Volgens Norman en Skinner (2006) hebben eHealth interventies weinig waarde als de cliënten niet in staat zijn deze effectief te gebruiken. Om een programma effectief te gebruiken is voldoende uitleg over het programma nodig. Als cliënten Karify in toekomst zouden gebruiken, is het noodzakelijk dat binnen het programma meer uitleg wordt gegeven. Anders zou het programma minder toegevoegde waarde voor de behandeling hebben.

Het tweede doel was te onderzoeken op welke manier cliënten extrinsiek gemotiveerd kunnen worden. Volgens de zelf-determinatie theorie kunnen extrinsieke factoren gebruikt worden om de motivatie te verhogen (Mohr, Cuijpers & Lehman, 2011). Om de motivatie van cliënten te verhogen om een eHealth programma te gebruiken kunnen verschillende extrinsieke factoren gebruikt worden. Een eerste mogelijkheid om extrinsieke motivatie te bereiken was volgens de literatuur het gebruik van persuasieve elementen binnen het programma (Oinas-Kukkonen & Harjumaa, 2009). De persuasieve elementen die binnen dit onderzoek van de cliënten genoemd werden zijn allemaal te vinden in het PSD model van Oinas-Kukkonen en Harjumaa (2009). Binnen het PSD model wordt onderscheid gemaakt in vier verschillende categorieën van elementen.

De eerste categorie, “primary task support”, bevat elementen die het uitvoeren van een hoofdtak binnen een programma zouden ondersteunen (Oinas-Kukkonen & Harjumaa, 2009). Ook binnen dit onderzoek werden elementen uit deze categorie genoemd. De cliënten gaven aan dat ze een personaliseerde versie van de webpagina willen zien als ze hebben ingelogd. Volgens GGNet zou dat in de aangepaste versie van Karify bijvoorbeeld door het uploaden van een pasfoto gebeuren. Verder gaven cliënten aan dat ze het als motiverend hebben ervaren, dat het programma op hun behoeften, en klachten was toegepast. Dit wordt binnen het PSD model “tailoring” genoemd (Oinas-Kukkonen & Harjumaa, 2009). Een belangrijke aanpassing met betrekking op tailoring is, dat de behandelaren van GGNet in de uiteindelijke versie van Karify in staat zijn te bepalen welke onderdelen van de webpagina van de cliënt worden gezien. Daardoor is het mogelijk alleen onderdelen te laten zien die ook echt van toepassing zijn op de klachten van een cliënt.

Binnen de tweede categorie staan elementen die betrekking hebben op de interactie tussen de gebruiker en het systeem zelf. Volgens het model kunnen “reminders” ervoor zorgen dat de gebruikers hun doelen bereiken (Oinas-Kukkonen & Harjumaa, 2009). Dit werd ook binnen het onderzoek terug gevonden. Vier van de deelnemers gaven aan dat ze herinneringen nodig zouden vinden. Maar er werd ook een nadeel genoemd. Bij cliënten met depressieve episodes bestaat de mogelijkheid dat ze zich door de herinnering geïrriteerd voelen. Daarom werd aangegeven dat de cliënten graag een keuze willen hebben of ze gebruik van herinneringen willen maken of niet. Deze vondst kan gekoppeld worden aan andere studieresultaten. Uit een studie van Wilhelmsen et al. (2013) bleek dat cliënten door een grote waargenomen controle over hun eigen behandeling gemotiveerd worden om door te gaan met de behandeling. Deze waargenomen controle moet ook binnen een blended behandeling blijven bestaan.

Binnen de derde categorie van het PSD model, “system credibility support” wordt ingegaan op elementen die gebruikt kunnen worden om het vertrouwen in het systeem te verhogen. Een voorbeeld hiervan is de mogelijkheid de informatie binnen het programma door externe links te verifiëren (Oinas-Kukkonen & Harjumaa, 2009). De door externe links geïntegreerde aanvullende informatie binnen Karify werd ook binnen het onderzoek positief genoemd. Verder stellen Oinas-Kukkonen en Harjumaa (2009) dat de betrekking van experts binnen het programma het vertrouwen in het programma verhoogt. Bij Karify wordt deze expertise door de betrekking van de therapeut gegeven.

De vierde categorie bevat elementen die de gebruikers door sociale invloeden beïnvloeden. Een voorbeeld hiervan is “social comparison”, wat betekent dat een programma meer invloed zou hebben als de mogelijkheid voor een vergelijking met anderen bestaat (Oinas-Kukkonen & Harjumaa, 2009). Deze categorie werd door de deelnemers van het onderzoek niet genoemd. Dit kan ten deel er mee te maken hebben, dat bij de behandeling van psychologische stoornissen vaak niet met anderen wordt vergeleken, omdat het eerder om de behandeling van eigen, specifieke klachten gaat. Maar op dit moment wordt ook een limitatie van dit onderzoek duidelijk. Hoewel het PSD model voor het opstellen van het interviewschema werd gebruikt, zijn niet alle vier categorieën van het model in het schema terug te vinden. Vooral naar de vierde categorie werd tijdens het onderzoek niet doorgevraagd. Het feit dat de cliënten zelf geen elementen uit deze categorie hebben genoemd, betekent niet dat deze elementen niet van invloed kunnen zijn. Om te bepalen in hoever sociale invloeden belangrijk zijn binnen een eHealth programma voor de behandeling van psychische klachten is verder onderzoek nodig. De resultaten van dit onderzoek laten wel

zien dat het framework van Oinas-Kukkonen en Harjuma (2009) ook kan helpen bij de ontwikkeling van het online deel van een blended behandeling.

