

UNDERSTANDING UNEXPLAINED SYMPTOMS

WITH

eHEALTH

Een inventarisatie van problemen en behoeften van zorgprofessionals en patiënten in het SOLK-traject en welke rol eHealth daarin kan spelen



Kayleigh Bood

Understanding unexplained symptoms with eHealth

Een inventarisatie van problemen en behoeften van zorgprofessionals en patiënten in het SOLK-traject en welke rol eHealth daarin kan spelen

Auteur	Kayleigh Bood
Studentnummer	S1383248
Opleiding	Master Gezondheidspsychologie
Instelling	Universiteit Twente, Enschede Faculteit Gedragwetenschappen Vakgroep Psychologie, Gezondheid & Technologie In opdracht van Universitair Centrum Psychiatrie, Groningen
Begeleiders	Dr. Annemarie Braakman-Jansen (Universiteit Twente) Dr. Olga Kulyk (Universiteit Twente) Prof. Dr. Judith Rosmalen (Universitair Centrum Psychiatrie Groningen)
Plaats en datum	Enschede, donderdag 14 juli 2016

UNIVERSITEIT TWENTE.



umcg

Universitair Centrum
Psychiatrie

SUMMARY

Background: Medically unexplained symptoms (MUPS) are a common occurrence in general practice. Patients feel misunderstood and GPs struggle with how patients do not wish to see the psychological causes of their symptoms. eHealth poses a possible solution for the problems that occur with MUPS. A model to develop eHealth is the CeHRes Roadmap. De scope of this research was the web application 'Grip op klachten' which is meant to support MUPS patients and GPs.

Aim: The aim of this research was to investigate the problems and needs of patients, GP's and GP nurses and how the web application 'Grip op klachten' can offer support.

Method: In the contextual inquiry patients and GP staff were interviewed to investigate their problem and needs. Additionally possible advantages and barriers of use of questionnaires, symptom diaries and eHealth were investigated. These insights were translated to requirements, personas, use-case scenarios and design elements. For persuasive profiling questionnaires were used to measure persuadability. The personas and design elements were formative evaluated with potential users using card sorts, q-sorts and interviews. The method of paper prototyping was used to develop a design which was formative evaluated with potential users. For this evaluation participants had to complete task with the paper prototype.

Results: In the *contextual inquiry* it became clear that patients often feel misunderstood, desire control over their unpredictable symptoms and want to learn to set boundaries. GP staff indicated that patients are often focused on the physical symptoms, want to make the patient aware of the psychosocial factors and want tools for patients to learn self-management skills. With the eHealth application patients and healthcare professionals expect to gain new insights in MUPS and relevant factors. In the *value specification* requirements were gathered for the application. The four personas were evaluated with GPs showing that the personas represented the user groups well. Using the results of persuasive profiling and additional literature persuasive strategies were chosen: authority, trustworthiness, suggestions, personalization and selected tunneling. The list drawn up of design elements and the use-case scenarios were used in the pre-design phase to paper prototype. In the formative evaluation the participants were mostly successful in completing a task. Participants sometimes had trouble finding elements and found the use of colors pleasing.

Conclusion: This study provides useful points for improvement of the eHealth application 'Grip op klachten' and gives suggestions on how to integrate persuasive strategies in the design.

SAMENVATTING

Achtergrond: Somatische Onvoldoende verklaarde Lichamelijk Klachten (SOLK) komen veel voor en veroorzaken leed bij patiënten. Wanneer patiënten hulp zoeken ervaren zij vaak onbegrip. Huisartsen ondervinden dat patiënten focussen op de somatiek en geen psychologische interventie willen. Een mogelijke oplossing is eHealth technologie. Een model voor de ontwikkeling van eHealth is de CeHRes Roadmap. De focus lag op de eHealth-toepassing 'Grip op klachten' dat voor zorgprofessionals en patiënten wat ondersteuning biedt in het SOLK-traject.

Doel: Het doel van het onderzoek was om een inventarisatie te maken van de problemen en behoeften van patiënten en zorgprofessionals in het SOLK-traject en te onderzoeken hoe de eHealth-toepassing 'Grip op klachten' hier op kan aansluiten.

Methode: In de *contextual inquiry* werd met behulp van interviews in kaart gebracht wat de problemen en behoeften waren van SOLK-patiënten en zorgprofessionals. Ook werd er gevraagd naar voordelen en barrières voor gebruik van vragenlijsten, dagboeken en eHealth. In de tweede fase *value specification* werd er een vertaalslag gemaakt naar persona's, requirements, use-case scenario's en ontwerpelementen. Ook werden in het kader van *persuasive profiling* een vragenlijst afgenomen bij potentiële gebruikers. De persona's en ontwerpelementen werden geëvalueerd met gebruikers door middel van card sorts, q-sorts en interviews. In de *pre-design* fase werd de verzamelde data uit de vorige fasen gebruikt om te paper prototypen. Deze ontwerpen werden geëvalueerd met potentiële gebruikers door hen met het paper prototype taken te laten uitvoeren.

Resultaten: In de *contextual inquiry* werd duidelijk dat patiënten zich vaak onbegrepen voelen, graag meer grip willen op hun onvoorspelbare klachten en willen leren grenzen te stellen.. Zorgprofessionals gaven aan dat patiënten vaak op de somatiek zijn gefocust en wensen tools om de patiënt bewust te maken van psychosociale factoren en zelfmanagement vaardigheden te leren. Met de eHealth-toepassing denken patiënten en zorgprofessionals inzicht te krijgen in de SOLK en de factoren die hier bij een rol spelen. In de *value specification* zijn requirements opgesteld voor de toepassing. De vier ontwikkelde persona's werden geëvalueerd met huisartsen waaruit bleek dat deze de gebruikersgroepen goed presenteerde. Op basis van *persuasive profiling* en de literatuur werden de persuasieve strategieën *authority*, *trustworthiness*, *suggestions*, *personalization* en *tunneling* gekozen. De opgestelde lijst van ontwerpelementen en de use-case scenario's werden in de *pre-design* fase gebruikt bij het paper prototyping. Bij de formatieve evaluatie hiervan waren de participanten meestal succesvol bij het voltooien van een taak. Participanten hadden soms moeite met het vinden van onderdelen en vonden het gebruik van kleuren prettig.

Conclusie: Dit onderzoek biedt bruikbare aandachts- en verbeterpunten voor de eHealth-toepassing 'Grip op klachten' en geeft suggesties hoe persuasieve strategieën te integreren in het design.

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING.....	8
ACHTERGROND.....	10
1. Somatische Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten.....	10
2. Verklaringsmodellen voor SOLK	11
3. Patiëntgerichte communicatie	13
4. SOLK en eHealth	14
5. Ontwikkelen van eHealth.....	16
6. Persuasive Design Technology	18
7. Toepassing ‘Grip op klachten’	20
8. Onderzoeksdoel en onderzoeksvragen	20
METHODE.....	22
Onderzoeksdesign	22
Participanten.....	22
1. Contextual inquiry	23
1. Value specification.....	24
2.1 Values van stakeholders	24
2.2 Values en requirements van patiënten en zorgprofessionals.....	24
2.3 Persona’s	25
2.3.1 Formatieve evaluatie van de persona’s.....	25
2.4 Persuasive profiling	25
2.5 Use-case scenario’s.....	26
2.5 Ontwerpelementen	26
2.5.1 Formatieve evaluatie: Card sort	26
2.5.2 Formatieve evaluatie: Q-sort.....	27
3. Pre-design	28
3.2 Paper prototyping	28
3.2.1 Formatieve evaluatie van paper prototype	28
RESULTATEN	29
1. Contextual inquiry	29
1.1 Perspectief van de zorgprofessional	29
1.1.1 Deelgenomen zorgprofessionals.....	29
1.1.2 Problemen en behoeften in het SOLK-traject	29
1.1.3 Vragenlijsten en dagboeken	30
1.1.4 eHealth	30
1.1.5 Demo ‘Grip op klachten’	31

1.2 Perspectief van de SOLK-patiënt	43
1.2.1 Deelgenomen SOLK-patiënten.....	43
1.2.2 Problemen en behoeften in het SOLK-traject	43
1.2.3 Dagboeken.....	44
1.2.4 eHealth	44
1.2.5 Demo 'Grip op klachten'	44
2. Value specification.....	52
2.1 Belangrijke values van stakeholders	52
2.2 Requirements van zorgprofessionals en SOLK-patiënten.....	52
2.3 Persona's	56
2.3.1 Formatieve evaluatie persona's	57
2.4 Persuasive profiling	61
2.5 Use-case scenario's.....	62
2.6 Ontwerpelementen	62
2.5.1 Card sort	62
2.5.2 Q-sort.....	67
3. Pre-design	71
3.1 Paper prototyping	71
3.1.1 Formatieve evaluatie paper prototype.....	74
DISCUSSIE	76
De onderzoeksresultaten in context van de literatuur	76
De relevantie van dit onderzoek	78
REFLECTIE EN AANBEVELINGEN	79
CONCLUSIE	82
DANKWOORD.....	83
REFERENTIES.....	84
BIJLAGEN	91
1. Informatiebrochure en informed consent	91
2. Interviewschema voor contextual inquiry	94
3. Demo Grip op klachten.....	95
4. Draaiboek card sort bijeenkomst	97
5. Persuasieve strategieën en bijhorende items	100
6. Draaiboek gebruikerstests	102
7. Persona van Henny Schurink.....	106
8. Persona van Geert van de berg	107
9. Persona Bea Smit	108
10. Use-case scenario's.....	109

11. Overzicht ontwerpelementen en bijhorende secties van het codeboek	113
12. Tabellen q-sort	117
13. Mock-ups	118

INLEIDING

Wanneer er voor langere tijd sprake is van lichamelijke klachten die niet of onvoldoende kunnen worden verklaard wordt er gesproken van Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten, oftewel SOLK. In deze situatie kan de huisarts gebruik maken van de Nederlandse Huisartsen Genootschap - standaard SOLK (Olde Hartman et al., 2013a). In de standaard worden drie doelstellingen omschreven die belangrijk zijn bij SOLK. Deze doelstellingen zijn: 1) het komen tot een heldere probleemdefinitie die door zowel de patiënt als de huisarts kan worden geaccepteerd, 2) het verminderen van onrust en hinder bij de patiënt ondanks het voordoen van de klachten en 3) het functioneren van de patiënt op somatisch, cognitief, emotioneel, gedragsmatig en sociaal gebied te verbeteren.

Het realiseren van deze doelstellingen verloopt in de praktijk echter moeizaam. Wanneer de patiënt op consult komt beschrijft hij zijn klachten in een chaotisch verhaal (Peters et al., 2009) waar de huisarts geen structuur in aanbrengt (Olde Hartman et al., 2013b). Het is vervolgens voor de huisarts lastig om aan de patiënt uit te leggen hoe SOLK tot stand kunnen komen (Wileman, May, & Chew-Graham, 2002). De huisarts probeert de patiënt ervan te overtuigen dat SOLK ook psychosociale oorzaken kan hebben maar slaagt hier niet in (Olde Hartman, Hassink-Franke, Lucassen, van Spaendonck, & van Weel, 2009b ; Stone, 2014). Hierop reageert de patiënt defensief omdat hij ervan overtuigd is dat er lichamelijk wat mis is met hem (Olde Hartman et al., 2009b ; Peters et al., 2009). Veel patiënten blijven dan vaak ook opzoek naar een somatische verklaring voor hun klachten. Zij laten zich vele malen onderzoeken en behandelen wat leidt tot hoge zorgkosten (Zonneveld, Sprangers, Kooiman, van't Spijker, & Busschbach, 2013). Zodoende wordt er niet voldaan aan de eerste doelstelling doordat de huisarts en de patiënt niet tot een acceptabele probleemdefinitie komen. De patiënt zal zich hierdoor niet begrepen voelt door zijn huisarts (Malterud, 2000; Peters et al., 2009). Daarnaast ervaart de patiënt als gevolg van de achteruitgang van zijn fysieke gezondheid een vermindering van zijn kwaliteit van leven (Koch et al., 2007; Zonneveld et al., 2013). Dit kan samengaan met hoge mate van psychisch lijden (psychological distress). Patiënten kunnen daarnaast door verlies van hun mobiliteit sociaal geïsoleerd raken (Dirkzwager & Verhaak, 2007). Er is dan dus sprake van onrust en hinder waardoor er dus ook niet wordt voldaan aan de tweede doelstelling. Het is evenzeer voor de huisarts lastig te bepalen welke interventie geschikt is voor de patiënt. De populatie SOLK-patiënten is een heterogene groep met verschillende achtergronden en soorten klachten. Waardoor algemene interventies bij deze groep niet lijken te werken (Aamland, Malterud, & Werner, 2014). Bovendien staan patiënten niet altijd open voor een psychologische interventie, mogelijk komt dit door het sociale stigma wat hangt rondom psychische klachten (Freidl et al., 2007; Reid, Whooley, Crayford, & Hotopf, 2001). Dit leidt ertoe dat de derde doelstelling wederom niet wordt gerealiseerd.

Er gaan dus verschillende dingen mis in het SOLK-traject. Een mogelijke oplossing voor deze problemen is de inzet van communicatie- en informatietechnologieën ter ondersteuning en verbetering van zorg en welzijn. Deze toepassing van technologie wordt eHealth genoemd en kan als volgt worden omschreven:

"eHealth 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)

Deze communicatie- en informatietechnologieën kunnen in verschillende vormen en plekken worden ingezet. Er kan dan gedacht worden aan webapplicaties, elektronische cliëntendossiers, robotica en meer (Krijgsman & Klein Wolterink, 2012). De inzet van eHealth maakt zorg toegankelijker voor een groot publiek. Dit doet eHealth doordat het op afstand werkbaar is, waardoor allerlei sociale, economische en geografische barrières worden verkleind (Van Gemert-Pijnen et al., 2013). Voor SOLK-patiënten zou het met eHealth makkelijker kunnen worden het sociale stigma rondom psychologische zorg te overbruggen. Dit kan bijvoorbeeld door via een eHealth-toepassing patiënten bruikbare vaardigheden te leren zonder dat hij hiervoor een psycholoog moeten bezoeken. Daarnaast kunnen patiënten met eHealth zich verdiepen in informatie die voor hun situatie relevant is (Ball & Lillis, 2001). Door middel van bijvoorbeeld een informatieve website over SOLK zou een patiënt betrouwbare informatie met betrekking tot zijn situatie kunnen vinden. Vervolgens zou een patiënt in gesprek kunnen gaan met lotgenoten en zorgprofessionals over de verschillende behandelmogelijkheden (Lechner, Mesters, & Bolman, 2010). Via social media en forums zijn er verschillende mogelijkheden voor patiënten om in contact te komen met lotgenoten. Ook kan de patiënt door middel van een videoconsult contact in contact kunnen komen met zorgprofessional. eHealth zorgt ervoor dat patiënten een actievere rol gaan spelen in hun eigen gezondheid en zorgprofessionals een ondersteunende rol aannemen (McMullan, 2006). Voor de zorgprofessional kan eHealth ook voordelig zijn. Zo biedt het verschillende eHealth-toepassingen als een beslissingsondersteunend systeem of digitalisering van vragenlijsten. Deze toepassingen kunnen het zorgproces efficiënter maken en informatie voor zorgprofessionals toegankelijker maken (Black et al., 2011). Bovendien kunnen er ook kosten en tijd worden bespaard met deze tools (Andreassen, Trondsen, Kummervold, Gammon, & Hjortdahl, 2006; Elbert et al., 2014; Eysenbach, 2001). Daarnaast biedt het de mogelijkheid de gezondheid van de patiënt op afstand te volgen via bijvoorbeeld een activiteitenmeter die verbonden is met een bluetooth. Hiermee kan er ook ter plekke op maat gemaakte (getailored) feedback worden

gegeven aan de patiënt (Ahern, Woods, Lightowler, Finley, & Houston, 2011). Een SOLK-patiënt met vermoeidheidsklachten zou bijvoorbeeld het aantal uren die hij slaapt, zijn activiteitenpatroon en zijn SOLK kunnen monitoren via een mobiele app. Deze data kan de zorgprofessional helpen inzicht te krijgen in de factoren die er spelen bij de patiënt. De data zou daarnaast kunnen worden gebruikt om patronen en samenhangen tussen relevante factoren te identificeren die kunnen worden gebruikt bij het geven van op maat gemaakte feedback. eHealth is dus meer dan alleen technologie. Het is de innovatie van de zorg en een nieuwe manier van zorgverlening met eHealth (Van Gemert-Pijnen et al., 2013).

ACHTERGROND

De volgende paragrafen gaan dieper in op de verschillende onderwerpen uit de inleiding. Allereerst zal er meer informatie worden gegeven over SOLK en enkele verklaringsmodellen worden beschreven. Vervolgens wordt er aandacht besteed aan patiëntgerichte communicatie en het belang hiervan bij SOLK. Aansluitend eHealth aan bod komt, waar het zal gaan over het huidige eHealth aanbod in het SOLK-traject en welke kansen hier liggen nog liggen. Daaropvolgend wordt beschreven welke aspecten belangrijk zijn bij de ontwikkeling van eHealth en welk model er in dit onderzoek wordt gebruikt. Ook wordt uitgelegd wat Persuasieve design technologie is en waarom dit belangrijk is in het onderzoek. Tot slot is er aandacht voor het project dat in dit onderzoek centraal staat.

1. Somatische Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten

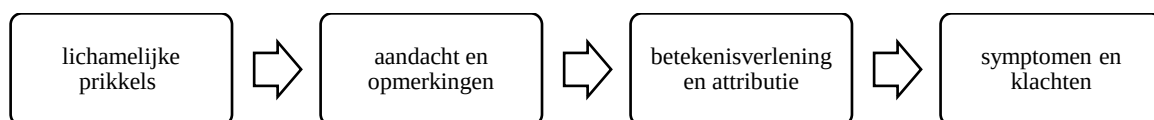
Lichamelijke klachten zijn vaker SOLK dan zou worden verwacht. Afhankelijk van de definitie die wordt aangehouden heeft SOLK een prevalentie die ligt tussen de 2,5 à 30 procent (Hilderink, Collard, Rosmalen, & Voshaar, 2013; Steinbrecher, Koerber, Frieser, & Hiller, 2011a; Van der Weijden, Van Velsen, Dinant, Van Hasselt, & Grol, 2003). De syndromen fibromyalgie, prikkelbare darmsyndroom (PDS) en chronisch vermoeidheidsyndroom (CVS) waar SOLK vaak onder worden geschaard hebben een prevalentie van 13 procent in de huisartsenpraktijk (De Waal, Arnold, Eekhof, & van Hemert, 2004). Het zijn voornamelijk vrouwen die SOLK hebben, tussen de 57 à 74 procent van de SOLK-patiënten is vrouw (Koch et al., 2007; Nimnuan, Hotopf, & Wessely, 2001; Verhaak, Meijer, Visser, & Wolters, 2006). De prevalentie ligt het hoogst in de leeftijdscategorie van 40 tot 64 jaar (Hilderink et al., 2013; Koch et al., 2007).

Een groot deel van de SOLK-patiënten herstellen binnen een korte tijd van hun klachten. Meer dan de helft van de patiënten is binnen de eerste zes tot vijftien maanden van de klachten af (Olde Hartman et al., 2009a). Andere patiënten herstellen minder snel of hebben op de langere termijn opnieuw

klachten (Nijrolder, van der Windt, & van der Horst, 2008). Bij minder dan een derde van de patiënten verergeren de klachten (Olde Hartman et al., 2009a) en bij slechts een kwart van de SOLK-patiënten zijn de klachten chronisch (Koch et al., 2007; Verhaak et al., 2006). De prognose voor SOLK lijkt in het bijzonder afhankelijk te zijn van het aantal klachten en de impact van de klachten, waarbij mensen met meerdere en ernstige klachten minder snel herstellen (Olde Hartman et al., 2009a; Steinbrecher & Hiller, 2011b).