De tweede mogelijkheid, die uit de literatuur bleek, om cliënten extrinsiek te motiveren was door de therapeut (Wilhelmsen et al., 2013). Volgens Postel et al. (2011) is een goede implementatie van een blended behandeling sterk afhankelijk van de manier waarop de therapeut deze in het dagelijkse zorgproces toepast. Ook de cliënten binnen dit onderzoek kenden aan de therapeut een belangrijke rol toe. Volgens hun was de therapeut ervoor verantwoordelijk dat online therapie en gesprekken een geheel zijn. Vooral regelmatig feedback en regelmatig praten over de uitslagen van het programma binnen de sessies werd als motiverend ervaren. Erbij is ook een goede relatie met de therapeut van belang. Dit is niet alleen het geval omdat een goede relatie tussen cliënt en therapeut de uitkomsten van de therapie positief beïnvloedt (Arnd-Caddigan, 2012), maar ook omdat feedback op de therapie van belangrijke anderen een positief invloed op de motivatie van cliënten kan hebben (Wilhelmsen et al., 2013). Door een goede, vertrouwde relatie tussen cliënt en therapeut, wordt de therapeut een van de belangrijkste anderen voor de cliënt en het feedback krijgt nog meer waarde. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat het voor de cliënten weinig verschil maakt of de feedback van de therapeut tijdens de sessies of binnen het programma wordt gegeven. Een recente onderzoek van van der Vaart et al. (2014) laat zien dat ook feedback binnen het programma een positieve invloed op het regelmatig gebruik van het programma kan hebben. Maar om precies te kunnen bepalen of er een verschil tussen direct feedback van de therapeut of feedback binnen het programma zelf bestaat is nog verder onderzoek nodig.

Er zijn niet alleen theoretische aanbevelingen, maar ook aanbevelingen voor de praktijk. Met betrekking tot de praktijk kan vooral aanbevolen worden een tutorial vooraf aan het gebruik van het programma te laten zien. Volgens GGNet wordt er op dit moment aan een tutorial binnen het programma gewerkt, wat meer uitleg zou geven over de functies van het programma. Hiermee zouden de problemen met betrekking tot de navigatie binnen het programma worden opgelost. Verder wordt op dit moment aan een Karify-App gewerkt. Deze applicatie biedt bijvoorbeeld de mogelijkheid om teksten, zoals de cliënten dat wensten, in deze app in te vullen en zo later aan het programma toe te voegen. Dit blijkt vooral handig te zijn voor situaties waarin de cliënten geen computer of laptop kunnen of willen gebruiken.

Verder bleek voor de respondenten van belang te zijn dat het programma en de gesprekken met de therapeut een geheel vormen, en niet verschillende onderdelen zijn. Daarom moet de therapeut steeds op de hoogte zijn van wat er binnen het programma

gebeurt. Hiervoor zou het handig kunnen zijn als de therapeut een melding krijgt als de cliënt een opdracht binnen het programma afmaakt. Het gebruik van “reminders” uit het PSD model (Oinas.Kukkonen & Harjumaa, 2009) zou dus ook voor de therapeut belangrijk kunnen zijn. Verder is het noodzakkelijk dat de therapeut alle onderdelen van het programma kan inzien en voldoende tijd heeft om dit voorafgaand aan de sessies te doen. Dit is belangrijk om op een effectieve manier hulp te bieden. Voor een effectieve hulpverlening moet ook de therapeut goede kennis over het programma en zijn werkwijzen hebben. Deze kennis zou bijvoorbeeld door een goede training vooraf verworven kunnen worden.

De resultaten van dit onderzoek hebben vooral praktische betrekking op de ontwikkeling van de uiteindelijke versie van Karify en de integratie ervan binnen de zorg, omdat de deelnemers de mogelijkheid hadden ook daadwerkelijk met een demo-omgeving van het programma te werken. Maar de overlap met theoretische modellen, zoals het PSD model van Oinas-Kukkonen en Harjumaa (2009), laat zien dat de resultaten ook van toepassing kunnen zijn op een bredere ontwikkeling van eHealth programma's voor een blended behandeling. Door het systematisch interview met hulp van een interviewschema zijn de resultaten makkelijker replicerbaar, hoewel al vroeger opviel dat het interviewschema met betrekking op het PSD model, niet op een voldoende systematisch manier was opgesteld. Desondanks werd tijdens het onderzoek duidelijk dat tijdens de latere interviews bijna geen nieuwe informatie meer naar voren kwam, maar gewoon dezelfde thema's herhaald worden. Dit is een indicatie dat de resultaten vele elementen beinhouden die voor bijna alle deelnemers even belangrijk waren. Tijdens de analyse viel wel op dat over sommige onderwerpen, zoals de mogelijkheid voor feedback, nog meer door zou kunnen worden gevraagd om meer informatie te krijgen. Daardoor zouden de eisen van de cliënten aan de blended behandeling nog duidelijker worden.

Conclusie

Als een conclusie kan worden gezegd dat Karify als positieve toevoeging voor de behandeling werd waargenomen. Als aan de voorwaarden, die uit de resultaten bleken zoals bijvoorbeeld een tutorial, wordt voldaan zou het programma een waardevol toevoeging zijn, met de potentie de zorg bij minder tijd effectiever te maken.

Literatuur

- Alphen, D. v. (2014). Ouderen in een digitale maatschappij.
- Andersson, G., Bergström, J., Carlbring, P., & Lindefors, N. (2005). The use of the Internet in the treatment of anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, *18*, 73-77. doi: 10.1016/j.yco.2004.09.015
- Andrews, G., & Williams, A. D. (2014). Up-scaling clinician assisted internet cognitive behavioural therapy (iCBT) for depression: A model for dissemination into primary care. [Review]. *Clin Psychol Rev*. doi: 10.1016/j.cpr.2014.05.006
- Arnd-Caddigan, M. (2011). The Therapeutic Alliance: Implications for Therapeutic Process and Therapeutic Goals. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *42*(2), 77-85. doi: 10.1007/s10879-011-9183-3
- Brunner, C. (2011). Online-Interventionen im therapeutischen Setting.
- Cashen, M. S., Dykes, P., & Gerber, B. (2004). eHealth Technology and Internet Resources. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *19*(3), 209-214.
- Castelnuovo, G., Gaggioli, A., Mantovani, F., & Riva, G. (2003). New and Old Tools in Psychotherapy: The Use of Technology for the Integration of Traditional Clinical Treatments. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *40*(1/2), 33-44. doi: 10.1037/0033-3204.40.1/2.33
- Cummings, C. M., Caporino, N. E., Settapani, C. A., Read, K. L., Compton, S. N., March, J., . . . Kendall, P. C. (2013). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy and pharmacotherapy for anxious youth.
- Cushing, C. C., & Steele, R. G. (2010). A meta-analytic review of eHealth interventions for pediatric health promoting and maintaining behaviors. [Meta-Analysis]. *J Pediatr Psychol*, *35*(9), 937-949. doi: 10.1093/jpepsy/jsq023
- DeLucia, P. R., Harold, S. A., & Tang, Y.-Y. (2013). Innovation in Technology-Aided Psychotherapy Through Human Factors/Ergonomics: Toward a Collaborative Approach. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *43*(4), 253-260. doi: 10.1007/s10879-013-9238-8
- Ferwerda, M., van Beugen, S., van Burik, A., van Middendorp, H., de Jong, E. M., van de Kerkhof, P. C., . . . Evers, A. W. (2013). What patients think about E-health: patients' perspective on internet-based cognitive behavioral treatment for patients with rheumatoid arthritis and psoriasis. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Clin Rheumatol*, *32*(6), 869-873. doi: 10.1007/s10067-013-2175-9
- Gelso, C. J., Palma, B., & Bhatia, A. (2013). Attachment theory as a guide to understanding and working with transference and the real relationship in psychotherapy. [Case Reports]. *J Clin Psychol*, *69*(11), 1160-1171. doi: 10.1002/jclp.22043
- Hardiker, N. R., & Grant, M. J. (2011). Factors that influence public engagement with eHealth: A literature review. [Research Support, Non-U.S. Gov't]

- Review]. *Int J Med Inform*, 80(1), 1-12. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2010.10.017
- Madhavan, S., Sanders, A. E., Chou, W. Y., Shuster, A., Boone, K. W., Dente, M. A., . . . Hesse, B. W. (2011). Pediatric palliative care and eHealth opportunities for patient-centered care. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Am J Prev Med*, 40(5 Suppl 2), S208-216. doi: 10.1016/j.amepre.2011.01.013
- Maheu, M. M., & Gordon, B. L. (2000). Counseling and Therapy on the Internet. *Professional Psychology; Research and Practice*, 31(5484-489). doi: 10.1037//0735-702sji
- Mansson, K., Ruiz, E. S., Gervind, E., Dahlin, M., & Andersson, G. (2013). Development and Initial Evaluation of an Internet-Based Support System for Face-to-Face Cognitive Behavior therapy: A Proof of Concept Study. *Journal of Medical Internet Research*.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Berant, E. (2013). An attachment perspective on therapeutic processes and outcomes. *J Pers*, 81(6), 606-616. doi: 10.1111/j.1467-6494.2012.00806.x
- Mohr, D. C., Cuijpers, P., & Lehman, K. (2011). Supportive accountability: a model for providing human support to enhance adherence to eHealth interventions. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Med Internet Res*, 13(1), e30. doi: 10.2196/jmir.1602
- Newman, M. G. (2004). Technology in psychotherapy: an introduction. *J Clin Psychol*, 60(2), 141-145. doi: 10.1002/jclp.10240
- Newman, M. G., Consoli, A., & Taylor, C. B. (1997). Computers in Assessment and Cognitive Behavioral Treatment of Clinical Disorders: Anxiety as a Case in Point. *Behavior Therapy*, 28, 211-235.
- Ng, J. Y. Y., Ntoumanis, N., Thogersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L., & Williams, G. C. (2012). Self-Determination Theory Applied to Health Contexts: A Meta-Analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 7(4), 325-340. doi: 10.1177/1745691612447309
- Nijland, N., Gemert-Pijnen, van, J.E.W.C., Boer, H., Steehouder, M.F. & Seydel, E.R. (2008). Evaluation of internet-based technology for supporting self-care: problems encountered by patients and caregivers when using self-care applications. *Journal of MedicalInternet Research*, 10(2), e13.
- Norman CD, Skinner HA eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World *J Med Internet Res* 2006;8(2):e9
- Notenboom, A., Blankers, I., Goudriaan, R., & Groot, W. (2012). E-health en zelfmanagement: een panacee voor arbeidstekorten en kostenoverschrijdingen in de zorg?
- Oorlog, A. (2011). Testen van de gebruiksvriendelijkheid van een online psycho-educatie programma bij mensen met een depressie.