2. Verklaringsmodellen voor SOLK

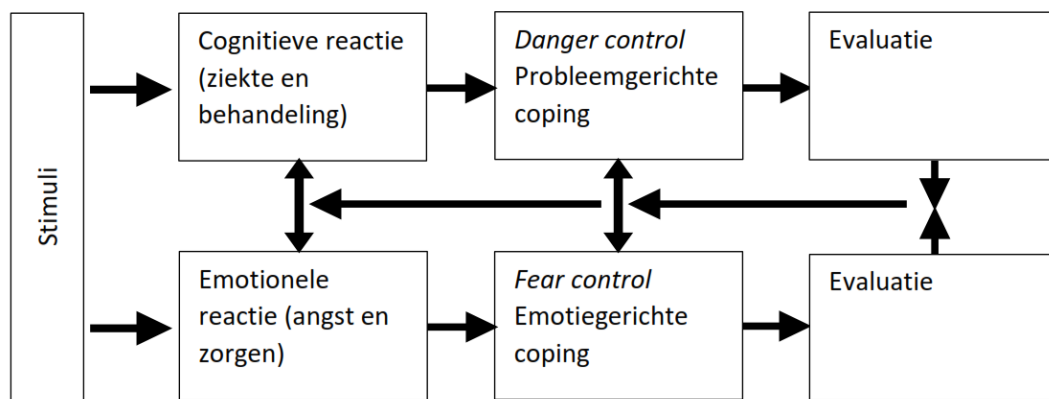
Wetenschappelijk onderzoek biedt nog geen verklaring voor het ontstaan van SOLK. De manier waarop die lichamelijke prikkels worden waargenomen en worden vertaald lijken samen te gaan met het ontstaan van SOLK. Zo zou een negatieve stemming, selectieve aandacht en het aanhouden van een somatische attributie van lichamelijke prikkels een rol kunnen spelen (Kolk, Hanewald, Schagen, & Gijsbers van Wijk, 2003; Rief & Isaac, 2007). Het Symptoomperceptie Model verschaft inzicht in het proces van lichamelijke prikkel naar klacht (Van Wijk & Kolk, 1997). Het model is weergegeven in Figuur 1 (Lechner et al., 2010). Volgens dit model wordt niet elke prikkel opgemerkt omdat de capaciteit hiervoor beperkt is. De sterkte en de aard van een prikkel bepalen of deze worden opgemerkt. In het geval van SOLK kan selectieve aandacht voor lichamelijke prikkels ervoor zorgen dat er geen aandacht is voor andere dingen. De betekenisverlening en attributie is vervolgens afhankelijk van verschillende cognitieve processen die onderwijl plaatsvinden. Het gaat hierom de ervaringen en opvattingen van een individu die de betekenisverlening beïnvloedt. Deze betekenisverlening resulteert uiteindelijk in de klacht. Een negatieve gemoedstand als gevolg van bijvoorbeeld een negatieve levensgebeurtenis en een somatische attributie kan ertoe leiden dat klachten onjuist worden geattribueerd aan somatische oorzaken.



Figuur 1 Symptoomperceptie Model. Herdrukt van *Gezondheidspsychologie bij patiënten* (p. 154), door L. Lechner, I. Mesters, & C. Bolman, 2010, Assen, Van Gorcum. Copyright 2010 bij Van Gorcum.

Als gevolg van een klacht zal de patiënt actie ondernemen om deze bedreiging voor zijn gezondheid onder controle te krijgen. Het *Common Sense Model* (CSM) van Leventhal, Brissette en Leventhal (2003) omschrijft dat dit gedrag ontstaat uit twee processen die er plaatsvinden. Het model die is weergegeven in Figuur 2 (Lechner et al., 2010, p. 163) laat zien dat er een emotionele en een cognitieve reactie plaatsvindt. Deze reacties ontwikkelen zich tot percepties en strategieën om met die klacht om te gaan. De emotionele reactie brengt angst en zorgen teweeg bij de patiënt, die de patiënt volgens het CSM onder controle probeert te krijgen. Dit wordt *fear control* genoemd, maar kan

ook worden omschreven als een vorm van emotiegerichte coping (Lazarus & Folkman, 1984). Bij deze strategie kan gedacht worden aan vermijdingsgedrag, het zoeken van afleiding of het nemen van medicatie. De cognitieve reactie leidt tot het ontstaan van ziektepercepties. De ziektepercepties betreffen opvattingen over de symptomen, de oorzaak, de duur, de gevolgen en de controle die de patiënt heeft over de ziekte. Het gaat hier dus om de concrete bedreigingen waar de patiënten controle over wenst te krijgen. In het CSM heet dit *danger control* en deze strategie kan worden omschreven als probleemgerichte coping (Lazarus & Folkman, 1984) waaronder bijvoorbeeld het zoeken van informatie of een bezoek aan de huisarts kan worden verstaan.



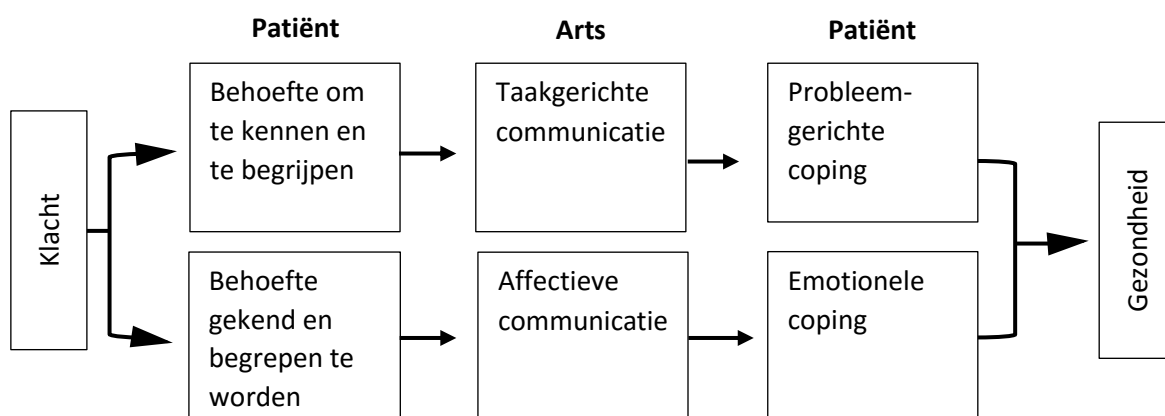
Figuur 2 Het Common Sense Model. Herdrukt van *Gezondheidspsychologie bij patiënten* (p. 163), door L. Lechner, I. Mesters, & C. Bolman, 2010, Assen, Van Gorcum. Copyright 2010 bij Van Gorcum.

Onderzoek laat zien dat ziektepercepties van invloed zijn op de coping en uitkomsten bij verschillende chronische ziekten (Burton, 2003) en zo ook bij SOLK. Fibromyalgie patiënten hebben bijvoorbeeld vaak negatieve overtuigingen over de consequenties van hun klachten en begrijpen niet goed wat fibromyalgie is. Zij zijn er daarnaast vaak van overtuigd dat fibromyalgie een chronische aandoening is waar zij weinig controle over hebben (Van Ittersum, Van Wilgen, Hilberdink, Groothoff, & Van der Schans, 2009). Door deze onjuiste perceptie en overtuigingen maken SOLK-patiënten vaker gebruik van een passieve copingstijl wat de klachten in stand kan houden (Heijmans, 1998).

Om te zorgen dat patiënten goed omgaan met die emotionele en cognitieve reactie kunnen zij ondersteuning krijgen van de huisarts. In de inleiding werd al vastgesteld dat tijdens het consult er verschillende communicatieproblemen zich voordoen. In de volgende paragraaf komt aan bod wat voor communicatie er nodig is bij SOLK.

3. Patiëntgerichte communicatie

Wanneer de patiënt ervoor kiest zijn huisarts te bezoeken vindt hij het belangrijk dat de huisarts goed naar hem luistert. De patiënt heeft ook de behoefte serieus te worden genomen en dat de huisarts open en eerlijk is (Van den Brink-Muinen & Van Dulmen, 2004). Om aan te sluiten op deze behoeften kan de huisarts gebruik maken van het model voor patiëntgerichte communicatie (Engel, 1992). De basis van dit model zijn twee fundamentele behoeften. Allereerst gaat het om de *behoefte om te kennen en te begrijpen*. Dit houdt in dat de patiënt begrijpt wat zijn klacht is en weet wat hij eraan kan doen. Ten tweede heeft de patiënt *de behoefte om gekend en begrepen te worden*. Wat betekent dat de patiënt zich gehoord en serieus genomen voelt (Engel, 1992). Het model weergegeven in Figuur 3 (Lechner et al., 2010, p. 114) verbindt patiëntgerichte communicatie met de Stress en Coping theorie (Lazarus & Folkman, 1984). Er wordt onderscheid gemaakt tussen affectieve en taakgerichte communicatie en emotionele en probleemgerichte coping die ook onderdeel zijn van het CSM. De cognitieve en emotionele reactie uit het CSM hebben bovendien ook overeenkomst met de twee fundamentele behoefte van het model voor patiëntgerichte communicatie. Dit betekent dat de cognitieve reactie die overeenkomt met de behoefte om te kennen en te begrijpen door de huisarts kan worden ondersteunt met taakgerichte communicatie om probleemgerichte coping te bevorderen. Onder taakgerichte communicatie wordt bijvoorbeeld het verstrekken van informatie en het stellen van doel verstaan. Er is daarnaast de emotionele reactie die samenhangt met de behoefte gekend en begrepen te worden waarbij de huisarts gebruik kan maken van affectieve communicatie om emotionele coping te bevorderen. Bij deze vorm van communicatie kan worden gedacht aan empathie tonen, actief luisteren en reflecteren.



Figuur 3 Theoretisch model voor patiëntgerichte communicatie. Herdrukt van *Gezondheidspsychologie bij patiënten* (p. 114), door L. Lechner, I. Mesters, & C. Bolman, 2010, Assen, Van Gorcum. Copyright 2010 bij Van Gorcum.

Deze vormen van communicatie zijn nodig tijdens het consult. De taakgerichte communicatie kan een rol spelen bij het vormen van de ziekteperceptie bij de klacht. Aangezien een onjuiste

ziekteperceptie kan leiden tot een passieve copingstijl is het van belang dat ook deze vorm van communicatie wordt ingezet door de huisarts. Bovendien zorgt affectieve communicatie ervoor dat fibromyalgie patiënten minder klachten rapporteren en dat hun kwaliteit van leven verbeterd (Kaptchuk et al., 2008; Lobo, Pfalzgraf, Giannetti, & Kanyongo, 2014). De vraag is vervolgens hoe het huidige eHealth aanbod aansluit op de problemen en behoeften van patiënten en zorgprofessionals in het SOLK-traject. Dit wordt in de volgende paragraaf besproken.

4. SOLK en eHealth

Het eHealth aanbod in het SOLK-traject is beperkt. Voor SOLK-patiënten zijn er enkele eHealth technologieën beschikbaar. Een voorbeeld hiervan is Pocket Energy. Deze mobiele applicatie (zie Figuur 4) richt zich op CVS-patiënten en helpt de gebruiker om op een gezonde wijze zijn energie te verdelen door zijn energieniveau, activiteiten, klachten en welzijn te monitoren. Met grafieken en



Figuur 4 Pocket Energy. Herdrukt van *Pocket Energy app website*, 2016, via <http://www.pocketenergy-app.com/#overdeapp>, Copyright 2016 door Pocket Energy app.

tabellen geeft de applicatie de gebruiker inzicht waar zijn mentale en fysieke grenzen liggen en waar de optimale balans tussen rust en activiteit ligt. Vergelijkbare mobiele applicaties zijn Fibromapp en TummyTrends die zich richten op aspecten die relevant zijn voor patiënten met fibromyalgie en PDS. Een voorbeeld van een web interventie is de Zwitserse ONESELF die voor fibromyalgie patiënten is ontworpen. Deze web interventie beoogt zelfmanagement en gezondheids-uitkomsten te verbeteren door gepersonaliseerde informatie aan te bieden en de *empowerment* te vergroten door middel van online sociale ondersteuning. Onderzoek naar deze interventie laat zien dat voornamelijk de inzet van

gepersonaliseerde informatie leidde tot meer kennis, beweging en het gebruik van medicatie (Camerini, Camerini, & Schulz, 2013).



Figuur 5 Web interventie ONESELF, Herdrukt van ONESELF website, 2016 via <http://www.oneself.ch/>, Copyright 2016 door ONESELF

Het huidige eHealth aanbod sluit onvoldoende aan op de problemen en behoeften van patiënten en zorgprofessionals. Het tele-monitoren van klachten met bijvoorbeeld Pocket Energy kan zeker waardevol zijn. Echter focussen deze mobiele applicaties zich voornamelijk op de somatische kant van SOLK en blijven de psychische en sociale aspecten onbelicht. En hoewel de patiënt door de applicaties bewust wordt gemaakt van een disbalans in bijvoorbeeld activiteit en rust, worden er geen suggesties gegeven hoe hiermee om te gaan. De applicaties zijn dus maar in beperkte mate interactief en bieden behalve zelfmonitoring geen verdere ondersteuning bij problemen die SOLK-patiënten ervaren. De mobiele applicaties hebben daarnaast maar geringe aansluiting op de problemen en behoeften van gebruikers zoals die naar voren komen in de literatuur. Wanneer eHealth niet aansluit op de gebruiker en zijn context kan dit een lage opname van de technologie als gevolg hebben (Bloom, 2002; Eysenbach, 2008; Van Gemert-Pijnen et al., 2011). Er is daarom een Human Centered Design benadering (Gould & Lewis, 1985) nodig. Deze benadering omschrijft de ontwikkeling van technologie als een iteratief proces waarbij potentiële gebruikers worden betrokken. Door met potentiële gebruikers van al in een vroeg stadium te betrekken helpt ontwikkelaars een product of service af te

stemmen op hoe gebruikers deze denken te gebruiken. De web interventie ONESELF is een voorbeeld hiervan waarbij patiënten en zorgprofessionals werden betrokken bij het ontwerpen en evalueren van de interventie. Daarentegen is de primaire functie van deze technologie informeren en pakt het niet de problemen tijdens het consult aan. Een ander probleem met de mobiele applicaties is dat gebruikers niet gemotiveerd worden om de applicatie te gebruiken. Terwijl er een dagelijkse inspanning nodig is om inzicht in de klachten te krijgen. Wanneer gebruikers niet worden gemotiveerd kan dit ertoe leiden dat zij na verloop van tijd stoppen met het gebruiken van de applicatie, zoals bij meer eHealth technologie dit voorkomt (Van Gemert-Pijnen et al., 2011). Daarom is het nodig eHealth technologie persuasief te maken zodat de gebruiker gemotiveerd wordt. Een model als het Persuasive System Design Model (Oinas-Kukkonen & Harjuma, 2009) kan hierbij worden gebruikt. Er kan dan worden gedacht aan gepersonaliseerde informatie zoals in de web interventie ONESELF, de inzet van een virtuele coach of een beloningssysteem om gebruikers te motiveren.

Geen van de benoemde aspecten staan op zichzelf. Het is daarom ook dat Van Gemert-Pijnen et al. (2013) stelt dat een holistische benadering nodig is om ervoor te zorgen dat eHealth zowel toegankelijk, acceptabel, beheersbaar als uitvoerbaar is. Een model die een holistische en Human Centered Design benadering samenbrengt wordt in de volgende paragraaf beschreven.

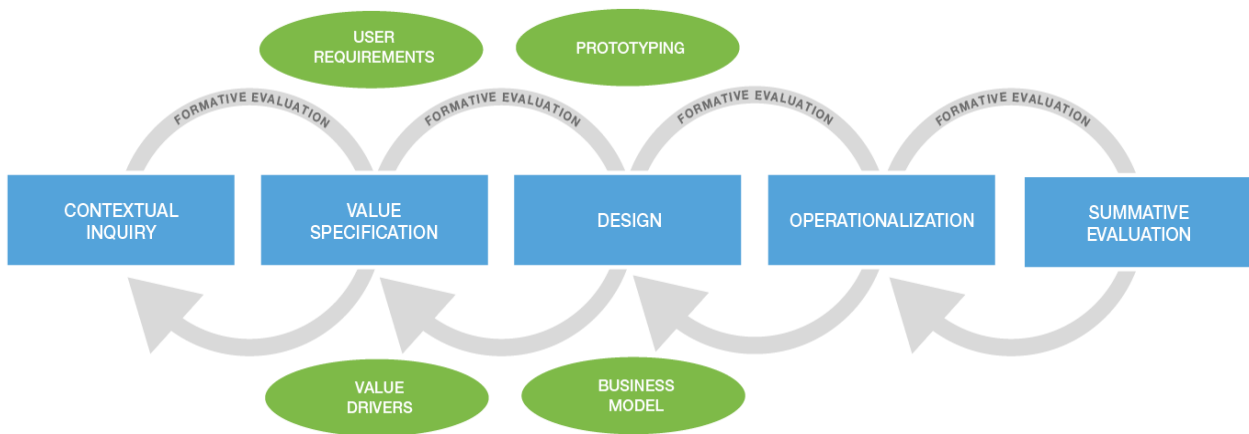
5. Ontwikkelen van eHealth

Het model dat een holistische aanpak en componenten van de Human Centered Design samenbrengt is de CeHRes Roadmap (Van Gemert-Pijnen et al., 2011). Het is gebaseerd op vijf principes die cruciaal zijn voor de opname en impact van eHealth (Van Gemert-Pijnen et al., 2013, p. 34). Deze principes stellen dat eHealth ontwikkeling:

1. Een participatief ontwikkelingsproces is;
2. Een infrastructuur creëert voor verandering van zorg en welzijn;
3. Is verweven met de implementatie;
4. Gepaard gaat met persuasieve design technologie;
5. Continue evaluatie vereist (formatief en summatief).

De CeHRes Roadmap omschrijft het ontwikkelingsproces van eHealth in vijf fasen (zie ook Figuur 6). De eerste fase van dit model is de *contextual inquiry* waarin belangrijke stakeholders worden geïdentificeerd. Potentiële gebruikers kunnen worden geïnterviewd waarbij de topics kunnen worden gebaseerd op LeRouge, Ma, Sneha, and Tolle (2013). Er wordt dan gevraagd naar de problemen en behoeften van potentiële gebruikers en hoe technologie hierin kan bijstaan. Daarnaast wordt er gevraagd welke randvoorwaarden en barrières voor gebruik er zijn bij technologie.

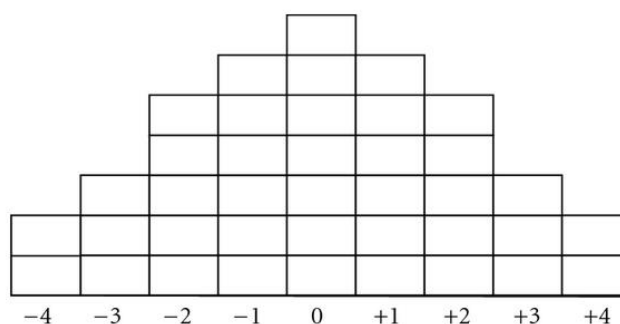
In de tweede fase *value specification* worden de interviews geanalyseerd en wordt er een inventarisatie gemaakt van de problemen en behoeften. Relevante uitspraken over randvoorwaarden en barrières voor gebruik van technologie worden vertaald tot requirements met



Figuur 6 CeHRes Roadmap (Van Gemert-Pijnen, Peters, & Ossebaard, 2013)

bijvoorbeeld de methode van Van Velsen, Wentzel, and Van Gemert-Pijnen (2013). De interviews kunnen verder worden gebruikt om persona's te ontwikkelen.

Dit is een fictieve gebruiker van de beoogde technologie (Pruitt & Grudin, 2003) en kan als hulpmiddel worden gebruikt tijdens het (pre-) designproces (Van Velsen, Gemert-Pijnen, Nijland, Beaujean, & Van Steenberghe, 2012). Om behalve bij de gebruiker ook stil te staan bij de context kunnen er use-case scenario's worden opgesteld (Rosson & Carroll, 2001). Hierin wordt de interactie tussen de gebruiker en het systeem in de gebruikerscontext omschreven (Jacobson, 1992). De verschillende producten van deze fasen kunnen worden gebruikt om ontwerpelementen te formuleren voor de eHealth technologie. Dit zijn elementen ontstaan uit de use-case scenario's die terug kunnen komen in het design. Deze worden formatief geëvalueerd met gebruikers. Dit kan worden gedaan met behulp van een *card sort*, waarmee inzichtelijk wordt hoe gebruikers de ontwerpelementen organiseren en labelen (Spencer, 2009). Een methode om te onderzoeken welke ontwerpelementen van belang zijn is



Figuur 7 Q-sort grid (Herrington & Coogan, 2011)

door middel van een Q-sort (Herrington & Coogan, 2011). Bij deze methode worden participanten gevraagd kaarten (ontwerpelementen) te ordenen naar belangrijkheid in een Q-sort grid zoals weergegeven in Figuur 7.

Vervolgens wordt in de (pre-) *design* fase door middel van prototyping een ontwerp ontwikkeld. Prototyping is het brainstorming, ontwerpen, testen en communiceren van een ontwerp (Snyder, 2009). In dit stadium zal het gaan om een ontwerp in de vorm van bijvoorbeeld schetsen, wat ook wel paper prototyping heet. Er kan gebruik worden gemaakt van pen en papier of een online tool. Het paper prototype wordt dan vervolgens voorgelegd aan een potentiële gebruiker. Het doel hiervan is *iterative refinement*, oftewel door te testen kunnen problemen in het design worden verholpen (Rettig, 1994). Tijdens de evaluatie voeren potentiële gebruikers taken uit die gebaseerd zijn op de use-case scenario's (Dumas & Redish, 1999). Er worden *task scenario* opgesteld waarin een mogelijk situatie geschetst wordt waar een actie (taak) bij hoort die een gebruiker kan tegenkomen. Door het paperprototype te evalueren met potentiële gebruikers kunnen mogelijke problemen in het design worden opgelost. Het paperprototype kan na voldoende evaluatie uiteindelijk worden uitgewerkt tot een werkende versie en opnieuw worden geëvalueerd met potentiële gebruikers.

In de *operationalisation* fase wordt de eindversie van de technologie gelanceerd. Een *business model canvas* en een operationaliseringsplan worden gebruikt om de implementatie en opname van de technologie te sturen. Hier gaat het om bijvoorbeeld de integratie van de technologie in de praktijk en het bieden van training en educatie hoe de technologie te gebruiken.

Tot slot de *summative evaluation* waarin de uiteindelijke opname en impact van de technologie wordt geëvalueerd. Het gaat hierom bijvoorbeeld de kosteneffectiviteit, adherentie onder gebruikers of het effect op gezondheidsuitkomsten als kwaliteit van leven. Om dit te kunnen evalueren is het wel nodig dat gebruikers gebruik maken van een technologie. In de volgende paragraaf komt aan bod hoe hiervoor gezorgd kan worden.

6. Persuasive Design Technology

Om gebruikers te motiveren gebruik te maken van eHealth kan persuasieve technologie worden ingezet. Persuasieve technologie kan worden omschreven als strategieën of technieken om attitudes, gedragingen of rituelen door middel van technologie te beïnvloeden zonder dat er sprake is van dwang of misleiding (Oinas-Kukkonen & Harjumaa, 2009; Van Gemert-Pijnen et al., 2013). Er zijn verschillende strategieën en technieken die kunnen worden gebruikt in eHealth. Zo zijn er de zes principes van meegaandheid van Cialdini (2001). Deze principes kunnen worden gebruikt om een persoonlijk profiel te maken van de strategieën die bij een individu het beste werken (Kaptein, Lacroix, & Saini, 2010). Dit

kan door middel van een vragenlijst en wordt ook wel *persuasive profiling* genoemd. De zes principes zijn:

1. Wederkerigheid: we willen iets terug doen als iemand iets voor ons heeft gedaan;
2. Schaarste: als iets schaars is dan geven mensen het meer waarde;
3. Autoriteit: mensen gehoorzamen eerder mensen met gezag;
4. Toewijding en consistentie: mensen doen wat ze zeggen dat ze gaan doen;
5. Consensus: mensen doen wat anderen doen;
6. Leuk vinden: mensen zijn het eerder eens met mensen die zij leuk vinden.

Een ander model is het *Persuasive System Design* model (Oinas-Kukkonen & Harjumaa, 2009) wat verschillende persuasieve strategieën in vijf categorieën verdeelt. In Figuur 8 is het model weergegeven. De eerste categorie is Primary task support en staat voor de strategieën die gericht zijn op de uitvoering van de primaire taken die de gebruiker vervuld met de technologie. De tweede categorie is Dialogue support behoren strategieën die een rol kunnen spelen bij het dialoog tussen de gebruiker en de technologie. De strategieën uit de categorie Credibility support kunnen helpen bij het vergroten de geloofwaardigheid en betrouwbaarheid van een technologie. En de laatste categorie Social support waar de strategieën onder worden geschaard die te maken hebben met sociale beïnvloeding die een technologie inzet.

Primary task support	Dialogue support	Credibility support	Social support
•reduction •tunneling •tailoring •personalization •selfmonitoring •simulation •rehearsal	•praise •rewards •reminders •suggestion •similarity •liking •social role	•trustworthiness •expertise •surface credibility •realworld feel •authority •third party verifiability	•social learning •social comparison •normative influence •social facilitation •cooperation •competition •recognition

Figuur 8 Persuasive system design model (Oinas-Kukkonen & Harjumaa, 2009)

De strategieën kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het gebruik en effectiviteit van eHealth technologie. Onderzoek door Kelders, Kok, Ossebaard en Van Gemert-Pijnen (2012) toont aan dat het inzetten van elementen uit Dialogue support bijdraagt aan een betere adherentie onder gebruikers. Ook helpt de inzet van Dialogue support de gebruiker kan helpen doelen gesteld met behulp van een technologie te bereiken (Eriksson-Backa, Ek, Niemelä, & Huotari, 2012). De eHealth-

toepassing waarin deze strategieën kunnen worden ingezet wordt in de volgende paragraaf beschreven.

7. Toepassing ‘Grip op klachten’

De focus van dit onderzoek is de eHealth-toepassing Grip op klachten (www.gripopklachten.nl). De doelgroep van deze toepassing zijn zorgprofessionals en SOLK-patiënten en beoogt ondersteuning te bieden bij de management van SOLK.

De toepassing bestaat uit drie stappen die de patiënt doorloopt om een persoonlijk klachtenprofiel op te stellen. De eerste stap is een screening waarbij de patiënt in het toepassing vragenlijsten invult. De screening draagt bij aan de klachtenexploratie en helpt bij het detecteren van angst- of depressie klachten, een angst of depressieve stoornis, een post-traumatische stresssyndroom of een middelenverslaving. Hieruit volgt het eerste deel van het persoonlijke klachtenprofiel en worden adviezen gegeven voor behandeling en verwijzing van de patiënt. Met de screening zorgt het toepassing ervoor dat de patiënt op de juiste plek terecht komt en de juiste problematiek wordt behandeld. Vervolgens doorloopt de patiënt via de toepassing een intake waarmee de beïnvloedende factoren in kaart worden gebracht. Hiermee wordt het profiel verder uitgebreid. Vervolgens heeft de patiënt de optie met de toepassing een klachtendagboek bij te houden waarmee patronen en samenhang tussen klachten inzichtelijk worden gemaakt.

8. Onderzoeksdoel en onderzoeksvragen

Het doel van dit onderzoek is om een inventarisatie te maken van de problemen en behoeften van SOLK-patiënten en zorgprofessionals in het SOLK-traject en te onderzoeken hoe de eHealth-toepassing ‘Grip op klachten’ hier op kan aansluiten. In het kader van deze doelstelling zijn de volgende deelvragen geformuleerd die zijn opgedeeld in drie categorieën. Deze zijn:

1. Perspectief van de zorgverlener

- a) Welke problemen ervaren zorgprofessionals in het zorgtraject (diagnose, behandeling, verwijzing) van patiënten met Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten?
- b) Welke behoeften hebben zorgprofessionals in het zorgtraject (diagnose, behandeling, verwijzing) van patiënten met Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten?
- c) Welke voor- en nadelen ervaren zorgprofessionals tijdens het gebruik van vragenlijsten en dagboeken?

2. Perspectief van de patiënt

- a) Welke problemen ervaren patiënten met Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten in het zorgtraject (diagnose, behandeling, verwijzing)?

- b) Welke behoeften hebben patiënten met Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten in het zorgtraject (diagnose, behandeling, verwijzing)?
- c) Welke voor- en nadelen ervaren patiënten met Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten tijdens het gebruik van dagboeken?

3. EHealth en de eHealth-toepassing 'Grip op klachten'

- a) Wat zijn voordelen en barrières van gebruik van eHealth volgens zorgprofessionals en patiënten?
- b) Wat zijn voordelen en barrières van het gebruik van de eHealth- toepassing 'Grip op klachten' volgens zorgprofessionals en patiënten?
- c) Op welke wijze wensen zorgprofessionals en patiënten dat de eHealth-toepassing 'Grip op klachten' met hen communiceert?
- d) Wat vinden SOLK-patiënten van de ontworpen paper-prototypes van de applicatie 'Grip op klachten'?

METHODE

Onderzoeksdesign

In dit onderzoek werden de eerste drie fasen van de CeHRes Roadmap doorlopen, dit waren 1) de *contextual inquiry*, 2) de *value specification* en 3) de *pre-design* fase.

In de *contextual inquiry* werd met behulp van interviews in kaart gebracht wat de problemen en behoeften waren van SOLK-patiënten en zorgprofessionals. Ook werd er gevraagd naar voordelen en barrières bij vragenlijsten, dagboeken en technologie. In de tweede fase *value specification* werd er een vertaalslag gemaakt naar persona's, requirements, use-case scenario's en ontwerpelementen. Ook werden in het kader van *persuasive profiling* een vragenlijst afgenomen bij potentiële gebruikers. De persona's en ontwerpelementen werden geëvalueerd met gebruikers door middel van cardsorts, q-sorts en interviews. In de *pre-design* fase werd de verzamelde data uit de vorige fasen gebruikt om te paper prototypen. Deze ontwerpen werden geëvalueerd met potentiële gebruikers door hen met het paper prototype taken te laten uitvoeren.

De potentiële gebruikers die hebben deelgenomen aan het onderzoek worden in de volgende paragraaf besproken.

Participanten

Voor dit onderzoek werden in totaal 43 participanten geworven via het sociale netwerk van de opdrachtgever van dit onderzoek, via social media (Facebook en Twitter) en via patiëntenverenigingen. Een belangrijk inclusiecriteria voor participatie onder patiënten was dat er geen sprake was van een (comorbide) somatische aandoening die de klachten zouden kunnen verklaren. Per fase van de CeHRes Roadmap werden nieuwe participanten geworven. Er hebben in totaal zeven praktijkondersteuners, negen huisartsen, 24 patiënten en drie medewerkers van het Grip op klachten project deelgenomen aan het onderzoek. De dertien patiënten die hebben deelgenomen aan de q-sort hebben ook deelgenomen aan de vragenlijsten voor *persuasive profiling*. In Tabel 1 is te zien hoeveel participanten per fase van de CeHRes Roadmap zijn geworven.

De participanten kregen vooraf informatie over het doel van het onderzoek, de werkwijze van het onderzoek en hun rechten als proefpersoon door middel van een informatiebrochure. Wanneer de participanten vonden dat zij voldoende waren geïnformeerd en bereid waren deel te nemen aan het onderzoek ondertekende zij de toestemmingsverklaring (informed consent). Deze twee documenten (zie bijlage 1) zijn goedgekeurd door de ethische commissie van de Universiteit van Twente.

Tabel 1 Participanten per fase van de CeHRes Roadmap

<i>Fase CeHRes Roadmap</i>	<i>Methode</i>	<i>Participanten (n=43)</i>
1. Contextual inquiry	Interviews	5 praktijkondersteuners 5 huisartsen 7 patiënten
2. Value specification	Interviews	3 ontwikkelaars
	Interviews en Card sorts	4 huisartsen 2 praktijkondersteuners
	Q-sorts	13 patiënten
	Persuasive profiling	
3. Pre-design	Gebruikerstests	4 patiënten

1. Contextual inquiry

Er werden 20 semigestructureerde interviews afgenomen van 60 minuten. De interview topics waren onderverdeeld in drie thema's die gebaseerd waren op Le Rouge et al. (2013). Deze waren: demografie, gezondheid en technologie. In Tabel 2 zijn de belangrijkste interviewtopics per thema weergegeven en het volledige schema is te vinden in bijlage 2 van deze these. Topics die onder het thema demografie vielen waren: leeftijd, geslacht, opleiding, werk(ervaring) en woonsituatie. Patiënten werden daarnaast ook gevraagd naar sociale ondersteuning. Bij het thema gezondheid stond SOLK centraal. Patiënten werden gevraagd wat voor klachten zij ervaren, welke problemen en behoeften zij daarin hebben en van welke de hulpbronnen en hulpmiddelen zij gebruik maakten. Ook werden zij gevraagd of zij ervaring hadden met een dagboek en welke voordelen en barrières zij daarin ervaren. Zorgprofessionals werden gevraagd naar hun problemen en behoeften in het SOLK-traject, welke hulpbronnen en hulpmiddelen zij daarbij inzetten en welke voordelen en barrières voor gebruik vragenlijsten en dagboeken hadden volgens hen. Bij het derde thema technologie werd gevraagd naar de voordelen en barrières van eHealth, de digitale vaardigheden van de participant en welke applicaties en technologieën de participant gebruikt. Tot slot werd er een demo (zie bijlage 3) getoond van de toepassing 'Grip op klachten' en werd gevraagd naar voorziende voordelen en barrières van de applicatie. Daarnaast werd gevraagd wat voor wensen en verwachtingen zij hadden bij de toepassing. Er werden dan ook voorbeelden gegeven van wat mogelijk was.

De interviews werden opgenomen met een geluidsrecorder. De geluidsopnames werden uitgewerkt tot transcripten en de uitspraken werden inductief gecodeerd.

Tabel 2 Belangrijkste interview topics per thema van Le Rouge et al.

<i>Onderwerp</i>	<i>Topics voor zorgprofessionals</i>	<i>Topics voor patiënten</i>
Demografie	▪ Geslacht, leeftijd, opleiding, werkervaring	▪ Geslacht, leeftijd, opleiding, werkervaring ▪ Sociale ondersteuning
Gezondheid	▪ Problemen en behoeften bij SOLK ▪ Hulpmiddelen ▪ Voordelen en barrières van dagboek en vragenlijsten	▪ Problemen en behoeften bij SOLK ▪ Zelfmanagement activiteiten en hulpmiddelen ▪ Voordelen en barrières van dagboeken
Technologie	▪ Gebruik van applicaties en technologie ▪ Digitale vaardigheden ▪ Voordelen en barrières van eHealth	▪ Gebruik van applicaties en technologie ▪ Digitale vaardigheden ▪ Voordelen en barrières van eHealth
Demo	▪ Voordelen en barrières van Grip op klachten ▪ Wensen en verwachtingen	▪ Voordelen en barrières van Grip op klachten ▪ Wensen en verwachtingen

2. Value specification

2.1 Values van stakeholders

Drie leden van het projectteam van 'Grip op klachten' werden in het kader van dit onderzoek geïnterviewd. Zij werden gevraagd wat volgens hen belangrijke waarden (values) waren waar de toepassing 'Grip op klachten' dient rekening mee te houden. De interviews werden opgenomen met een geluidsrecorder en uitgewerkt tot transcripten. De uitspraken werden vervolgens inductief gecodeerd.

2.2 Values en requirements van patiënten en zorgprofessionals

De uitspraken van patiënten en zorgprofessionals over voordelen en barrières voor gebruik van eHealth en de demo van applicatie 'Grip op klachten' werden vertaald naar requirements. Hiervoor werd de analyse methode van Van Velsen et al. (2013) gebruikt waarbij uitspraken werden gekoppeld aan een onderliggende waarde of behoefte die vervolgens werden vertaald naar een requirement. JR evalueerde de requirements door deze te controleren op misinterpretaties van de uitspraken naar onderliggende waarden of behoeften en naar requirement.

2.3 Persona's

Voor de persona's werden de uitspraken van de participanten bij de drie thema's (demografie, gezondheid, technologie) geanalyseerd. Kenmerkende uitspraken per gebruikersgroep werden verzameld in een tabel zoals omschreven door Van Velsen et al. (2012). De uitspraken werden gekoppeld aan een eigenschap, probleem, behoefte of waarde van het persona van de betreffende gebruikersgroep. Vervolgens werd er een lopende tekst voor het persona geschreven die het verhaal van het persona vertelde. Daarnaast werd er een rechtenvrije foto's gezocht en een overzichtelijke opmaak gekozen voor de weergave van de persona's.

2.3.1 Formatieve evaluatie van de persona's

Voor de evaluatie van de persona's werden huisartsen benaderd. Zij werden gevraagd wat hun persoonlijke indruk was van de groep die het persona vertegenwoordigde. Zij werden vervolgens gevraagd wat zij vonden van het standpunt en de eigenschappen van het persona, of zij in het persona een collega of patiënt herkenden en hoe deze van elkaar verschilden.

2.4 Persuasive profiling

Een online vragenlijst werd afgenomen bij patiënten. De vragenlijst bestond uit 30 items, waarvan zeven items van *Susceptibility to Persuasion Strategies Scale* (STPS) (Kaptein, Markopoulos, de Ruyter, & Aarts, 2009) en 23 items van de *Persuadability inventory* (Busch, Schrammel, & Tscheligi, 2013). De vragenlijst bestond uit stellingen die de *persuadability* op verschillende strategieën van de participant mat met een ordinale schaal. Er werd een 5-punts Likertschaal: 1) geheel oneens, 2) oneens, 3) niet eens / niet oneens, 4) beetje mee eens, 5) geheel mee eens. De STPS bevat twee subschalen die de *susceptibility to authority* en de *susceptibility to scarcity* meten. De STPS heeft een matige betrouwbaarheid ($\alpha = 0.646$) (Kaptein et al., 2009) en matige interne en externe validiteit (Kaptein, 2012). De *Persuadability inventory* bevat vijf subschalen met matig tot goede betrouwbaarheid en goede expert validiteit die de overtuigbaarheid voor de strategieën 1) *rewards* ($\alpha=0.818$), 2) *competition* ($\alpha=0.658$), 3) *social comparison* ($\alpha=0.758$), 4) *trustworthiness* ($\alpha=0.472$) en 5) *social learning* ($\alpha=0.707$) meten. In bijlage 5 is een tabel opgenomen waarin de strategie en bijhorende items van deze twee vragenlijsten zijn weergegeven.