- Ossebaard, H., & Idzardi, K. (2013). Omgaan met de risico's van eHealth.
- Pagliari, C., & al, e. (2005). What is eHealth: A Scoping Exercise to Map the Field. *Journal of Medical Internet Research*.
- Palland, B. (2011). De invloed van collaborative stepped care op toepassing van behandeling conform de richtlijn bij angststoornissen in de eerste lijn: Evaluatie onderzoek binnen een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek.
- Perle, J. G., Langsam, L. C., & Nierenberg, B. (2011). Controversy clarified: an updated review of clinical psychology and tele-health. [Review]. *Clin Psychol Rev*, 31(8), 1247-1258. doi: 10.1016/j.cpr.2011.08.003
- Postel, M., Witting, M., & Gemert-Pijnen, L. v. (2013). Blended behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. *Directieve Therapie*, 33(3), 210-221.
- Proudfoot, J., Swain, S., Widmer, S., Watkins, E., D.Goldberg, Marks, I., . . . Gray, J. A. (2003). The development and beta-test of a computer-therapy program for anxiety and depression: hurdles and lessons. *Computers in Human Behavior*, 19, 277-289.
- Proudfoot, J. G. (2004). Computer-based treatment for anxiety and depression: is it feasible? Is it effective? [Review]. *Neurosci Biobehav Rev*, 28(3), 353-363. doi: 10.1016/j.neubiorev.2004.03.008
- Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. [Meta-Analysis]. *Clin Psychol Rev*, 32(4), 329-342. doi: 10.1016/j.cpr.2012.02.004
- Rochlen, A. B., Zack, J. S., & Speyer, C. (2004). Online therapy: review of relevant definitions, debates, and current empirical support. [Review]. *J Clin Psychol*, 60(3), 269-283. doi: 10.1002/jclp.10263
- Shaw, T., Long, A., Chopra, S., & Kerfoot, B. P. (2011). Impact on clinical behavior of face-to-face continuing medical education blended with online spaced education: a randomized controlled trial. [Randomized Controlled Trial]. *J Contin Educ Health Prof*, 31(2), 103-108. doi: 10.1002/chp.20113
- Simms, D. C., Gibson, K., & O'Donnell, S. (2011). To use or not to use: Clinicians' perceptions of telemental health. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 52(1), 41-51. doi: 10.1037/a0022275
- Teachman, B. A. (2014). No Appointment Necessary: Treating Mental Illness Outside the Therapist's Office. *Perspectives on Psychological Science*, 9(1), 85-87. doi: 10.1177/1745691613512659
- van Gemert-Pijnen, J. E., 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. [Review]. *J Med Internet Res*, 13(4), e111. doi: 10.2196/jmir.1672

- van Gemert-Pijnen, J. E. W. C. v., Peters, O., & Ossebaard, H. C. (2013). *Improving E-Health*.
- van der Vaart, R., Witting, M., Riper, H., Kooistra, L., Bohlmeijer, E. T., & van Gemert-Pijnen, L. (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*(1), 355. doi: 10.1186/s12888-014-0355-z
- Wilhelmsen, M., Lillevoll, K., Risor, M. B., Hoifodt, R., Johansen, M. L., Waterloo, K., . . . Kolstrup, N. (2013). Motivation to persist with internet-based cognitive behavioural treatment using blended care: a qualitative study. [Randomized Controlled Trial]. *BMC Psychiatry*, *13*, 296. doi: 10.1186/1471-244X-13-296

Appendix

Bijlage 1: Brief voor werving van participanten

Beste heer/mevrouw,

Ik ben psychologie student aan de universiteit Twente in Enschede. Voor mijn bachelorscriptie ben ik op zoek naar mensen die graag mee willen doen aan mijn onderzoek.

Ik onderzoek in samenwerking met GGNet de ervaringen van mensen met een computerprogramma die in de behandeling van depressieve klachten, panieklachten en sociale fobie zal worden gebruikt. Voor mij zijn vooral de ervaringen en meningen van de gebruikers van het programma van belang.

Het onderzoek zou in geheel ongeveer een half uur duren en bestaat uit twee onderdelen. Tijdens het eerste deel wordt kort met het programma kennis gemaakt. Vervolgens zal ik u een aantal vragen stellen over uw ervaringen met het programma.

Dit onderzoek zou in Zevenaar plaats vinden.

Meedoen? Vul dan onderstaand formulier in en geef dit aan uw behandelaar. Ik neem dan op korte termijn contact met u op.

Alvast bedankt!

Lena Koslowski

.....