Voor de analyse werd gebruikt gemaakt van SPSS waarin de verzamelde data werd verwerkt en de totaal scores en relatieve totaal scores op de verschillende strategieën per participant werd berekend. Een Wilcoxon rangtekentoets werd gebruikt om de verschillen tussen de persuasieve strategieën te berekenen. Verder werd op basis van literatuur en de use-case scenario's aanvullende strategieën gekozen.

2.5 Use-case scenario's

Use-case scenario's werden geschreven voor de toepassing 'Grip op klachten' waarbij de stappen van de toepassing werden aangehouden: screening, intake en dagboek. Er werd gebrainstormd over de interactie tussen de gebruiker en het systeem bij de drie stappen van de applicatie 'Grip op klachten' waarbij de persona's als uitgangspunt werden genomen. Een deel van de communicatie en interactie was al bepaald. De huidige opzet van de toepassing was namelijk dat patiënten via een mobiele telefoon een vragenlijst konden invullen of een dagboek konden bijhouden. Ook kregen gebruikers meldingen via een emailbericht die een link bevatte naar de toepassing. De use-case scenario's werden vastgelegd in een tabel waarin de volgende punten werd beschreven:

- 1) Actor: de gebruikersgroep, oftewel het persona
- 2) Trigger: van het systeem of omgeving die het scenario in gang zou zetten
- 3) Doel: het doel dat het persona wou bereiken binnen het systeem
- 4) Motivatie: de motivatie die het persona had voor het doel
- 5) Voorwaarde: eisen waar de persona binnen de toepassing aan moest voldoen, bijvoorbeeld het doorlopen van de screening voordat er kon worden gestart met de intake.
- 6) Scenario: Een stapsgewijze beschrijving van de acties en motivaties van de gebruiker en hoe het systeem daarop reageert

2.5 Ontwerpelementen

Uit de use-case scenario's ontstonden ontwerpelementen voor het design. Deze werden verzameld in een tabel om exact te kunnen herleiden waar een ontwerpelement vandaan kwam. In de tabel werd duidelijk welke uitspraken ten grond slag lagen aan een ontwerpelement. De ontwerpelementen werden gecategoriseerd op basis van de stap (screening, intake, dagboek) waar zij onderdeel van waren. Deze elementen werden formatief geëvalueerd met potentiële gebruikers door middel van een card sort en een q-sort. Dit wordt in de volgende twee sub paragrafen omschreven.

2.5.1 Formatieve evaluatie: Card sort

De ontwerpelementen werden vervolgens geëvalueerd met potentiële gebruikers door middel van een card sort en een q-sort. De card sort was een 90 minuten durende bijeenkomst waarbij de participant een stapel kaarten kreeg waarop de ontwerpelementen waren beschreven. Vervolgens kreeg de participant de opdracht de kaarten te groeperen op een dusdanig wijze dat het voor de participant logisch was. De participant gaf daarna elke groep kaarten een naam. Tot slot had de participant de gelegenheid om zelf een ontwerpelement toe te voegen. Eventuele opmerkingen van participanten werden opgenomen met een geluidsrecorder. De geordende kaarten werden gefotografeerd. In het draaiboek in bijlage 4 kan in detail worden teruggelezen hoe de card sort bijeenkomsten verliepen.

Voor de analyse van de card sorts werd gebruik gemaakt van een Excel spreadsheet van Spencer (2007). Na alle gegevens per participant te hebben ingevoerd werd er een lijst gemaakt van de gebruikte labels. Aan de labels werden gestandaardiseerde labels gekoppeld. Dit werd gedaan door te kijken naar hoe de participanten kaarten hadden gesorteerd en welke naam iedere groep kaarten had gekregen. In de spreadsheet werd dan zichtbaar hoeveel participanten een label hadden gebruikt, hoeveel kaarten onder een label vielen en hoeveel unieke kaarten er onder een label vielen. Met deze informatie kon de overeenstemming over de verdeling van de kaarten onder de participanten worden berekend. De volgende formule werd hier voor gebruikt:

$$\text{Overeenstemming} = \frac{\text{totaal aantal kaarten onder een label}}{\text{aantal participanten die label hebben gebruikt} * \text{aantal unieke kaarten onder het label}}$$

De overeenstemming was een getal met een range van 0 tot 1, waarbij 1 op volledige overeenstemming duidde. Door het aantal participanten dat één specifieke kaart in een groep had geplaatst te delen door het aantal participanten dat deze kaart in een andere groep had geplaatst kon de overeenstemming over de plaatsing van één kaart in één groep worden bepaald. In de spreadsheet werd onderscheid gemaakt tussen kaarten met hoge overeenstemming (75 procent of meer), matige overeenstemming (25 tot 75 procent) of lage overeenstemming (tot 25 procent). In dit overzicht werd duidelijk welke kaarten het vaakst in welke groep werd geordend.

2.5.2 Formatieve evaluatie: Q-sort

Voor de Q-sort werd er de online tool *Q-sort Touch* gebruikt waarin drie sorteertaken waren opgesteld. Elke taak bestond uit twee subtaken. Bij de eerste subtaak verdeelde de participant de kaarten over drie groepen zonder restricties op het aantal kaarten per groep. De participant kon kiezen uit de groepen 1) belangrijk, 2) neutraal en 3) onbelangrijk. De tweede subtaak hield in dat de participant de kaarten verdeelde over vier of meer groepen met restricties op het aantal kaarten per groep. Het aantal groepen was afhankelijk van het aantal kaarten, bijvoorbeeld over de vijf groepen 1) heel belangrijk, 2) belangrijk, 3) neutraal, 4) onbelangrijk of 5) heel onbelangrijk. In dit voorbeeld zou het gaan om negen kaarten die verdeeld werden over de groepen, er was plek voor één kaart in groep 1 en 5, voor twee kaarten in 2 en 4 en drie kaarten in groep 3.

Voor de analyse van de Q-sort werd gebruik gemaakt van de analyse software *PQ method*. Allereerst werden de correlaties tussen participanten berekend, wat stond voor de overeenstemming tussen participanten. Vervolgens werd er een tabel opgesteld waarin duidelijk werd hoe vaak een kaart in een groep werd geplaatst door participanten. Hiermee kon worden bepaald welke elementen volgens participanten belangrijker en welke onbelangrijker waren. Deze tabel werd vervolgens gebruikt om een definitieve ordening van de elementen op te stellen.

3. Pre-design

3.2 Paper prototyping

In het kader van paperprototyping werd eerst gebruik gemaakt van pen en papier om grove schetsen te maken voor de toepassing 'Grip op klachten'. Hierbij werd nagedacht over hoe al de persoonlijke data die de online vragenlijsten en dagboek zou verzamelen te organiseren in een persoonlijk profiel. Er moest daarnaast een bijpassende dashboard voor de toepassing worden ontworpen waarin in één oogopslag de verschillende functies van de toepassing zichtbaar werden. Ook werd er gebrainstormd hoe de persuasieve strategieën in het design te integreren. Voor het paper prototype zocht de onderzoeker inspiratie uit bestaande toepassing bijvoorbeeld Facebook, Pocket Energy en ONESELF. Nadat er verschillende schetsen waren gemaakt werden deze uitgewerkt met Balsamiq.

3.2.1 Formatieve evaluatie van paper prototype

Vervolgens werden er gebruikerstesten vervolgens afgenomen met potentiële gebruikers. Hiervoor werd een user-based benadering aangehouden en werden er dus SOLK-patiënten benaderd om de paperprototype te evalueren. Voor de evaluatie werden task scenario's en taken geformuleerd (Dumas & Redish, 1999). Hiervoor werden de use-case scenario's als uitgangspunt genomen aangezien hierin de gebruikerscontext en bijhorende doelen waren omschreven. De test begon met uitleg over de applicatie 'Grip op klachten', waarna de participant uitleg kreeg over hardop denken (Boren & Ramey, 2000) en werden gevraagd hardop te denken tijdens de evaluatie. De participant kreeg vervolgens een task scenario voorgelegd en kreeg een taak. Er werd een taak opgesteld voor 1) kennismaking met het systeem, 2) terugkoppeling na invullen van de screening, 3) terugkoppeling na invullen van intake en 4) terugkoppeling na invullen van het dagboek. De participant liep dus de stappen van de toepassing door. De onderzoeker introduceerde een stap met een task scenario, bijvoorbeeld bij de terugkoppeling van de screening: 'Een onderdeel van Grip op klachten is dat u online vragenlijsten invult. Stel dat u dat heeft gedaan en u krijgt in uw mailbox het bericht dat uw Grip profiel is geüpdatet. U logt in op de site en krijgt dit te zien.' De participant werd dan gevraagd wat hij van de pagina vond en wat hij dacht te kunnen doen op die pagina. De daaropvolgende taak was: 'U wilt weten wat er precies met u aan de hand is en welke factoren een rol spelen bij uw klachten. Wat zou u doen om hier achter te komen?' Het volledige draaiboek is opgenomen in bijlage 6. De gebruikersevaluaties werden opgenomen met een geluidsrecorder en de audiobestanden werden samengevat. Vervolgens werd de template van Wentzel et al. (2014) gebruikt om de uitspraken te analyseren en te coderen. Het ging hierbij om uitspraken over inhoud, structuur, functionaliteit, lay-out en implementatie. De verzamelde uitspraken werden vervolgens gebruikt om aanpassingen te doen in het ontwerp.

RESULTATEN

1. Contextual inquiry

1.1 Perspectief van de zorgprofessional

In deze paragraaf komt het perspectief van de zorgprofessional aan bod die is verkregen uit de interviews die zijn afgenomen voor deze fase van het onderzoek. Allereerst wordt omschreven welke zorgprofessionals hebben deelgenomen aan de interviews. Daarna zullen de resultaten per onderzoeksvraag worden beschreven.

1.1.1 Deelgenomen zorgprofessionals

Aan de interviews hebben tien zorgprofessionals deelgenomen, hiervan waren vijf huisarts en vijf praktijkondersteuner GGZ. Van de vijf huisartsen waren er twee vrouw en drie man. Deze groep had een gemiddelde leeftijd van 46 jaar (SD = 10.9). Alle praktijkondersteuners waren vrouw met een gemiddelde leeftijd van 46 jaar (SD = 9.9). Tabel 3 is een gedetailleerde weergave van de demografische gegevens van de zorgprofessionals die hebben deelgenomen aan de interviews.

Tabel 3 Demografische gegevens zorgprofessionals (n=10)

#	Functie	Geslacht	Leeftijd	Code
1	Huisarts	Man	38	huisarts1
2	Huisarts	Man	53	huisarts2
3	Huisarts	Man	64	huisarts3
4	Huisarts	Vrouw	40	huisarts4
5	Huisarts	Vrouw	35	huisarts5
6	Praktijkondersteuner GGZ	Vrouw	49	poh1
7	Praktijkondersteuner GGZ	Vrouw	57	poh2
8	Praktijkondersteuner GGZ	Vrouw	44	poh3
9	Praktijkondersteuner GGZ	Vrouw	28	poh4
10	Praktijkondersteuner GGZ	Vrouw	52	poh5

1.1.2 Problemen en behoeften in het SOLK-traject

Met de interviews moest allereerst duidelijk worden welke problemen en behoeften zorgprofessionals ervaren in het SOLK-traject. Tabel 4 en 5 geeft een samenvatting van de geïdentificeerde problemen en behoeften van de geïnterviewde zorgprofessionals. Allereerst ervaren zorgprofessionals onzekerheid bij de SOLK-diagnose. Zorgprofessionals hebben daarom behoefte aan een goede screening ter ondersteuning van de klachtenexploratie om eventuele somatische aandoeningen te kunnen uitsluiten. Gedurende de behandeling ervaren zorgprofessionals verschillende problemen. Een

centrale thema hierin is dat de patiënt zich onbegrepen voelen en zich focust op de somatiek. Ook wordt niet goed duidelijk wat de patiënt exact nodig heeft. Daarom willen zorgprofessionals graag een plan van aanpak voor SOLK en tools waarmee zij de patiënt bewust kunnen maken van de verschillende factoren die de klachten beïnvloeden. Het verwijzen van patiënten vinden huisartsen lastig. Een reden hiervoor zou zijn dat patiënten niet openstaan voor psychosociale zorg. Er is verder een behoefte aan een centraal punt bijvoorbeeld een SOLK-centrum waar patiënten naar kunnen worden verwezen.

1.1.3 Vragenlijsten en dagboeken

Aan het gebruik van vragenlijsten en dagboeken hangen verschillende voordelen en barrières voor zorgprofessionals. Een overzicht van deze voordelen en barrières voor gebruik van vragenlijsten is te vinden in Tabel 6. De belangrijkste punten waren allereerst dat vragenlijsten ondersteuning bieden bij de inventarisatie van klachten, daarmee besparen vragenlijsten de zorgprofessional tijd. Daarnaast bieden vragenlijsten gesprekstof voor het consult en kan het ondersteunen bij het concretiseren van het behandeldoel. Verder kan het verloop van klachten inzichtelijk worden gemaakt door vragenlijsten periodiek te herhalen. Daarentegen blijkt het periodiek herhalen van vragenlijsten moeilijk te bewerkstelligen waardoor dit voordeel onbenut blijft. Een andere belangrijke barrière voor zorgprofessionals is dat zij niet altijd goed weten wat zij moeten doen met de testuitslag wat komt door een gebrek aan kennis bij de zorgprofessional. De belangrijkste voordelen van een dagboek waren dat het inzicht geeft in de klachten en ondersteuning biedt bij het stellen van een diagnose. De relevante citaten bij deze voordelen zijn terug te vinden in Tabel 7. Uit deze tabel kan ook worden opgemaakt dat barrières voor het gebruik van dagboeken meer talrijk waren. Patiënten nemen allereerst vaak het dagboek niet mee terug naar het consult of zijn niet gemotiveerd genoeg om het voor een bepaalde periode bij te houden. Bovendien kost het doorlezen van een dagboek de zorgprofessional veel tijd en verscheidende participanten geven aan een dagboek ook niet door te lezen. Het is daarnaast lastig om klachtpatronen uit een dagboek te halen en geeft een dagboek onvoldoende informatie over oorzaak en gevolg, de context en sociale factoren

1.1.4 eHealth

Verschiedende voordelen en barrières voor eHealth werden er in de interviews benoemd (zie voor het overzicht Tabel 8). De belangrijkste voordelen waren dat door middel van bijvoorbeeld een mobiele applicatie de patiënt bewuster kan worden gemaakt van zijn gezondheid. Bovendien kan eHealth op die wijze mensen motiveren wat aan hun gezondheid te doen. Daarnaast zijn zorgprofessionals ervan bewust dat door het internet patiënten over meer informatie beschikken. Zorgprofessionals benoemen daarnaast verschillende barrières voor het gebruik van eHealth. Allereerst dat eHealth niet het contact met de patiënt mag vervangen, maar dat het de interactie tussen de twee dient aan te vullen. Daarnaast zijn zorgprofessionals terughoudend bij de inzet van eHealth omdat zij onvoldoende

inzicht hebben in de effecten ervan. Verder denken zorgprofessionals dat patiënten onvoldoende vaardigheden hebben en dat het vooral de jongere populatie is die geschikt is voor eHealth.

1.1.5 Demo ‘Grip op klachten’

Bij de evaluatie van de demo van de eHealth-toepassing ‘Grip op klachten’ werden verschillende punten benoemd. In Tabel 9 is een overzicht gegeven van de voordelen en barrières voor gebruik. Een belangrijk voordeel wat zorgprofessionals benoemden was dat de eHealth-toepassing de patiënt het gevoel zou geven dat hij serieus wordt genomen. Daarnaast dachten zorgprofessionals dat de eHealth-toepassing hen meer inzicht zou geven in SOLK. Een voorziende barrière voor zorgprofessionals was dat de eHealth-toepassing goed dient te worden beveiligd omdat er veel privacygevoelige data wordt verzameld. Daarnaast vonden zorgprofessionals dat de eHealth-toepassing een grote inspanning van patiënten verlangt en dat het daarom noodzakelijk is dat patiënten worden gemotiveerd.

Uit de interviews kwamen verschillende suggesties voor ontwerpelementen. Bij de diagnose vonden zorgprofessionals het belangrijk dat in kaart wordt gebracht: 1) welke klachten de patiënt heeft, 2) wat de ernst is, 3) welke factoren een rol spelen, 4) welke relevante patronen zich voordoen en 5) of er mogelijk sprake is van relevante psychiatrische stoornissen of een functioneel syndroom. Vervolgens wensen zorgprofessionals voor de behandeling tools om de patiënt bewust te maken van psychologische factoren en om de patiënt te helpen bij het accepteren van zijn SOLK. Daarnaast zouden zij graag een suggestie voor een behandelplan of zelfhulp plan voor de patiënt willen. In Tabel 10 is een volledig overzicht te vinden van benoemde onderwerpen voor de toepassing ‘Grip op klachten’.

De interviews gaven ook aanknopingspunten voor lay-out en mogelijke functies voor de toepassing ‘Grip op klachten’. In Tabel 11 is een overzicht gegeven van die suggesties. Zo vinden zorgprofessionals een grafiek een goed middel om het beloop van de klachten te visualiseren. Daarnaast vonden zorgprofessionals een rapportcijfer handig om de patiënt inzicht te geven in zijn klachten en vonden zij het nuttig de patiënt te vergelijken met normgroepen. Verder vinden zorgprofessionals het belangrijk dat er een samenvatting van de gegeven informatie voor hen beschikbaar is gezien de beperkte tijd die zij hebben om zich voor te bereiden. Tot slot werden er twee aanvullende functies voor de toepassing benoemd, namelijk het motiveren van de patiënt en het monitoren van de klachten.