Naam:

Email:

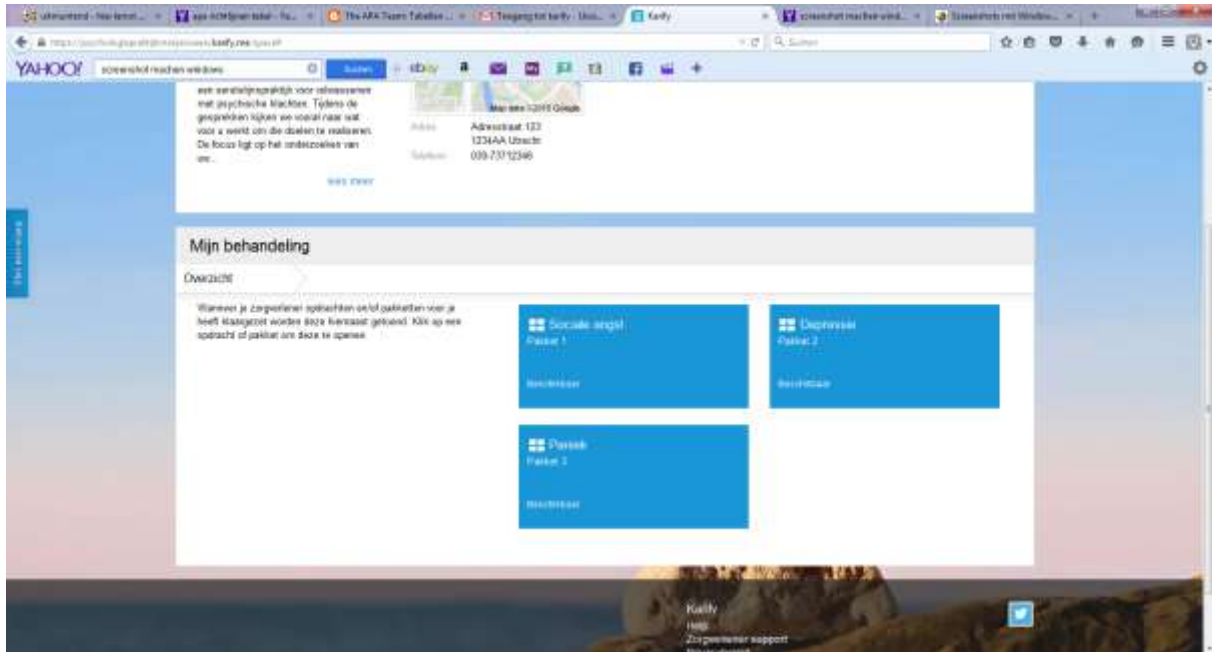
Telefoonnummer:

Behandelaar:

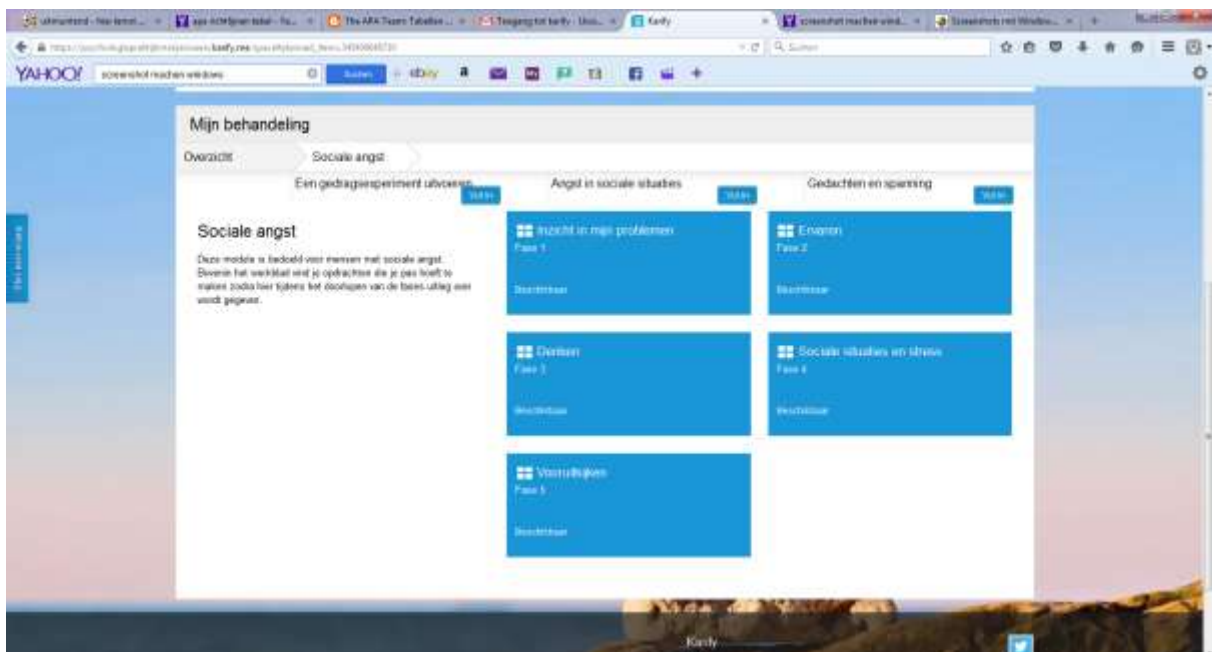
Ik geef mijn toestemming dat mijn gegevens van GGNet aan Lena Koslowski mogen worden door gegeven om contact te kunnen opnemen