Tabel 4 Problemen van zorgprofessionals in het SOLK-traject

<i>SOLK-traject</i>	<i>Probleem</i>	<i>Citaat</i>
Diagnose	Onzekerheid bij SOLK-diagnose	“Ik vind het best wel een lastig begrip. Je hebt verschillende aandoeningen die via de SOLK valt. Waar ik altijd ook nog aan twijfel, vroeger was MS ook SOLK. En je houdt toch altijd een zekere onzekerheid bij SOLK. Dat vind ik ook ingewikkeld. Wanneer heb je nou voldoende het uitgezocht. Wanneer kun je nu echt zeggen: we weten het niet.” – huisarts4
Behandeling	De patiënt voelt zich onbegrepen	“De patiënt voelt zich al niet begrepen. Dus dan gaat het al meteen fout.” – huisarts3 “Ze zijn erg op de somatiek gericht en willen toch heel graag dat er een somatische verklaring voor het probleem komt. Dat schetst meteen al problemen want dat is dus nou de somatische onverklaarde lichamelijke klachten.” – huisarts2
	Patiënt focust op de somatiek	“Ze zijn erg op de somatiek gericht en willen toch heel graag dat er een somatische verklaring voor het probleem komt. Dat schetst meteen al problemen want dat is dus nou de somatische onverklaarde lichamelijke klachten.” – huisarts2
	De zorgprofessional raakt geïrriteerd	“Ik heb bij twee verschillende huisartsen gewerkt, en één huisarts die verwijst door als zijn irritatiegraad zo hoog is dat ie er genoeg van heeft. De kans van slagen is dan erg klein. Want mensen kunnen eigenlijk niet goed die connectie maken tussen lichaam en geest.” – poh5
Verwijzen	Het wordt niet duidelijk wat de patiënt nodig heeft	“Dan probeer ik zelf maar met de beste uitleg op die manier te kijken of we er wat mee kunnen. Maar verder heb ik niet zo veel behandelopties voor die mensen.” – huisarts5 “Soms heb je het gevoel dat je goed aansluit en soms denk je ik kan ze niet bieden wat ze echt nodig hebben. Maar er is dan ook vaak weer niet helemaal duidelijk wat er nodig is.” – poh1
	Niet weten waar de patiënt naartoe te verwijzen	“En ik weet nooit zo goed waar ik ze naar toe moet verwijzen.” – huisarts5

Patiënt staat niet open voor psychosociale zorg	“Maar lang niet iedereen wil naar zo'n psychosomatische oefentherapeut dus dat maakt het lastig.” – huisarts5
---	---

Tabel 5 Behoeften van zorgprofessionals in het SOLK-traject

<i>SOLK-traject</i>	<i>Behoefte</i>	<i>Citaat</i>
Diagnose	Screening	“Ja, dat weet ik nog niet zo goed. Want ik denk dan aan een screeningsvragenlijst waarmee ik er achter kom of het mild of ernstig is.” – huisarts5
	Beter toepassen van de SCEGS	“Bijvoorbeeld het werken met SCEGS, dat zou ik ook nog wel beter kunnen doen.” – huisarts3
Behandeling	Plan van aanpak voor SOLK	“Hoe ik dat het beste kan aanpakken?” – huisarts5
	Psycho-educatie voor SOLK-patiënten	“... de huisarts zou moeten beginnen met psycho-educatie over SOLK.” – poh5
	Tools om de patiënt bewust te maken van de factoren die zijn klachten beïnvloeden	“Alle informatie die je kunt gebruiken om mensen te laten zien van kijk zo zijn lichaam en geest met elkaar verweven en zo kan zich dat uiten. Argumenten voor de werkhypothese dat het wel eens psychisch zou kunnen zijn.” – poh3
	Tools om de patiënt zelfmanagement vaardigheden aan te leren	“Per patiënt ligt het er aan waar ik behoefte aan heb. Want het is zo divers, hoe ga je daar nou een richtlijn op toepassen. Bijvoorbeeld pijn, daar zijn nog wel handboeken voor en daar is mindfulness voor. Slaapklachten daar heb je ook trajecten voor, maar het hele pakket bij elkaar, hoe richt ik dan mijn leven in, hoe pak ik dat op?” – poh1
Verwijzen	Gespecialiseerd SOLK-centrum	“Maar ik merk dat ik de laatste tijd wel meer behoefte heb aan een SOLK-centrum waar naar je toch kan verwijzen.” – huisarts3
	Goede specialisten	“Ik heb een fantastische psychosomatische fysiotherapeut. Als die er niet zijn, dan had ik nu al in een afgebrand huis gezeten.” – huisarts3

Samenwerking tussen huisarts en praktijkondersteuner	“En dan zou het mooi zijn dat je als hulpverlener vervolgens met die SOLK aan de gang gaat, dat je dan op één lijn zit. Dat als die cliënt weer de neiging heeft weer naar de huisarts te gaan, wat ie heeft. Dat is niet meteen weg. Dat die huisarts dat kortsluit. Dat je eigenlijk een gesloten netwerk krijgt.” – poh5
--	---

Tabel 6 Voordelen en barrières van vragenlijsten volgens zorgprofessionals

<i>Categorie</i>	<i>Label</i>	<i>Citaat</i>
Voordelen	Bespaard tijd	“Maar aan de andere kant realiseer ik me dat door die vragenlijst van te voren in te laten vullen heb je wel weer meer tijd om echt een gesprek met de patiënt te hebben.” – huisarts1
	Helpt bij het inventariseren van de klachten	“En dat kan je in het consult heel veel schelen, bij de inventarisatie van klachten.” – huisarts4
	Helpt bij de diagnose	“Nou ik gebruik zelf de 4DKL heel erg vaak. Om dan mensen die vooral moe zijn, dan krijgen ze een bloedformuliertje mee en een 4DKL. Ja, dan komt er heel vaak normaal bloed en hoge somatisatie en hoge distress uit. En dan is het een inkoppertje.” – huisarts3
	Biedt onderwerpen voor het gesprek met de patiënt	“Het kan heel goed werken, het geeft ook vaak gespreksstof als je een intake hebt gedaan.” – poh2
	Helpt het behandeldoel concretiseren	“Daarna geef je een aantal screenende vragenlijsten mee dat je je behandeldoel wat je bij de intake hebt gevormd, nog wat kan concretiseren op basis van de screeningslijsten.” – poh4
	Geeft inzicht in verloop van klachten	“En een vragenlijst kan ook erg nuttig zijn, om te kijken hoe het gaat met de ziekte in verloop van de tijd.” – huisarts1
Barrières	Huisarts heeft niet voldoende kennis om wat met de uitslag te kunnen doen	“Maar ik moet wel weten wat ik moet doen. Je hebt ook wel screeningslijsten voor bijvoorbeeld ADHD, maar dan denk ik: Ja, op een gegeven moment ben ik er niet meer in bevoegd. Iedereen kan natuurlijk een

	lijst invullen. Maar je moet er ook met verstand van zaken er naar kunnen kijken. Dus daar zit wel een beetje spanning in.” – huisarts4
De huisarts heeft het niet nodig	“Er is een fase denk ik bij elke huisdokter, van: 'hé, die 4DKL helpt me daar wel wat zicht op te krijgen'. En een paar keer daarna denk je van: 'Ja, ik kan eigenlijk ook wel zonder'.” – huisarts2
Vragenlijsten worden niet herhaald terwijl dat wel zou moeten	“Maar die herhaling was vervolgens wel weer lastig. Misschien ook wel omdat wij daar zo mee omgingen. De patiënt zag gewoon dat hij 40 vragen had ingevuld en daar werd niet zo veel mee gedaan. Dus patiënten waren minder geneigd om daar vervolgens weer zo'n herhaal vragenlijst in te vullen.” – huisarts5
Het is onpersoonlijk	“Je kan natuurlijk de 4dkl afnemen, maar je kunt het ook vragen aan mensen hoe ze zich voelen en hoe hoog hun angstniveau is. Hoe hun stemming is.” – poh5

Tabel 7 Voordelen en barrières van dagboeken volgens zorgprofessionals

<i>Categorie</i>	<i>Label</i>	<i>Citaat</i>
Voordelen	Geeft inzicht in de klachten	“Een goed hulpmiddel om het goed in kaart te brengen en om helder te krijgen wat helpt me nou wel? Wat helpt mij om de klachten te verminderen?” – poh2
	Motiveert de patiënt	“Als je gaat zitten op activiteiten en pijn, kun je het gebruiken als motivatie om het activiteiten niveau om hoog te krijgen.” – poh5
	Helpt bij diagnose stellen	“Voor mij is het trouwens ook belangrijk om te weten of het een migraine hoofdpijn is of een spanningshoofdpijn. Als het migraine is dan komt dat er vaak toch wel uit. Dus dan helpt het mij ook wel om die diagnose te stellen.” – huisarts2
Barrières	Patiënt neemt het dagboek niet mee naar het consult	“Maar heel vaak merk je dat mensen niet met het dagboek terugkomen.” – huisarts2

Patiënt is niet gemotiveerd om het bij te houden	“Je hebt ook vaak mensen die willen dat helemaal niet.” – poh2
Arbeidsintensief	“... het gevaar van dagboeken is altijd dat het zulke lappen tekst zijn. Die je dan helemaal moet doorwerken.” – huisarts3
Patroon herkenning is lastig	“Het is namelijk heel lastig om daar wat uit te halen, het niet even iets wat je gaat doorlezen. Dus het eerste wat ik wil weten wat ze er zelf uithalen.” – huisarts2
Geeft onvoldoende inzicht in oorzaak en gevolg	“Ik wil graag oorzaak en gevolg weten. En wat voor last geeft dat dan en hoe gedraagt iemand zich daar naar. (...) Ik vond dat altijd moeilijk om uit een dagboek te halen.” – huisarts4
Geeft onvoldoende inzicht in de context	“En wat je vaak krijgt, vooral met die plasklachten is dat mensen schrijven feiten op. Het geeft dan vaak toch niet voldoende inzicht in wat er nou speelt.” – huisarts4
Geeft onvoldoende inzicht in de sociale factoren	“En wat doet dat voor het sociale leven. Ik vond dat altijd moeilijk om uit een dagboek te halen.” – huisarts4

Tabel 8 Voordelen en barrières van eHealth volgens zorgprofessionals

<i>Categorie</i>	<i>Label</i>	<i>Citaat</i>
Voordelen	eHealth maakt de patiënt bewust van zijn gezondheid.	“Vaak heb je dat je van gesprek tot gesprek leeft en tussendoor niet zoveel gebeurt terwijl het eigenlijk wel zou kunnen. Met behulp van een app gaan ze er bewuster mee om, met het probleem waar ze aan willen werken en ze hebben dan het gevoel dat ze er aan werken.” – poh1
	eHealth motiveert patiënten	“Op die manier patiënten meer stimuleren om wat aan hun eigen gezondheid te doen.” – huisarts5
	eHealth informeert de patiënt	“Dat je op een andere manier, met name met chronische patiënten, op een andere manier kunt praten over de ziekte doordat ze beter geïnformeerd zijn. Dat ze daar grip op krijgen. Dat de echte vragen die ze hebben ook beantwoord kunnen worden. Ze weten meer, dus je kunt op een hoger niveau met elkaar praten omdat alle dingen als eigen waarden al benaderd zijn.” – huisarts1
	Tijdbesparend	“En dat ze er een foto opsturen en dan hoeven ze niet zo ver te reizen.” – huisarts2
Barrières	Patiënt heeft onvoldoende vaardigheden	“Het is net als met een boek dat je aanraadt, de een vindt het fantastisch, de ander denkt wat moet ik met die onzin. De stemmings- app, wat ik er toen van hoorde van een meisje, die paste wel bij haar problematiek omdat ze met alle respect een beetje, je moet kijken naar het IQ, dat moet ook op dat niveau aansluiten. Daar is verschil in.” – poh1
	eHealth is alleen voor de jongere populatie	“Maar dat idee heb ik wel. Dat doe ik vooral bij jonge patiënten. Dan vraag ik wel van heb je internet thuis. Ik doe dat wel bij de mensen waar ik verwacht dat ze dat ook doen. Dat zou ik niet aan een 80 jarige aanraden.” – huisarts5
	Het is onbetrouwbaar	“Wat iedereen ook al wel roept is dat je wel alles op internet kan zetten. Dus dingen die er op staan zijn niet betrouwbaar. Je moet het wel kunnen nuanceren.” – huisarts2
	Onvoldoende inzicht in het effect van eHealth	“Om nou te zeggen dat ik heel veel terug hoor van: nou dat programma heb ik zo veel aan gehad. Ik hoor niet zo veel terug van patiënten dat het nou heel erg geholpen heeft, maar dat het gefrustreerd heeft hoor ik ook niet. Dus van dat soort programma's weet ik het dus niet, daar ben ik nieuwsgierig naar.” – huisarts2

Zorgverlener heeft niet voldoende vaardigheden om het te gebruiken	“Ik ben natuurlijk van zo’n leeftijd dat het niet meer zo heel erg makkelijk gaat. Vind ik heel erg om te zeggen, maar het lukt wel! Uiteindelijk merk ik wel dat je er goed mee kan werken. Ik moet er iets meer moeite voor doen, maar geen probleem.” – poh1
Contact met de patiënt moet worden behouden	“Ik heb een paar kernwaarden en die heb ik wel duidelijk gemaakt. Ik sta er wel heel open in en dat merk ik nu al wel met de appjes. En dat is ook met eHealth zo en wat gekoppeld is aan het HIS, helemaal mooi natuurlijk. Daar sta ik echt wel heel open in, maar mijn kernwaarden blijven te allen tijde wel overeind. Dat is gewoon belangrijk, het contact, de vertrouwensrelatie. Anders kun je niet goed werken. En dat zal altijd bepalen of ik iets inzet of niet.” – poh2
Patiënten moeten duidelijke gebruiksinstructies krijgen	“Maar dat heb ik ook als mijn assistent dat meet, hoe goed is dat dan? Mensen moeten goed geïnstrueerd zijn hoe zij dat moeten meten.” – huisarts1
Patiënten willen niet	“En via Secura bied ik aan patiënten wel een videoconsult aan alleen de patiënten willen dat niet. Wij vinden dat heel leuk maar de patiënten nog niet, tot onze verbazing.” – huisarts1

Tabel 9 Voordelen en barrières van 'Grip op klachten' volgens zorgprofessionals

<i>Categorie</i>	<i>Label</i>	<i>Citaat</i>
Voordelen	Neemt de patiënt serieus	“Het lijkt mij voor deze groep patiënten, alleen al het fijn dat jullie er mee bezig zijn een enorme herkenning. En ik denk dat die hele groep dat al fijn vindt. Want ze zijn toch wel heel erg zoekende, vaak geen erkenning” – poh1
	Geeft meer inzicht in SOLK	“Ik vond het met de 4DKL, dan laat je dat mensen thuis invullen en dan kun je er naar kijken. Ook dat geeft al meer inzicht. Maar dit gaat natuurlijk 10 stappen verder. Als ik het zo zie krijg je veel breder zo inzicht en het is überhaupt al interessant om met de patiënt te bespreken.” – huisarts4
	Kost weinig tijd voor patiënten	“Wat ik er direct uit filter, is dat je zegt dat het 5 minuten per dag vraagt. Want ik heb wel gemerkt dat het zo min mogelijk belastend moet zijn, want anders haken mensen af.” – poh2
Barrières	Niet goede beveiliging van patiëntgegevens	“Op de privacy moet je ook letten. Als je een mail krijgt, dat zou wel kunnen. Maar dan zou je eigenlijk de naam en identiteit van de patiënt moeten weergeven met een nummer. Ik denk niet dat het zomaar kan dat je daar zo maar een mail van krijgt.” – huisarts3
	Errors	“Als het bol staat van storingen en fouten in zitten.” – huisarts3
	Arbeidsintensief	“Ik zou het niet gaan gebruiken als het mij te veel tijd zou kosten.” – huisarts4
	Ineffectieve meldingen	“Of als ik iedere dag feedback zou krijgen dat de patiënt het in heeft gevuld, dat soort dingen wil ik vooral niet. Dat ik daar niet door gestoord wordt als huisarts. Dan gaat het irriteren.” – huisarts1
	Integratie in werkproces duurt lang	“Ik heb bepaalde gewoontes en als er iets nieuws komt. Dan vergeet je dat, dat moet er in slijpen.” – huisarts3
	Patiënt moet worden gemotiveerd	“Om het leuk aan de man te brengen zal ik die 50 dagen niet noemen, eerder 5 weken of iets meer dan een maand. Het moet zo min mogelijk tijdsinvestering lijken voor de mensen. Ik zal ook zeggen dat het maar één keer per dag is, en dat het makkelijk is. Anders krijg je de patiënten niet mee.” – poh4

Tabel 10 Suggesties voor ontwerpelementen voor ‘Grip op klachten’

<i>SOLK-traject</i>	<i>Onderwerp</i>	<i>Citaat</i>
Diagnose	Welke klachten	“Ik zou willen weten om welke klachten het gaat, de drie ergste klachten.” – huisarts4
	Ernst van de klachten	“Ook hoe erg is de last, de ziektelast, in wat voor mate wordt de patiënt er in beperkt.” – huisarts4
	Beïnvloedende factoren van de klachten	“Ik denk dat er veel achterliggende factoren zijn, waarom kan iemand er nou heel goed mee omgaan en waarom kan iemand er heel slecht mee om gaan in vergelijkbare situaties. Als je toch wat meer inzicht hebt in achterliggende factoren, die voor iedereen spelen, dan heb je al een basis om te behandelen.” – poh1
	Patronen in de klachten	“Ja, nou. Iets wat mij verder helpt. Ik mis eigenlijk binnen SOLK nog duidelijke patronen, waarmee we dan wat kunnen.” – huisarts2
	Eigen inzichten van de patiënt	“Ik ben wel benieuwd wat ik er uit terug krijg. En mijn eerste vraag zou dus zijn van: wat heb je er zelf van opgestoken?” – huisarts2
	Of er sprake is van een angst of depressieve stoornis	“Nou, ik kan me voorstellen dat dit systeem ook diagnostische info gaat geven. Bijvoorbeeld dat iemand een angststoornis heeft.” – huisarts3
Behandeling	In welke mate de patiënt voldoet aan de diagnostische criteria van een functioneel syndroom	“Ik krijg dan terug of iemand voldoet aan de criteria van fibromyalgie of iets dergelijks. Misschien is zoiets voor de patiënt wel prettig om dat te horen. Het is allemaal een beetje hetzelfde voor mij. Maar zo'n patiënt heeft dan misschien wel meer een houvast, omdat ie dan wel een soort diagnose heeft.” – huisarts5
	Tools om de patiënt te helpen zijn klachten te accepteren	“Naar mate je langer zoekt wordt de kans dat je een oorzaak vindt veel kleiner. De vraag is tot hoe ver blijf je zoeken. En er zijn er die heel lang door willen blijven gaan daarmee. En dat is zonde. Om ze daar van los te krijgen, daarvoor zou ik handvatten willen.” – huisarts2

	Behandeladvies	“Ik zou kunnen bedenken bij die en die klachten en deze zwaarte zou je moeten denken aan die en die behandeling en leg het eens voor aan de patiënt.” – poh1
	Suggestie voor een actieplan	“Dat doe je dus ook al om te zien die nu acuut behandeld moeten worden en daarmee voorkomen dat er dingen blijven liggen die eerder behandeld zouden moeten worden” – huisarts1
	Zelfhulp plan voor de patiënt	“Ja, een heel gestructureerd programma uit halen. [Een weekplan?] Ja een weekplan, een rustprogramman. Als dat er zo uit kan rollen. Ik denk dat dat voor mensen heel veel makkelijker is om er wat mee te kunnen doen. Je hoeft je ook niet te verdedigen.” – poh5
Verwijzing	Verwijsadvies	“[Een doorverwijssuggestie op basis van de huidige richtlijnen naar de GGZ. Is dat nuttig?] Ja.” – huisarts1

Tabel 11 Suggesties voor de lay-out en mogelijke functies voor ‘Grip op klachten’

<i>Categorie</i>	<i>Label</i>	<i>Citaat</i>
Lay-out	Grafiek waarin het beloop en patronen duidelijk worden	“Het liefst met grafiekjes zodat het visueel heel duidelijk wordt.” – poh4
	Rapportcijfer	“Of gemiddelde rapportcijfers, iets wat makkelijk is in ieder geval, waar je heel duidelijk ziet.” – poh3
	Samenvatting voor de zorgverlener	“Vorbereidingstijd heb je niet heel veel, dus je kan niet, wat je wel interessant vindt, je wil alles hapklaar op je bord hebben zodat je het meteen met de patiënt kunt bespreken.” – poh4
	Patiënt vergelijken met normgroepen	“Wat ik ook heel erg interessant zou vinden is hoe het past in een normgroep. Dat vind ik van die 4 DKL wel heel prettig.” – poh3
	Toelichting op de uitslagen	“Zonder toelichting niet. Mensen kunnen bij lab uitslagen ook op toelichtingen klikken. Anders wordt het verkeerd geïnterpreteerd.” – huisarts1
Functies	Motiveren van de patiënt	“Nou ik kan me voorstellen dat er een digitale coach invoert, dat je die volgt. Dat je rol een volgend is.” – poh5
	Monitoren van klachten	“Ik kan me voorstellen dat je zo’n dagboek nog wel een keer herhaalt. Het zijn langlopende trajecten. Als de situatie dusdanig veranderd dat het niet meer lijkt op wat er toen besproken was, dan kan ik me voorstellen dat ik het nog wel een keer 50 dagen zou willen laten bijhouden, of een kortere variant.” – poh1

1.2 Perspectief van de SOLK-patiënt

Uit de interviews is het perspectief van de SOLK-patiënt duidelijk geworden. Welke patiënten hebben deelgenomen aan de interviews wordt in de volgende paragraaf duidelijk. Daarna zal per onderzoeksvraag het perspectief van de SOLK-patiënt worden beschreven.