Bijlage 2: Overzicht Karify

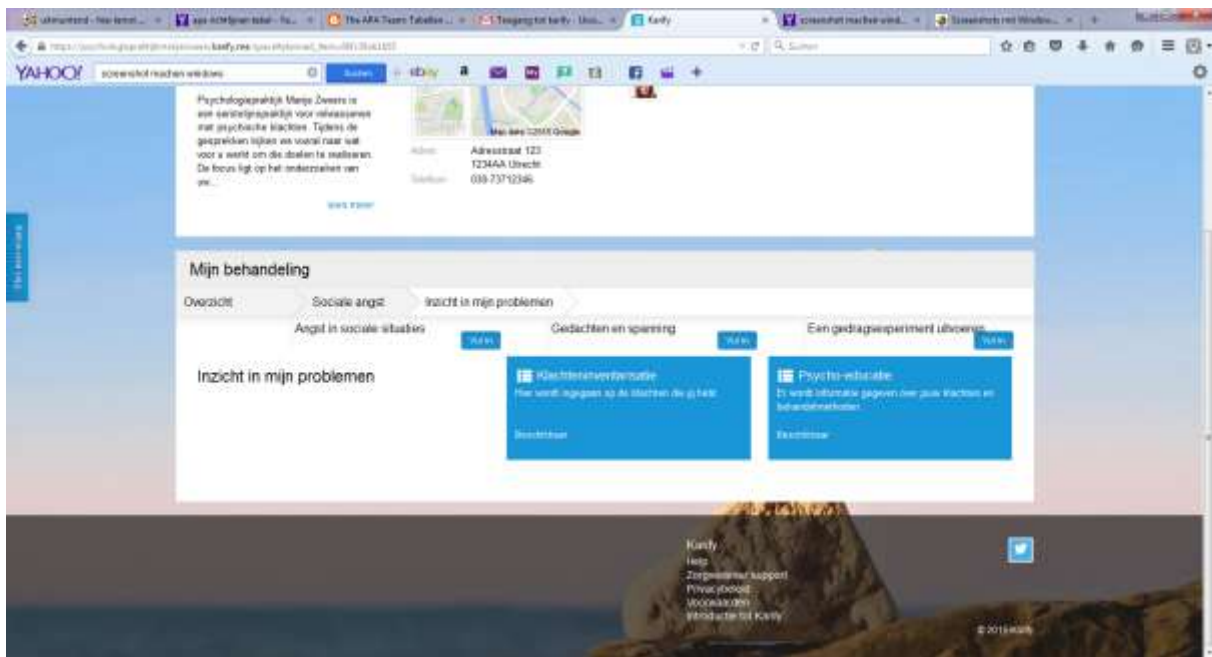
Da afbeeldingen laten zien hoe stap voor stap een opdracht binnen het behandelpad van sociale angst kan worden geopend.



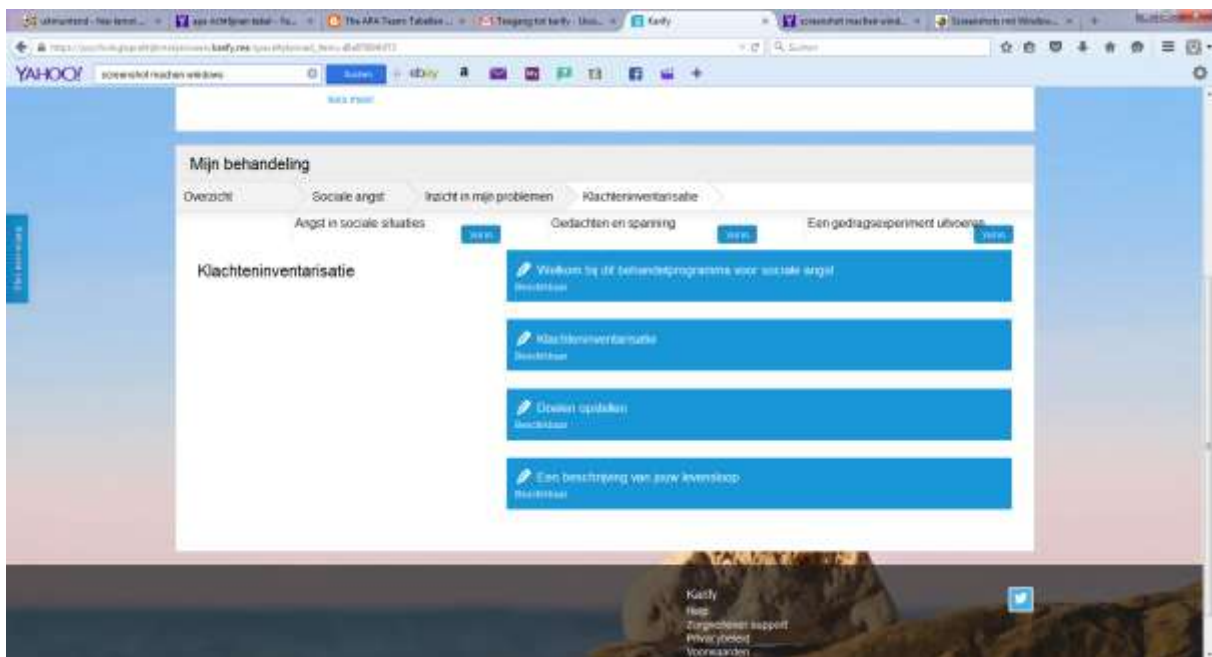
Overzicht van behandelpaden



Voorbeeld Behandelpad: Sociale Angst



Behandelpad Sociale Angst: Fase 1 Inzicht in mijn problemen



Overzicht van Opdrachten binnen Klachteninventarisatie

Bijlage 3: Opdrachten binnen de demo-omgeving

Bedankt voor de deelname aan dit onderzoek! Het onderzoek bestaat uit twee onderdelen. Tijdens het eerste deel maakt u kort kennis met een demo-omgeving van het computerprogramma Karify dat in toekomst als onderdeel van de behandeling van GGNet zal worden gebruikt. Tijdens het tweede deel zal ik u een aantal vragen stellen over uw ervaringen met deze demo-omgeving. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in aspecten die van invloed zijn op het gebruik van het programma en de motivatie om het programma te gebruiken. U kunt altijd zonder opgaaf van redenen stoppen met het onderzoek.

Deel 1: Werken met de demo-omgeving

We maken tijdens dit onderzoek gebruik van een demo-omgeving van Karify, die is toegepast op een algemene behandeling van depressieve klachten, panieklachten en sociale fobie. Omdat niet alle onderdelen van het programma van toepassing zijn op uw behandeling hebben we een aantal opdrachten opgesteld die u binnen het programma gaat maken. Het gaat hier alleen maar daarom kennis met het programma te maken. Er moet geen relevante informatie over uw eigen behandeling worden aangegeven en ingevuld. De opdrachten zijn dus alleen maar voorbeelden. De resultaten van de opdrachten worden niet opgeslaan dus klik NIET aan het eind van de opdracht op inleveren!

Het programma is opgesplitst in verschillende fasen van de behandeling. U maakt tijdens dit onderzoek ten minste één opdracht uit iedere fase om een goede overzicht over de werkwijze van het programma te krijgen.

Opdrachten sociale fobie:

Hier ziet u het behandelpad voor sociale angst. Het programma is opgedeeld in verschillende fasen. Als u op een van de vakken klikt worden de opdrachten geopend. Na iedere opdracht gaat u weer terug op de overzicht van de fasen en begint vervolgens de volgende opdracht. Als u vragen hebt kunt u deze altijd stellen.

Klik op Fase 1: Inzicht in mijn problemen

→ Lees de tekst: Wat is sociale angst ?

Klik op Fase 2: Ervaren

→ Maak de opdracht *Exposure in vivo*

Klik op Fase 3: Denken

→ Lees de tekst: *Angst in sociale situaties: uitleg* en vul vervolgens het formulier: *Angst in sociale situaties* in

Klik op Fase 4: Sociale situaties en stress

→ Maak de opdracht *Vermijdings- en Veiligheidsgedrag*

→ Maak de *korte ontspanningsoefening* binnen: *Leren ontspannen*

Opdrachten Depressie:

Hier ziet u het behandelpad voor depressie. Het programma is opgedeeld in verschillende fases. Als u op een van de vakken klikt worden de opdrachten geopend. Na iedere opdracht gaat u weer terug op de overzicht van de fasen en begint vervolgens de volgende opdracht. Als u vragen hebt kunt u deze altijd stellen.

Klik op Fase 1: Inzicht in mijn problemen

→ Lees de teksten: *Wat is depressie ?* en *De invloed van gedachten op je depressieve klachten*

Klik op Fase 2: Zelfzorg en Stress

→ Maak de opdracht: *Welke plezierige activiteiten passen bij mij ?* binnen *Dagstructuur*

→ Maak de *korte ontspanningsoefening* binnen *Leren ontspannen*

Klik op Fase 3: Denkgewoonten veranderen

→ Maak de opdracht *Negatieve gedachten opsporen* binnen *Denkgewoonten veranderen*

Opdrachten Paniek:

Hier ziet u het behandelpad voor paniek. Het programma is opgedeeld in verschillende fases. Als u op een van de vakken klikt worden de opdrachten geopend. Na iedere opdracht gaat u weer terug op de overzicht van de fasen en begint vervolgens de volgende opdracht. Als u vragen hebt kunt u deze altijd stellen.

Klik op Fase 1: Inzicht in mijn probleem

→ Lees de teksten: *Wat is angst?*, *Wat is een paniekstoornis ?* en *Het ontstaan en in stand houden van panieklachten*

Klik op Fase 2: Ervaren

→ Maak de *korte ontspanningsoefening* binnen *Leren ontspannen*

→ Maar de opdracht *Exposure in vivo* en vul het formulier: *Angst in moeilijke situaties* in

Klik op Fase 3: Denken

→ Maak de opdracht *Interpreteren van lichamelijke verschijnselen* en vul het formulier: *Jouw gedachten bijhouden* in

Bijlage 4: Interviewschema

Nadat u nu kennis hebt gemaakt met Karify will ik u nu graag enige vragen over uw ervaringen stellen. Er zijn geen juiste of foute antwoorden. Zeg gewoon wat u denkt.

1. Wat vindt u van het programma als toevoeging voor uw behandeling ?

→ Zou u het wel of niet willen gebruiken ?