1.2.1 Deelgenomen SOLK-patiënten

Er werden zeven SOLK-patiënten geïnterviewd. Van de zeven patiënten waren er zes vrouw en één man. De patiënten hadden een gemiddelde leeftijd van 44.6 jaar (SD = 8.8). Er waren twee patiënten met fibromyalgie, twee patiënten met CVS en drie patiënten met PDS. In Tabel 12 wordt een overzicht gegeven van de demografische gegevens van de patiënten.

Tabel 12 Demografische gegevens patiënten (n=7)

#	Geslacht	Leeftijd	Syndroom	Alleenstaande	Werkt?
1	Vrouw	46	Fibromyalgie	Nee	Ja
2	Vrouw	39	PDS	Nee	Nee
3	Vrouw	52	PDS	Nee	Nee
4	Vrouw	47	CVS	Nee	Ja
5	Vrouw	37	Fibromyalgie	Nee	Ja
6	Vrouw	33	CVS	Ja	Nee
7	Man	58	PDS	Nee	Nee

1.2.2 Problemen en behoeften in het SOLK-traject

Uit de interviews kwam naar voren dat patiënten verschillende problemen en behoeften ervaren als gevolg van hun SOLK. Tabel 13 geeft een overzicht van de problemen die patiënten ervaren. Allereerst hadden patiënt voor en na dat er een diagnose werd gesteld al voor een langere periode last van klachten en ervaren als gevolg daarvan een afname in hun fysieke capaciteit. Om erachter te komen hoe hun klachten waren ontstaan laten patiënten zich vele malen, gedurende een jaar of langer, lichamelijk onderzoeken. Helaas bieden deze onderzoeken geen dan wel voldoende verklaring voor de klachten. Een belangrijke behoefte (zie Tabel 14) in die periode is meer informatie over SOLK. Op het moment dat een somatische verklaring voor de klachten blijkt te ontbreken ervaren patiënt veel onbegrip en voelen patiënten zich niet serieus genomen. Patiënten hebben daarom ook de behoefte om serieus te worden genomen. Wat ook lastig is voor patiënten is de onvoorspelbaarheid van de klachten en dat het moeilijk is te bepalen waar de grens ligt en dan zelf de grens aan te geven. Uit de interviews bleek vervolgens ook dat patiënten de behoeften hebben meer grip te hebben over die fluctuatie van hun klachten. Zij denken dat het daarom belangrijk is om te leren grenzen aan te geven

en willen weten hoe zij hun leven moeten inrichten met hun SOLK. Verschillende patiënten hebben daarnaast ook de behoefte te leren hun klachten te accepteren. Verder heerst er de angst onder patiënten om sociaal geïsoleerd te raken als gevolg van hun verminderde mobiliteit. Als laatste omschreven de patiënten die bijvoorbeeld een revalidatietraject hebben genoten dit als nuttig maar dat de ondersteuning op de lange termijn ontbreekt.

1.2.3 Dagboeken

In de interviews werd duidelijk dat het enige voordeel van een dagboek voor een patiënt is dat het inzicht geeft in de klachten, doordat het beloop en een patroon zichtbaar kan maken. Dat het aantal barrières talrijker is te zien in Tabel 15. Allereerst kost een dagboek een patiënt veel tijd om in te vullen. Daarnaast komt het voor dat patiënten door omstandigheden het dagboek voor een dag of dagen niet kunnen invullen. Wanneer zij een dag hebben gemist zijn patiënt niet geneigd het bijhouden van het dagboek nog voort te zetten.

1.2.4 eHealth

Het belangrijkste voordeel van eHealth volgens patiënten is dat het een grote bron aan informatie is (Zie Tabel 16). Daarnaast biedt het ook ondersteuning in de vorm van contact met lotgenoten via een blog of social media. Echter geven patiënten ook aan dat technologie klacht verergerend kan werken. Een aantal fibromyalgie patiënten gaven namelijk aan alleen gebruik te maken van hun smartphone omdat het zitten voor een laptop of desktop voor hen ongemak veroorzaakt. Verder geven patiënten aan dat eHealth niet aansluit op de behoeften van de patiënt, omdat het zich niet richt op SOLK.

1.2.5 Demo 'Grip op klachten'

Uit de demo van de toepassing 'Grip op klachten' kwamen verschillende voordelen en barrières voor gebruik naar voren. Een overzicht hiervan is weergegeven in Tabel 17. Een veelgenoemd voordeel was dat de toepassing zowel de patiënt als de huisarts inzicht geeft in de SOLK. Daarnaast zien patiënten het als een voordeel dat de toepassing gepersonaliseerd zou zijn. Ook geven patiënten aan dat de toepassing bijdraagt aan het begrip en de erkenning van SOLK-patiënten. Verder zagen de patiënten de toepassing als een onafhankelijke partij die professioneel advies kan geven waar zij van kunnen profiteren. Een barrière was dat het hen veel tijd zou kosten en bovendien vinden zij het monitoren van drie klachten te weinig.

Tijdens de interviews werden ook suggesties gegeven voor de inhoud van de toepassing 'Grip op klachten'. In het overzicht in Tabel 18 is te zien dat patiënt graag terug willen zien wat beïnvloedende en klacht verergerende factoren zijn. Ook zien zij graag terug welke patronen zich voordoen in hun klachten. Verder wensen patiënten onafhankelijk advies van de toepassing en willen graag advies hoe om te gaan met terugval. Ook hebben de interviews met patiënten geleid tot suggesties voor de lay-

out en mogelijke functies voor de toepassing 'Grip op klachten'. Opvallend was dat de patiënt, net als de huisartsen, graag tabellen en grafieken zagen om het beloop en patronen in de klachten te visualiseren (zie Tabel 19). Verder was een veelgenoemde functie om het persoonlijke klachtenprofiel te kunnen uitprinten.

Tabel 13 Problemen van SOLK-patiënten in het SOLK-traject

<i>SOLK-traject</i>	<i>Probleem</i>	<i>Citaat</i>
Diagnose	Fysiek tot minder in staat zijn door de klachten	"Ik moest begeleid worden, kon niet autorijden, fietsen, ik kon helemaal niks. Ik was zo moe, ik kon helemaal niet eten. Zo extreem was het." – patient3
	Al voor een langere periode last van klachten	"Ik had altijd wel vage klachten, in die zin van dat ik heel vaak naar de huisarts ging. Pijntjes in de vingers, in de schouders." – patient1
	Meerdere malen fysiek laten onderzoeken zonder dat hier een verklaring voor de klachten uit kwam	"Ik heb twee en een half jaar in de ziekenhuizen gelopen om onderzocht te worden." – patient4
	De gebruikte functionele syndromen passen niet bij de symptomen	"Voornamelijk heb ik last van vermoeidheid. Het is niet CVS, daarom noem ik het ook ME. Want CVS vind ik niet een goede benaming." – patient6
	Geen begrip voor SOLK	"De ene arts zegt tegen je: vervelend voor je, ik hoop dat je hier uit komt. Beter wordt. En de andere arts durft je niet aan te kijken en vraagt of je bang bent of je dodelijke ziektes. Die denkt dat je hypochonder bent." – patient6
Behandeling	Huisarts weet niet wat hij moet doen	"En dan zit je bij de dokter en die weet het ook niet meer. En dan zei ik van: ja, maar u bent de dokter. Als u het al niet weet, hoe moet dat dan voor mij zijn." – patient3
	Onvoorspelbare klachten	"Nee, ik heb geen goeie dagen maar wel slechte dagen. Maar dat kan per uur fluctueren. Ik kan daar geen pijn op trekken, want dan doe ik gewoon wat ik gisteren ook deed. En vandaag heb ik dan wel iets. En morgen kan ik exact hetzelfde doen, en dan gaat het wel." – patient5

Moeilijk om grenzen aan te geven	“Ik vind het heel moeilijk om mijn grenzen aan te geven wat werk betreft.” – patient6
Pessimisme van andere patiënten ontmoedigt de patiënt	“En ik ben uiteindelijk terecht gekomen bij een fysiotherapeut, sportschool en psycholoog. Dat doe je in kleine groepjes. In groepsverband vond ik wel prettig. Maar ik vond die neerwaartse spiraal waar sommige mensen in zaten onprettig.” – patient1
Angst om sociaal geïsoleerd te raken	“Want je raakt zo gefrustreerd van hoe je je voelt, hoe je zo uitgeschakeld bent in de maatschappij.” – patient3
Gebrek aan langdurige ondersteuning	“Nou, in december is het geconstateerd dat ik dit heb. En vervolgens word je in het diepe gegooid en dan moet je het zelf uitzoeken.” – patient2

Tabel 14 Behoeften van SOLK-patiënten in het SOLK-traject

<i>SOLK-traject</i>	<i>Probleem</i>	<i>Citaat</i>
Diagnose	Patiënten wilt dat zijn klachten erkend worden	“En ik heb pijn aan de verkeerde kant van mijn buik. Tot nu toe is er nog geen enkele arts geweest die daar gevoeld of gedrukt heeft.” – patient2
	Patiënten willen meer informatie over SOLK	“Ik ga ook weer naar de haptonoom, omdat ik weet dat die mij toch ook weer rustiger kan krijgen. En me toch weer wat tools kan meegeven. Maar voor de rest, na de Trappenberg is het vooral gebaseerd op internet. Want bijna niemand kan je bijna informatie geven.” – patient4
Behandeling	Patiënten willen meer controle over de fluctuatie van hun SOLK	“Maar dat is in mijn geval, een PDS patiënt, dat het voor mij vooral belangrijk is, dat het niet bij iedereen gelijk is. De ene keer kan ik wel tegen nasi en de andere keer niet. Het is zo fluctuerend.” – patient7
	Patiënten willen weten hoe hun leven in te richten met SOLK	En dan loopt mijn WW-uitkering tot in 2016 en dan. Bijstand aanvragen, maar die krijg ik niet. Met al mijn beperkingen zit ik thuis en hoe ga ik het dan doen? Je hebt een gezin, zoon die gaat studeren en mijn man die veel werkt. Ik zit nu al te denken aan een appartement met minder trappen en geen tuin.” – patient1
	Patiënten willen leren hun grenzen aan te geven	“Ja. Ik wil niet meer dat als ik een goede dag heb dat ik honderd duizend dingen doe. En dat ik vervolgens morgen heel ver weg ben.” – patient5
	Patiënten willen leren te accepteren dat zij SOLK hebben	“Je moet ook wel kunnen los laten van is dit het wel. Als je daar constant mee bezig bent dan belemmert dat zo.” – patient1
	Patiënten willen leren kennis toe te passen	“Je krijgt niet alleen die ergonomische dingen of fysio, maar je krijgt ook je psycholoog met alles er op en er aan. Dus je leert best wel wat dingen. Alleen is het lastig om ze toe te passen.” – patient4

Tabel 15 Voordelen en barrières van een dagboek volgens SOLK-patiënten

<i>Categorie</i>	<i>Label</i>	<i>Citaat</i>
Voordeel	Een dagboek geeft inzicht in klachten	“Het was voor mij wel heel belangrijk om een soort inzicht te krijgen. In een soort patroon.” – patient6
Barrières	Een dagboek kost veel tijd en energie	“Ik kreeg dat van de diëtiste. Ik moest dat dagelijks invullen, hoe ik me voelde en wat ik at. Dat was overdreven, want er was nergens meer tijd voor. Ik was zo daar mee bezig.” – patient3
	Door missende data stoppen patiënten met het invullen van het dagboek	“En als je het achteraf moet gaan invullen dan heb je daar ook geen zin in. Dus ik moet wel iets hebben dat ik het gelijk kan vastleggen.” – patient4
	Patiënten vergeten het dagboek in te vullen	“Dat werkt bij mij niet altijd. Omdat wanneer ik bijvoorbeeld de kinderen even moet wegbrengen ik gauw wat eet. En dan weet ik vaak niet meer wat ik gehad heb aan het einde van de middag.” – patient2

Tabel 16 Voordelen en barrières van eHealth volgens SOLK-patiënten

<i>Categorie</i>	<i>Label</i>	<i>Citaat</i>
Voordeel	Patiënten zijn beter geïnformeerd door de informatie die eHealth aanbied	“Ik vind het wel heel fijn, je kunt elkaar daar mee informeren. Je bent er door op de hoogte.” – patient3
	eHealth is toegankelijk	“En het voordeel er van is dat als je bijvoorbeeld thuis zit en je voelt je niet lekker, dat je het dan op de bank heel gemakkelijk kan invullen.” – patient3
	eHealth biedt hulp en ondersteuning voor patiënten	“En een heleboel bloggers zijn ook chronisch zieke. Dus vaak heb ik ook gesprekken met mensen die ik nog nooit heb ontmoet. Maar ik ken ze al jaren, online. En dat doet gewoon heel goed.” – patient5
Nadeel	Gebruik van technologie werkt klacht verergerend voor patiënten	“Het ontspant absoluut niet, krijg je meer klachten en pijn. Ik ben er niet zo blij mee.” – patient1
	eHealth sluit niet aan op de behoeften van de patiënt	“Mijn vriendin heeft de ziekte van Crohn en die heeft daar ook een app voor. Maar dat is toch weer heel anders. En dat is dan toch niet voor mij bedoeld.” – patient2
	Een applicatie werkt niet altijd op alle Operating Systems (OS)	“Dat moet ik nu via Excel doen voor dat appje. Dat appje is alleen beschikbaar voor Apple, maar ik heb geen Apple telefoon en dan zou ik me iPad overal mee naar toe moeten nemen.” – patient3

Tabel 17 Voordelen en barrières ‘Grip op klachten’ volgens SOLK-patiënten

Categorie	Label	Citaat
<i>Voordelen</i>	Geeft de patiënt inzicht in zijn klachten	“Het geeft je inzicht, statistieken, dat je duidelijk krijgt, wat en in hoeverre, wat stimuleert kan werken en wat je nekt.” – patient3
	Geeft de huisarts inzicht in de klachten van de patiënt	“Je maakt dan een afspraak met de huisarts hier over. Als ik bij de huisarts kom met iets heb ik 10 minuten, dus klacht voor leggen. Snel, snel. Hoe moet die huisarts dan weten in die 10 minuten, waar je dan last van hebt. Dus dat is heel moeilijk. Dus ik denk dat dit heel goed is.” – patient6
	Toont begrip naar SOLK-patiënten	“Ik denk dat voor mensen met onbegrepen klachten, zoals ik, kan dit heel veel schelen. Voor een stukje begrip.” – patient6
	Grip op klachten is gepersonaliseerd	“Dat niet iedereen hetzelfde dagboek heeft. Maar wel gepersonaliseerd naar jou ding. Dat maakt ook dat je het makkelijker in kan vullen. Dan dat je allemaal vragen krijgt over onderwerpen waar je helemaal niks mee hebt” – patient5
	Grip op klachten is een onafhankelijke partij die advies kan geven bij SOLK	“Het is soms wel prettig om van een derde, tips en trucs te krijgen over iets waar jezelf niet bij hebt stil gestaan.” – patient5
	Grip op klachten is toegankelijk	“En het voordeel er van is dat als je bijvoorbeeld thuis zit en je voelt je niet lekker, dat je het dan op de bank heel makkelijk kan invullen.” – patient3
<i>Barrières</i>	Het Grip op klachten dagboek kost veel tijd	“50 dagen, is wel lang, misschien kun je er een maand van maken. Want dan kun je je agenda er nog eens op naslaan. 50 dagen is wel heel lang.” – patient1
	Drie klachten monitoren is te weinig	“Er zijn natuurlijk dingen die mentaal en fysiek invloed hebben. En klachten die naar voren komen waar je er drie uit kan kiezen. Soms heb je er wel zes. Dus dan is drie weinig.” – patient4

Grip op klachten vragenlijsten hebben te veel antwoordopties	“Ik zou de opties zo strak mogelijk willen hebben. Ik straks dat je met zo'n balkje kan schuiven, ik heb liever vier opties. Niet zo halverwege, want wat is dat. Want het is ja nee of ik het weet niet. Hoe meer ruimte je daar in hebt. Dat vind ik ook bij enquêtes die je kunt beoordelen van 1 tot 10. Dan ga ik altijd uiterste scoren, des te leuker is de uitslag” – patient5
--	--

Tabel 18 Suggesties ontwerpelementen en functies voor ‘Grip op klachten’

<i>SOLK-traject</i>	<i>Onderwerp</i>	<i>Citaat</i>
Diagnose	Klacht verergerende factoren	“Dat je het dagboek erbij kan halen omdat je je niet goed voelt en niet weet wat je fout hebt gedaan.” – patient1
	Beïnvloedende factoren van de klachten	“Stel dat je een week een hele piek daarin hebt gehad. En je hebt niet in de gaten waarvan. Ik denk dat ik dat eerder zou willen weten, om te weten wat ik daar aan kan doen.” – patient1
	Score op vragenlijsten	“Ik zou wel willen weten hoe ik op bepaalde onderdelen scoor. Er zullen wel vragengroepjes zijn. Dus daar zou ik naar benieuwd zijn.” – patient5
	Klachtpatronen	“En als je na een maand een tendens kunt zien, en dat je kunt zeggen van goh wat doe ik nou verkeerd. En wat moet ik veranderen. En je daar werkelijk ook iets mee kan.” – patient4
Behandeling	Inzicht in effect van behandeling	“Nou als er na 50 dagen er dit uitkomt en dan ga je daar iets in veranderen. En na dat te veranderen het dagboek nogmaals in te vullen. Voor de huisarts maar ook van de gebruiker zelf. Dat zij verschil zien.” – patient6
	Advies bij terugval	“Want je valt heel gauw weer terug in een patroon. Want het houdt ook weer op. En misschien is het wel goed dat als je terugval hebt, dat je het dagboek weer een keer kan invullen.” – patient1
	Onafhankelijk zelfmanagement advies	“Maar ik denk dat het managen veel belangrijker is. Als je dat uit het dagboek kan halen, want over gaan gaat het niet.” – patient1
	Ontspanningsoefeningen	“Dat je uit de site waar je op in logt bijvoorbeeld weer ontspanningsoefeningen kan ophalen.” – patient1

Tabel 19 Suggesties voor de lay-out en mogelijke functies voor ‘Grip op klachten’

<i>Categorie</i>	<i>Label</i>	<i>Citaat</i>
Lay-out	Overzicht geven	“Een overzicht van waar zitten de knelpunten.” – patient3
	Positieve punten benoemen	“ ... wat stimuleert kan werken.” – patient3 “Waar zitten de positieve aspecten.”- patient3
	Tabellen en grafieken gebruiken	“Ik ben wel van de tabellen en de grafieken.” – patient5
	Toelichting geven	“Met een onderbouwing.” – patient4
Functie	Uit kunnen printen	“Als je het op papier hebt dan houd je je er mee aan.” – patient1

3. Value specification

2.1 Belangrijke values van stakeholders

Van de drie deelnemende projectleden waren er twee vrouw en één man. De groep had een gemiddelde leeftijd van 42 jaar (SD=8.2). De projectleden waren allen expert op het gebied van SOLK en waren ook verantwoordelijk voor de inhoud van de applicatie. Één projectlid heeft een achtergrond in de IT en houdt zich bij dit project daar ook mee bezig. In tabel 20 zijn de belangrijkste *values* van deze stakeholders weergegeven. Een voorbeeld van een *value* is flexibele ICT die na implementatie kan blijven worden doorontwikkeld zonder dat de technologie “stuk” gaat.