Scala van 1 tot 10 : 1=Nooit, 10= In iedere geval

→ Waarom wel / niet ?

1.1 Wat zou er beter kunnen ?

Determinanten

1.2 In hoever voelt u in staat deze techniek binnen de behandeling zelf te gebruiken ?

1.3 Wat vindt u van de vakbegrippen die binnen het programma gebruikt worden ?

1.4 Welk invloed heeft volgens u het programma op uw behandeling ?

Extrinsieke motivatie

2. Wat zou u dan nodig hebben om het programma te gaan gebruiken ?

Programma

3. Wat hebt u dan nodig van het programma zelf ?

Persuasive elements

3.1 Wat vindt u van de structuur van het programma ?

3.2 In hoever vindt u dat het programma op uw eigen, specifieke behoeften is toegepast ?

3.3 Wat zal u ervan vinden als u door het programma aan taken wordt herinnerd die u nog moet afronden ?

Therapeut

4. Wat zal u van uw therapeut nodig hebben om het programma te gaan gebruiken?

4.1 In hoever verwacht u dat tijdens de sessies met uw therapeut over het programma gepraat wordt?

4.2 In hoever verwacht u feedback van uw therapeut over uw werk met het programma ?

Bijlage 5: Informed Consent

Toestemmingsverklaringsformulier

Titel onderzoek: Ervaringen met Karify

Verantwoordelijke onderzoeker: Lena Koslowski

In te vullen door de deelnemer:

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik begrijp dat het audiomateriaal uitsluitend voor analyse zal worden gebruikt.

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

Naam deelnemer:

Datum:

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.

Naam onderzoeker:

Datum:

Handtekening onderzoeker:

Bijlage 6: Tabel 2 aangevuld met quotes voor iedere subcode

Hoofdcategorieën	Subcodes	Aantal personen	Quote
Positieve ervaringen	programma als ondersteuning	5	“Je kan, net als een boek, je kann dat even bij pakken”
	gevoel niet alleen met klachten te zijn	1	“Maar als je het leest en je komt bij een paniekaanval of met iets naast in een situatie, dan is het, kann je het een beetje samen doen.”
	aanvullende informatie	2	“En de aanvullende informatie is ook wel interessant.”
Negatieve ervaringen	onvoldoende uitleg binnen programma	3	“Ik denk als je van tevoren niet precies weet wat het inhoudt dat het niet helemaal duidelijk is hoe je dat in moet vullen.”
	inhoud niet aangepast op cliënt	1	“Maar voor mij was het zo lastig om het in te vullen dat het voor mij...ja...ging het niet goed.”
	onduidelijke opties	1	“Dat laatste stukje dat daar boven extra opties komen en onder en dan is onduidelijk wat je kunt kiezen. “
	drempel door inloggen	1	“Ik denk wel dat er een drempel is omdat je moet inloggen.”

Verbeterpunten	meer uitleg	3	“Ja dat (tutorial) zou handig zijn.”
	alternatieve opdrachten	2	“Als dat programma niet werkt of blijkt dat je er moeite mee hebt dat je dan kunt overstappen naar een andere opdracht.”
	mogelijkheid om dingen later toe te voegen	2	“Dan zou je het op moeten schrijven en later invullen.”
Gebruiksvriendelijkheid	toepassing op technische vaardigheden van gebruiker	5	“Ja, ik denk dat mij dat (gebruik technologie) wel zou lukken.”
	begrijpelijkheid vakbegrippen	5	“Ik heb geen woorden gehad waar ik dacht van wat staat daar.”
	overzichtelijke structuur	5	“Het is heel overzichtelijk.”
Extrinsieke motivatie door programma	opmaak	2	“Dat ziet er wel goed uit.”
	toepassing op eigen klachten en behoeften	3	“Het is zo herkenbaar.”
	herinnering aan taken	5	“Misschien iedere dag een herinnering van denk aan mij of zo.”
	personaliseren van programma	1	“Dat het persoonlijker wordt.”
	feedback binnen	2	“Als de opdrachten heel

	programma			lang zijn zou mijn concentratie zo veer naar beneden zijn dat ik denk, ah feedback ga ik niet meer lezen.”
Extrinsieke motivatie door therapeut	uitslag binnen sessies gebruiken	5		“Ik denk dat het wel belangrijk is dat als je een onderdeel hebt gehad en je bent er thuis met bezig geweest dat er zowiezo een paar minuten aan wordt gespendeerd in het volgende gesprek.”
	leidraad geven	2		“Maar dat je ook echt zo’n soort leidraad hebt ook samen met je therapeut.”
	voordelen verduidelijken	1		“En dat ook de voordelen, zeg maar, daarvan naar voren komen.”
	dieper op antwoorden ingaan	3		“Ik denk dat jij dieper op dingen dan in zou kunnen gaan “
	informatie delen	1		“ Maar als dat stukje, dat is natuurlijk haar eigen korte analyse, maar ik zou het toch fijn vinden als dat daar ook op komt te staan.”
	op de hoogte blijven van werk binnen programma	3		“Kijk ik wil dat er altijd wel naar gevraagd wordt. Ik heb gezien dat je dat en dat heb ingevuld.”

contact binnen programma	1	“Tets van dat je mailcontact kan hebben via dat.”
-----------------------------	---	---