2.2 Requirements van zorgprofessionals en SOLK-patiënten

De interviews met zorgprofessionals en SOLK-patiënten hebben geleid tot requirements voor de applicatie ‘Grip op klachten’. In Tabel 21 zijn de requirements van zorgprofessionals en in Tabel 22 van SOLK-patiënten op een rij gezet. Zowel zorgprofessionals als patiënten vinden het belangrijk dat de toepassing zich aansluit op de behoeften van de gebruiker en wensen dat het gepersonaliseerd is. Daarnaast vinden beide partijen de toegankelijkheid van de applicatie belangrijk. Bij zorgprofessionals gaat het dan om de koppeling met andere systemen als de HIS. Patiënten wensen graag een mobiele applicatie die zij op hun smartphone kunnen openen waarmee zij het dagboek kunnen invullen. Tot slot is opvallend dat patiënten vinden dat er een rol is weggelegd voor de toepassing om meer bekendheid en erkenning te creëren voor SOLK.

Tabel 20 Values van projectleden ‘Grip op klachten’

<i>Citaat</i>	<i>Value</i>
“Je ziet eigenlijk een soort drieluik tussen het eHealth systeem die huisarts en poh-er en de patiënt. Die drie moeten in elk stadium matchen.” – grip1	Zorgprofessionals en patiënten bij elkaar brengen
“Beveiliging, als mensen allerlei gevoelige informatie ingeven in het systeem dan moeten we er wel overtuigd van zijn dat andere mensen er niet bij kunnen.” – grip2	Adequate beveiliging van data
“Het is een ongelooflijke uitdaging om ervoor te zorgen dat we het systeem qua content kunnen aanpassen steeds, kunnen optimaliseren. Zonder dat de ICT opnieuw ontwikkeld moet worden, anders gaat alles steeds kapot.” – grip1	Flexibele ICT
“Wat daarna nodig is voor huisartsen dat het makkelijk is om met dit systeem te werken. Want zij hebben natuurlijk al heel veel verschillende systemen die zij gebruiken.” - grip3	Uitwisselbaar met verschillende systemen
“Door een beter zicht te geven op die heterogene groep SOLK-patiënten, hoe die patiënten van elkaar verschillen. Dat maatwerk wat het systeem moet gaan leveren, dat is moeilijk om te leveren zonder dat expert systeem. Dat kan niet, want een individuele behandelaar die heeft ook zijn eigen voorkeuren.” – grip2	Unbiased expertise
“Wat natuurlijk heel belangrijk is wat het systeem moet kunnen doen is op heel veel verschillende mensen kunnen aanpassen. Dus mensen met een lage intelligentie, op ouderen, op mensen die zich heel onbegrepen voelen of juist mensen die super gemotiveerd zijn.” – grip3	Gepersonaliseerd / tailored
“Wat mij betreft wordt het zo flexibel mogelijk, misschien zijn er wel mensen die de vragenlijsten wel willen invullen maar dat dagboek niet willen doen. Misschien zijn er wel huisartsen die het probleemprofiel willen en die dan pas zien wat nu eigenlijk het probleem is.” – ontw1	Flexibiliteit

Tabel 21 Requirements voor 'Grip op klachten' volgens zorgprofessionals

<i>Citaat</i>	<i>Behoefte</i>	<i>Requirement</i>
“Het moet aansluiten bij wat de patiënt wil.(...) Als het aansluit bij wat zijn willen en het heeft wat zij ervan verwachten dan heeft het ook het meeste effect.” – huisarts1	Gepersonaliseerde informatie	Het systeem moet de geboden informatie toespitsen op de wensen en behoeften van de gebruiker.
“Wat iedereen ook al wel roept is dat je wel alles op internet kan zetten. Dus dingen die er op staan zijn niet betrouwbaar. Je moet het wel kunnen nuanceren.” – huisarts2	Betrouwbaarheid	Het systeem moet informatie aanbieden die betrouwbaar, eerlijk en unbiased is.
Interviewvraag: <i>Wat voor terugkoppeling moet de patiënt krijgen?</i> “Ik weet niet hoe jullie terugkoppelen. Of jullie alleen terugkoppelen: Uw klachten passen binnen het prikkelbare darmsyndroom. Of koppelen jullie ook terug: uw klachten passen daar niet binnen. Als ik dan gezegd heb dat het prikkelbare darm syndroom is en dat jullie zeggen dat het niet is.” – huisarts5	Adequate formulering	Het systeem moet aansluiten op de uitspraken van de zorgverlener en deze niet tegenspreken.
<i>Hoe komt het dat u weinig technologie gebruikt?</i> “Als je hulpverleners van een zekere leeftijd aan die apparaten wil, dan moet het wel toegankelijk zijn.” – poh5	Gemakkelijk te gebruiken	Het systeem is zo te gebruiken dat de gebruiker geen nieuwe vaardigheden nodig heeft.
“Op de privacy moet je ook letten. Als je een mail krijgt, dat zou wel kunnen. Maar dan zou je eigenlijk de naam en identiteit van de patiënt moeten weergeven met een nummer. Ik denk niet dat het zomaar kan dat je daar zo maar een mail van krijgt.” – huisarts3	Privacy en veiligheid	Het systeem moet de privacy van zijn gebruikers waarborgen
“Ik zou het niet gaan gebruiken als het mij te veel tijd zou kosten.” – huisarts4	Tijdbesparend zijn	Het systeem moet huidige activiteiten in het zorgproces versimpelen en versnellen.
“Ja, ik denk dat je het terug moet gooien naar de patiënt zelf. Ik bedoel ja, we doen het voor jou. Dus voor mij hoeft je het niet in te vullen. Wil je meer zicht op je klachten? Wil je meer grip? Dan moet de patiënt een bepaald commitment hebben.” – huisarts4	Zelfmanagement motiveren	Het systeem moet de gebruiker zelfmanagement vaardigheden aanleren.

Tabel 22 Requirements van SOLK-patiënten

<i>Citaat</i>	<i>Behoefte</i>	<i>Requirement</i>
“Het mooiste zou zijn dat je het via de app kan invullen. Want dat kun je overal doen. Ten minste, ik heb altijd mijn telefoon mee. Als je dan iets specifiek hebt, dat wil ik niet vergeten.” – patient4	Toegankelijk	Het systeem moet toegankelijk zijn voor gebruikers in de vorm van een mobiele applicatie
“Mijn vriendin heeft de ziekte van Crohn en die heeft daar ook een app voor. Maar dat is toch weer heel anders. En dat is dan toch niet voor mij bedoeld. Ik heb dat wel geprobeerd. [kun je dat meer uitleggen waarom het niet past bij jou]. Het is echt meer voor haar ziekte bestemd. En sluit dan niet aan op wat ik dan heb.” – patient3	Gepersonaliseerd	Het systeem moet gepersonaliseerd zijn door de inhoud toe te spitsen op de wensen en behoeften van de gebruiker.
“Als ik normaal een Excel invul dan zou ik invullen, dan doe ik dat en dat kost me zoveel inspanning.” – patient4	Tijd besparen	Het systeem moet zo min mogelijk energie en tijd van zijn gebruiker vragen.
“Misschien een bekendmaking. Als je thuis zit, en je denkt dat daar nog iets mee zit, en voordat je naar een huisarts gaat. Dat er op internet en social media daar al aandacht aan wordt besteed. Dat het promoot wordt, dat mensen weten dat het er is. Dat men daar al eerder aan kan gaan denken.” – patient3	Bekendmaking	Het systeem moet bekendheid zoeken bij zijn potentiële gebruikers.

2.3 Persona's

Aan de hand van de interviews werden er vier persona's opgesteld. Uit de analyse van de interviews met patiënten werd duidelijk dat het merendeel van de participanten langdurige klachten (een jaar of langer) hadden. Echter zou de toepassing ook gebruikt worden door patiënten die voor een kortere periode klachten hadden (zes maanden of langer). De participanten gaven aan in het verleden andere behoeften te hebben dan zij op het moment hadden. Op basis van deze constatering werden twee persona's ontwikkeld. Het ging om een persona die voor een korte periode klachten had (Inge de Bruin) en een persona die voor een langere periode klachten had (Bea Smit). In Tabel 24 is het volledige persona van Inge de Bruin weergegeven. In bijlage 9 is het andere persona Bea Smit te vinden. Al de opgestelde persona's hebben een vergelijkbare opstelling waarin de drie thema's demografie, gezondheid en technologie terugkomen. In de linker kolom komt het thema demografie aan bod met de leeftijd, werk en leefsituatie. Voor Inge de Bruin geldt dat zij samenwoont met haar partner en jonge kinderen heeft. Ook werkt Inge vier dagen in de week, wat meer is in tegenstelling tot het persona van Bea Smit die slecht zes uur in de week werkt. Hoe deze twee persona's van elkaar verschillen is te zien in Tabel 26. In dezelfde kolom komt ook een deel van het thema technologie terug, zo wordt er duidelijk welke technologische apparaten en operating systems het persona gebruikt. Voor Inge de Bruin geldt dat zij een iPhone en een iPad heeft. Bea Smit heeft daarentegen een Android smartphone en geen tablet. Het thema gezondheid komt in de middelste kolom aan bod. Bij Inge de Bruin gaat het om klachten die al langer aanwezig zijn en recent zijn verergerd. In het verhaal van Inge komt ook naar voren dat ze zich onbegrepen voelt en wenst te willen weten wat er met haar aan de hand is. Ook dagboeken en vragenlijsten komen in deze kolom aanbod. Bij dit persona echter niet, Inge de Bruin heeft geen ervaring met dagboeken. Bea Smit heeft wel ervaring met dagboeken omdat zij al langer klachten heeft en voor die klachten is behandeld. In de rechter kolom staat het thema technologie centraal, waarin eerst een stuk tekst is gewijd aan de attitude en digitale vaardigheden van het persona. Inge gebruikt meer technologie dan het persona van Bea. De digitale vaardigheden van Inge zijn ook hoger. In de regel eronder zijn icoontjes gebruikt om duidelijk te maken welke applicaties het persona zou gebruiken. Op basis van de demo is er ook aandacht voor wat het persona zou willen met de toepassing 'Grip op klachten'. Inge zou graag meer informatie willen over SOLK en willen weten wat een mogelijke diagnose is. Bea daarentegen zou meer willen leren hoe zij haar leven rondom haar klachten kan inrichten.

Voor de gebruikersgroep zorgprofessionals is er een persona van een praktijkondersteuner (Henny Schurink) en een persona van een huisarts (Geert van de Berg) gemaakt. Er zijn een aantal relevante verschillen tussen deze twee persona's. Tabel 25 is een samenvatting hiervan. Het volledige persona van de huisarts is te vinden in bijlage 8 en die van de praktijkondersteuner in bijlage 7. Bij het

thema gezondheid verschillen de twee persona's op de wijze dat de huisarts zich onder druk gezet voelt door de SOLK-patiënt en irritatie ervaart als gevolg van dat de patiënt zich focust op de somatiek. De praktijkondersteuner is wat genuanceerder en beseft dat er veel patiënten zich onbegrepen voelen. Bij het thema technologie is de huisarts terughoudender bij de inzet van eHealth dan de praktijkondersteuner.

2.3.1 Formatieve evaluatie persona's

Voor de evaluatie van de persona's werden vier huisartsen geïnterviewd. Zij waren allen vrouw en hadden een gemiddelde leeftijd van 34 jaar (SD=4.6). Twee van de geïnterviewde huisartsen waren nog in opleiding en twee hadden de opleiding recent afgerond. In Tabel 23 is een compleet overzicht van de demografische gegevens van de participanten.

Tabel 23 Demografische gegevens van geïnterviewde huisartsen

<i>Code</i>	<i>Geslacht</i>	<i>Leeftijd</i>	<i>Opleiding afgerond</i>
Huisarts1	Vrouw	38	Ja
Huisarts2	Vrouw	28	Nee
Huisarts3	Vrouw	39	Ja
Huisarts4	Vrouw	31	Nee

In de interviews kwam naar voren dat al de participanten zich in de meeste elementen van het persona van Geert van de Berg herkenden. Huisarts1 gaf wel aan zelf niet de voorkeur te geven aan eHealth, maar dit wel terug te zien bij collega's. Bij het persona Henny Schurink gaf huisarts1 aan dat het persona relatief jong was: *"Ik vind haar voor een praktijkondersteuner GGZ relatief jong. Meestal zijn dat voor mijn gevoel iets oudere dames met veel ervaring."* – huisarts1. Bij zowel het persona Inge de Bruin als Bea Smit gaven de participanten aan dit een kenmerkende SOLK-patiënt te vinden. Kenmerkend elementen voor de participanten waren dat beide patiënten onbeantwoorde vragen hadden omtrent hun klachten, hulp zochten en zich onbegrepen voelden. Participanten gaven wel aan dat de rol van de partner van Inge de Bruin opvallend was. Partners van SOLK-patiënten zouden namelijk wel aandacht hebben voor de somatische kant van de klachten. Ook omschreef huisarts3 het persona van Bea Smit als een succesverhaal en dat er bij SOLK-patiënten vaak sprake is van een terugval. Opvallend was dat al de participanten enerzijds positief waren over de progressie die het persona Bea Smit had gemaakt. En anderzijds riep het persona ook gevoel van irritatie op doordat Bea Smit haarzelf is blijven zien als zieke. De participanten waren echter van mening dat het persona niet ziek was. Het volgende citaat illustreert dit: *"Dat wekt bij mij een beetje irritatie op. Heel veel mensen hebben PDS en dat is vervelend. Dan moet je wel gewoon kunnen werken en je dagelijkse dingen kunt doen."* – huisarts4

Tabel 24 Persona patiënt Inge de Bruin

Inge de Bruin

“Iedereen denkt dat het goed met mij gaat. Zij zien mij naar mijn werk gaan en de kinderen van school op halen. Maar ondertussen weten zij niet dat ik aan het einde van de dag ontzettend moe ben.”



Leeftijd 36 jaar

Gezinssituatie Getrouwd, dochter van 2 en een zoon van 1 jaar

Beroep Activiteitenbegeleider op een woongroep voor 4 dagen

Apparaten

- Laptop
- iPhone
- iPad



Toen Inge jonger was heeft ze voor een korte tijd ook last gehad van dit soort klachten. Dit ging toen naar verloop van tijd over. Na de geboorte van haar jongste kind ging het opeens slechter met Inge. Ze had last van vermoeidheid en pijn. Inge is naar haar huisarts gegaan. Na verschillende lichamelijke onderzoeken kon de huisarts haar niet vertellen wat er aan de hand is. Ze is vervolgens verwezen naar een internist. Deze kon haar ook niks vertellen.

Inge voelt zich onbegrepen en schuldig. Door de pijn en de moeheid kan ze veel dingen niet meer doen. Waardoor veel van haar taken moeten worden overgenomen door haar partner. Haar huisarts lijkt haar ook niet te begrijpen. Deze zegt dat het waarschijnlijk psychisch is, terwijl Inge ervan overtuigd is dat er iets lichamelijk mis is. Inge weet niet wat ze moet doen. Ze twijfelt aan haarzelf en denkt dat ze zich misschien wel aanstelt.

Inge is gedwongen om vaak op bed te blijven liggen, ze heeft te veel pijn en is te moe om wat te doen. Wanneer ze wel wat gaat doen lijkt ze zich nog alleen maar slechter te voelen. Van de huisarts heeft ze al wel een diclofenac kuur gekregen. Maar dat helpt niet. Ze wordt er alleen maar suf van. Inge wil gewoon graag weten wat er met haar aan de hand is.

eHealth

Inge staat positief tegen over technologie. Ze zoekt vaak dingen op via Google en appt regelmatig met haar vriendinnen en collega's. Voor haar werk maakt Inge regelmatig gebruik van haar laptop en neemt die ook mee. Haar iPad gebruikt ze om thuis de digitale krant op te lezen. Haar digitale vaardigheden zijn hoog.

Websites en app's



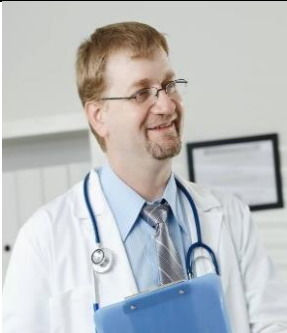
Regelmaat en locatie

- Dagelijks
- Thuis, onderweg en op haar werk

Wil met 'Grip op klachten'

- Informatie over SOLK krijgen
- Informatie over mogelijke diagnose krijgen
- Inzicht in haar klachten krijgen

Tabel 25 Overzicht van de verschillen tussen de persona's van zorgprofessionals

	Geert van de Berg	Henny Schurink
		
<i>Geslacht</i>	Man	Vrouw
<i>Leeftijd</i>	50 jaar	43 jaar
<i>Beroep</i>	Huisarts	Praktijkondersteuner GGZ
<i>Gezondheid</i>	• Weet niet altijd waar de patiënt naar toe te verwijzen • Voelt zich onder druk gezet door patiënten • Vindt dat patiënten zich focussen op de somatiek	• Heeft moeite met de onzekerheid rondom de diagnose SOLK • Vindt dat patiënten met SOLK voelen zich onbegrepen
<i>Vragenlijsten</i>	• Vindt vragenlijsten nuttig bij klachteninventarisatie • Weet niet altijd goed wat hij moet doen met de uitslag van een vragenlijst	• Gaat liever in gesprek met de patiënt dan een vragenlijst te gebruiken
<i>Dagboeken</i>	• Heeft geen tijd om een heel dagboek van een patiënt te lezen • Vindt het herkennen van patronen moeilijk in een dagboek	• Gebruikt dagboeken om de link tussen activiteiten en klachten te leggen
<i>Technologie</i>	• Is terughoudend bij de inzet van eHealth • Vindt dat patiënten door eHealth beste zijn geïnformeerd	• Maakt regelmatig gebruik van eHealth • Vindt dat eHealth patiënten bewuster maken van hun gezondheid

Tabel 26 Overzicht van verschillen tussen de persona's van patiënten

	Bea Smit	Inge de Bruin
		
<i>Geslacht</i>	Vrouw	Vrouw
<i>Leeftijd</i>	50 jaar	36 jaar
<i>Beroep</i>	Administratief medewerker	Activiteitenbegeleider
<i>Gezondheid</i>	• Heeft al langer klachten • Is ervan bewust dat een psychologische factor een rol speelt bij haar klachten • Wil weten hoe haar leven verder in te richten met haar klachten	• Kan fysiek minder aan door de klachten • Voelt zich onbegrepen • Wil graag informatie over SOLK • Is op zoek naar een verklaring voor haar klachten
<i>Zelfmanagement</i>	• FODMAP-dieet • Psycholoog • Diëtist	• Rusten • Medicatie
<i>Dagboeken</i>	• Heeft inzicht gegeven in eigen klachten • Kost wel veel tijd	• Nooit eerder een dagboek gebruikt
<i>Technologie</i>	• Gebruikt af en toe technologie • Whatsapp, E-mail • Gemiddelde digitale vaardigheden	• Gebruikt regelmatig technologie • Whatsapp, Facebook, Runkeeper • Hoge digitale vaardigheden

2.4 Persuasive profiling

De vragenlijst voor *persuasive profiling* werden door 13 participanten ingevuld. Deze groep had ook deelgenomen aan de q-sort. De demografische gegevens zijn weergegeven in Tabel 27.

Uit de statistische analyse met de Wilcoxon rangtekentoets bleek dat participanten voornamelijk hoog scoorden op de strategieën *authority* ($p=0.005$), *rewards* ($p=0.002$) en *trustworthiness* ($p=0.003$). Dit was met name in vergelijking tot de strategie *competition*. Wat betekende dat participanten een geen voorkeur hadden aan de strategie *competition*. De strategieën *authority* en *trustworthiness* werden gekozen om te integreren in het design. De persuasieve strategie *authority* werd in het design geïntegreerd door bij de inhoud te refereren naar betrouwbare bronnen. Voor de strategie *trustworthiness* werd ervoor gezorgd dat de inhoud zoveel mogelijk betrouwbaar en eerlijk zou overkomen.

Tabel 27 Resultaten Wilcoxon rangtekentoets

Vergeleken persuasieve strategieën	Z	p
Authority – scarcity	-1,413 ^a	,158
Authority – rewards	-,736 ^b	,462
Authority – competition	-2,680 ^a	,005
Authority – social comparison	-,432 ^a	,666
Authority – trustworthiness	-1,853 ^b	,005
Authority – social learning	-,175 ^a	,861
Scarcity – rewards	-1,540 ^a	,124
Scarcity – competition	-2,405 ^b	,016
Scarcity – social comparison	-1,055 ^a	,291
Scarcity – trustworthiness	-2,140 ^a	,032
Scarcity – social learning	-,734 ^a	,463
Rewards – competition	-3,078 ^a	,002
Rewards – social comparison	-1,682 ^a	,092
Rewards – trustworthiness	-1,647 ^b	,100
Rewards - social learning	-1,155 ^a	,248
Competition - social comparison	-2,447 ^a	,014
Competition – trustworthiness	-2,979 ^a	,003
Competition - social learning	-2,399 ^a	,016
Social comparison – trustworthiness	-2,359 ^a	,018
Social comparison – social learning	-,455 ^a	,649
Trustworthiness – social learning	-1,713 ^b	,087

a. Based on positive ranks. b. Based on negative ranks.

Er werden nog drie aanvullende strategieën gekozen die niet door de vragenlijst was gemeten. Deze strategieën vielen onder het PSD-model (Oinas-Kukkonen & Harjumaa, 2009). Allereerst *personalization* in de vorm van een persoonlijk klachtenprofiel en persoonlijk dagboek. Ten tweede *tunneling*, omdat zowel de toepassing als het zorgproces bestaan uit stappen. Het zou dan gaan om de stappen 1) kennismaking met de toepassing 2) screening, 2) intake, 3) dagboek waarbij de toepassing bij elke stap communiceert met de gebruiker. Verder zou er gebruik worden gemaakt van *suggestions* naar het onderzoek van Kelders et al. (2012). Dit was in de vorm van suggesties voor acties die de gebruiker met het de toepassing kan ondernemen

2.5 Use-case scenario's

Op basis van verzamelde informatie werden er vijf use-case scenario's opgesteld. De use-case scenario's betroffen de moment dat het de gebruiker en het systeem interacteren en communiceren als informatie was verzameld en verwerkt. Het proces begint doordat de gebruiker een vragenlijst of dagboek afrondt. Deze persoonlijke data wordt door de toepassing geanalyseerd en opgenomen in het persoonlijke klachtenprofiel van de patiënt. Dit gebeurt op drie momenten, deze zijn: 1) na afronding van vragenlijsten voor de screening, 2) na afronding van vragenlijsten voor intake en 3) na het dagboek voor een bepaalde periode bij te hebben gehouden. In Tabel 28 is een use-case scenario opgenomen van het moment dat de vragenlijsten voor de intake zijn afgerond. Er is uitgegaan van het persona Bea Smit. De motivatie van Bea is dat zij wil weten wat haar klachten doet verergeren. Bea krijgt allereerst een emailbericht waarin staat dat haar Grip radar beschikbaar is op de website van 'Grip op klachten'. Om deze te bekijken moet zij inloggen op de website. Op de homepage krijgt Bea onder andere de suggestie om de Grip radar te bekijken. Ze kan dan op de aangeboden link klikken om daar te komen.

2.6 Ontwerpelementen

Uit de use-case scenario's waren verschillende ontwerpelementen ontstaan. Deze werden verzameld in een tabel en de bijhorende uitspraken uit de interviews werden hier aan gekoppeld. Deze tabel is opgenomen in bijlage 11. De ontwerpelementen werden formatief geëvalueerd met potentiële gebruikers door middel van een q-sort en een card sort. In de onderste twee sub paragrafen wordt de formatieve evaluatie van de ontwerpelementen omschreven.

2.5.1 Card sort

Aan de q-sort deden dertien patiënten mee (n=13). De groep bestond uit twaalf vrouwen en één man. De gemiddelde leeftijd was 38.9 jaar (SD=9.2). Van de dertien participanten waren er zeven met PDS, vijf met fibromyalgie en één participant had "anders" aangegeven. Vier participanten hebben altijd al klachten gehad en negen participanten hadden langer dan een jaar klachten. Tabel 29 is een overzicht van de demografische gegevens van de participanten van de q-sort

Tabel 28 Use-case scenario Grip radar

Actor	Persona: Bea Smit
Trigger	Melding via e-mail dat de Grip radar beschikbaar is
Doel	Bea wil weten welke factoren haar klachten verergeren
Motivatie	Bea denkt dat vooral melkproducten haar klachten verergeren, maar haar dokter zegt dat er ook psychische factoren zijn die haar klachten beïnvloeden
Voorwaarde	Afgeronde screener, intake waarbij eigen factor (melkproducten) is toegevoegd
Scenario	1. Bea logt in op de Grip op klachten website 2. Op de homepage van Grip op klachten worden verschillende acties voor de gebruiker gesuggereerd: 1) bekijken van uw Grip radar of 2) het lezen over onbegrepen klachten. Ook is te zien hoe ver de gebruiker is in het voltooien van zijn Grip profiel en welke onderdelen van de Grip op klachten planning zijn voltooid en welke nog op het programma staan. 3. Bea ziet dat ze al 25% van haar Grip profiel heeft voltooid. Bea wil weten wat haar klachten erger maakt en daarom klikt ze op Grip radar. 4. Op de volgende pagina opent de Grip radar waar de gebruiker eerst uitleg krijgt over de vier gebieden waar aandacht voor is bij de Grip radar, namelijk doen, denken, voelen en omgeving. Ook wordt er een link aangeboden naar meer informatie over deze vier gebieden. Verder wordt de Grip radar aangeboden die visueel maakt welke factoren uit de vier gebieden een aandeel hebben in de klachten die de gebruiker ervaart. 5. Bea leest over de vier gebieden en de bijhorende kleuren. Vervolgens bekijkt ze de Grip radar. Daarin ziet Bea dat voeding geen rol speelt bij haar klacht. Uit de Grip radar haalt Bea wel op dat grenzen stellen en hulp vragen een rol kunnen spelen. Verder blijkt dat op gebied van haar omgeving de relatie met zorgprofessionals een rol speelt. Daarnaast spelen op het gebied van voelen lichaamssignalen en emoties een rol. En tot slot op het gebied van denken zou bewegingsangst een rol spelen.

Tabel 29 Demografische gegevens participanten q-sort (n=13)

Geslacht	<i>vrouw</i>	12
	<i>man</i>	1
Leeftijd	38.9 jaar (SD=9.2)	
Syndroom		
	<i>PDS</i>	7
	<i>Fibromyalgie syndroom</i>	5
	<i>Anders</i>	1
Duur van de klachten		
	<i>Langer dan 1 jaar</i>	9
	<i>Heeft hele leven al klachten</i>	4

De participanten waardeerden de elementen van screening en de intake op verschillende manieren. In de correlatiematrix van deze q-sort (bijlage 12) is te zien dat participant10 en 8 het voor een groot deel met elkaar eens waren ($r=0.78$). Ook participant9 en 7 waren het in zeker mate met elkaar eens ($r=0.65$). Belangrijke ontwerpelementen waren: ‘Lichamelijke klachten’ die door twaalf participanten als belangrijk (of hoger) werd gelabeld en ‘Kwaliteit van leven’ die door elf participanten als belangrijk (of hoger) werd gelabeld. Onbelangrijke elementen waren: “Sociale factoren” en “Zorggebruik” die beide door acht participanten als onbelangrijk (of lager) werden gelabeld. Tabel 29 geeft een overzicht van hoe participanten de elementen waardeerden.

Ook de elementen van het dagboek werden op verschillende manieren gewaardeerd door participant. Participant 9 en 7 hadden een hoge overeenkomst ($r=0.83$) en participant12 en 5 waren het juist oneens ($r=-0.83$) (zie ook bijlage 12). Bij de elementen van het dagboek vonden participanten de elementen “De hoeveelheid klachten die u ervaarde” en “Patronen in de klachten” belangrijk. Onbelangrijke elementen volgens participanten waren: “Samenhang tussen klachten” en “Opmerkingen die u plaatste in het dagboek”. Hoeveel participanten ontwerpelementen als belangrijk of onbelangrijk waardeerde is terug te zien in Tabel 30.

Tot slot werden de q-sorts van de overige elementen geanalyseerd. Er was een hoge overeenkomst tussen participant12 en 11 ($r=0.9$) en participant11 en 5 ($r=0.85$). Daarentegen waren participant 3 en 1 het met elkaar zeer oneens ($r= - 0.75$). De volledige correlatiematrix bevindt zich bijlage 12. De ontwerpelementen “Informatie over de impact van SOLK” en “Informatie over hoe men kan leren omgaan met SOLK” waren volgens participanten belangrijke elementen. Deze elementen werden beide door acht participanten als belangrijk (of hoger) gewaardeerd. Dit is ook zichtbaar gemaakt in tabel 31. Onbelangrijke elementen waren: “Informatie over diagnostiek” en

“Informatie over syndromen”. Hoe de participanten de elementen hebben gewaardeerd is terug te lezen in Tabel 32.

Tabel 30 Aantal participanten per mate van waardering van ontwerpelementen van de screening

	Onbelangrijk	Neutraal	Belangrijk
Gedachten over uw klachten	7	3	3
Lichamelijke klachten	0	1	12
Gevoelens over uw klachten	2	4	7
Ernst van uw lichamelijke klachten	5	4	4
Gedrag dat kan bijdragen aan uw klachten	4	5	4
Duur van de klachten	2	7	4
Sociale factoren met betrekking tot uw klachten	8	3	2
Psychische klachten	4	4	5
Lichamelijke factoren die te maken hebben met uw klachten	5	5	3
Kwaliteit van leven	1	1	11
Oorzaak van uw klachten	2	8	3
Moeilijkheden die u ervaart	7	3	3
Verwijshulp	5	3	5
Slaappatroon	5	5	3
Of uw klachten passen bij de diagnoses fibromyalgie, CVS of PDS	7	3	3
Zorggebruik	8	4	1
Uw persoonlijke klachtverhaal	8	1	4

Tabel 31 Aantal participanten per mate van waardering van ontwerpelementen van de intake en het dagboek

	Onbelangrijk	Neutraal	Belangrijk
Samenhang tussen klachten en uw persoonlijke factor	6	1	6
De hoeveelheid klachten die u ervaarde	5	1	7
Ernst van de klachten op de verschillende dagen dat u het dagboek invulde	4	3	6
Opmerkingen die u plaatste in het dagboek	10	1	2
Samenhang tussen klachten	2	8	3
Patronen in de klachten	3	5	5
Factoren die in uw dagboek samenhangen met minder last van klachten	3	7	3

Wat u heeft gedaan om de klacht te verminderen toen de klacht zich voordeed	3	6	4
Factoren die in uw dagboek samenhangen met meer last van klachten	3	7	4

Tabel 32 Aantal participanten per mate van waardering van ontwerpelementen van de overige elementen

	Onbelangrijk	Neutraal	Belangrijk
Informatie over welke diagnostiek in het algemeen wordt geadviseerd bij de meest voorkomende lichamelijke klachten	8	1	4
Informatie over hoe u het beste kan uitleggen wat uw situatie is en welke klachten u ervaart	5	3	5
Informatie over het beloop van SOLK	2	8	4
Informatie over de rol van lichaam en geest bij SOLK	3	5	5
Informatie over wat SOLK zijn	6	2	5
Informatie over wat het Grip op klachten systeem doet	4	3	6
Informatie over welke impact SOLK kunnen hebben op het dagelijks leven	3	2	8
Informatie over syndromen als fibromyalgie, prikkelbare darmsyndroom en chronisch vermoeidheidssyndroom	7	2	4
Informatie over hoe men kan leren omgaan met SOLK	3	2	8

2.5.2 Q-sort

Aan de card sort deden zes zorgprofessionals mee. Hiervan waren vier huisarts, één POH-GGZ en één POH-Somatiek. Al de participanten waren vrouw en hadden een gemiddelde leeftijd van 38 jaar (SD=6.6). Twee van de vier huisartsen waren nog in opleiding. Tabel 33 geeft een overzicht van de demografische gegevens van de participanten. De deelnemende huisartsen hadden ook bijgedragen aan de evaluatie van de persona's.

Tabel 33 Demografische gegevens participanten cardsort

<i>Code</i>	<i>Geslacht</i>	<i>Leeftijd</i>	<i>Opleiding afgerond</i>
Huisarts1	Vrouw	38	Ja
Huisarts2	Vrouw	28	Nee
Huisarts3	Vrouw	39	Ja
Huisarts4	Vrouw	31	Nee
POH-GGZ	Vrouw	48	N.v.t
POH-Somatiek	Vrouw	42	N.v.t.

Een veel voorkomende groepering van de elementen was het onderscheid tussen de somatische kant (klachten, ernst, duur) van SOLK en de psychische kant (emoties, cognities) van SOLK. Ook werden de factoren (cognities, emoties, gedrag) die invloed konden uitoefenen op de SOLK regelmatig gecategoriseerd tot één groep. Drie participanten hadden gebruikt gemaakt van de blanco kaarten. Eén daarvan voegde twee nieuwe kaarten toe, deze omschreven de 1) voorgeschiedenis van de patiënt en de 2) familieanamnese. De andere huisarts wenste graag naast de verwijshulp ook een behandeladvies voor de huisarts zelf. De derde huisarts wenste nog de geformuleerde hulpvraag van de patiënt en in welke activiteiten de patiënt was beperkt. Uit de analyse van de eerste card sort ontstonden vier categorieën met ontwerpelementen. Hierover was een matige (>25%) tot hoge (>75%) overeenstemming tussen de participanten. In Tabel 34 is weergegeven wat de exacte overeenstemming was onder de participanten over de categorieën. De definitieve categorieën met bijbehorende elementen zijn te zien in Tabel 35.

Bij de cardsort van de elementen van het dagboek maakten participanten gebruik van drie tot vijf categorieën. Er werd onderscheid gemaakt tussen de subjectieve interpretatie van de patiënt en de objectieve meting van het dagboek. Wanneer het ging om de objectieve metingen van het dagboek werden simpele metingen (hoeveelheid en ernst van de klachten) en verdere analyse (patronen in de klachten en samenhang tussen klachten) apart gecategoriseerd. Slechts twee participanten hadden gebruik gemaakt van de blanco kaarten.

Tabel 34 Gestandaardiseerde categorieën ontwerpelementen screening en intake

<i>Gestandaardiseerde categorieën</i>	<i>Aantal participanten die deze groep gebruikten</i>	<i>Total aantal kaarten in deze groep</i>	<i>Unieke kaarten</i>	<i>Overeenstemming</i>
Somatiek	6	39	12	0,54
Diagnose en behandeladvies	4	18	5	0,90
Bijdragende factoren	6	30	10	0,40
Cognities en emoties	4	18	5	0,90

Tabel 35 Definitieve categorieën met bijbehorende elementen van de screening en intake

<i>Somatiek</i>	<i>Cognities en emoties</i>	<i>Bijdragende factoren</i>	<i>Diagnose en behandeladvies</i>
• Lichamelijke klachten	• Cognities	• Gedrag dat bijdraagt aan de klachten	• Verwijshulp
• Ernst van de lichamelijke klachten	• Emoties	• Psychische klachten	• Functionele syndromen
• Duur van de klachten	• Kwaliteit van leven	• Sociale factoren	
• Somatische factoren	• Oorzaak van de klachten volgens de patiënt	• Moeilijkheden die de patiënt ervaart	
• Slaappatroon	• Klachtverhaal van de patiënt	• Zorggebruik	

Een huisarts wenste naast wat de patiënt had gedaan om zijn klacht te verminderen toen ook te willen weten wat het effect was van dit gedrag. De andere wenste te willen weten welke activiteiten de patiënt had vermeden om klachten te voorkomen. De analyse heeft geleid tot het vormen van vier categorieën. Er was een middelmatige (>25%) tot hoge (>75%) overeenstemming over welke elementen in welke categorie hoorden. In Tabel 36 is exact weergegeven hoe de overeenstemming was voor elke categorie. De definitieve categorieën van deze sort zijn te vinden in Tabel 37.

Tabel 36 Gestandaardiseerde categorieën ontwerpelementen dagboek

<i>Gestandaardiseerde categorieën</i>	<i>Aantal participanten die deze groep gebruikten</i>	<i>Total aantal kaarten in deze groep</i>	<i>Unieke kaarten</i>	<i>Overeenstemming</i>
Visie van de patiënt	4	10	3	0,83
Algemene klachtinventarisatie	5	17	6	0,57
Samenhang en patronen	4	12	7	0,43
Beïnvloedende factoren	5	15	5	0,60

Tabel 37 Definitieve categorieën ontwerpelementen dagboek

<i>Visie van de patiënt</i>	<i>Algemene klachteninventarisatie</i>	<i>Samenhang en patronen</i>	<i>Beïnvloedende factoren</i>
• Samenhang tussen klachten en persoonlijke factor • Opmerkingen van de patiënt	• De hoeveelheid klachten die de patiënt ervaart • De ernst van de klachten	• Samenhang tussen klachten • Patronen in de klachten	• Wat de patiënt deed om de klachten te verminderen • Factoren die samenhangen met minder klachten • Factoren die samenhangen met meer klachten

Participanten maakten bij sort van de overige elementen gebruik van twee of drie categorieën. Er werd regelmatig een categorie opgesteld die inging op gesprekstechnieken en het bespreekbaar maken van de psychische component van SOLK. Een aantal participanten maakte daarnaast gebruik van een categorie die informatie gaf over diagnostiek (functionele syndromen, somatisch onderzoek). Tijdens de card sorts maakten twee huisartsen gebruik van de blanco kaarten. Eén daarvan wenste graag meer te weten over hoe om te gaan met weerstand tegen een psychologische interventie bij SOLK-patiënten en wat het onderscheid is tussen SOLK en psychiatrische stoornissen. Verder had één huisarts meer behoefte aan informatie over hoe het beste de behandelrelatie met een SOLK-patiënt op te bouwen. De analyse van de card sorts leidde tot het

vormen van twee categorieën. Er was een middelmatige (>25%) tot hoge (>75%) overeenstemming onder de participanten. In Tabel 38 is weergegeven wat de exacte overeenstemming per categorie was. De definitieve categorieën met bijbehorende kaarten zijn te vinden in Tabel 39.

Tabel 38 Gestandaardiseerde categorieën overige elementen

<i>Gestandaardiseerde categorieën</i>	<i>Aantal participanten die deze groep gebruikten</i>	<i>Total aantal kaarten in deze groep</i>	<i>Unieke kaarten</i>	<i>Overeenstemming</i>
Wat is SOLK?	6	18	6	0,60
In gesprek met de patiënt	6	25	7	0,60

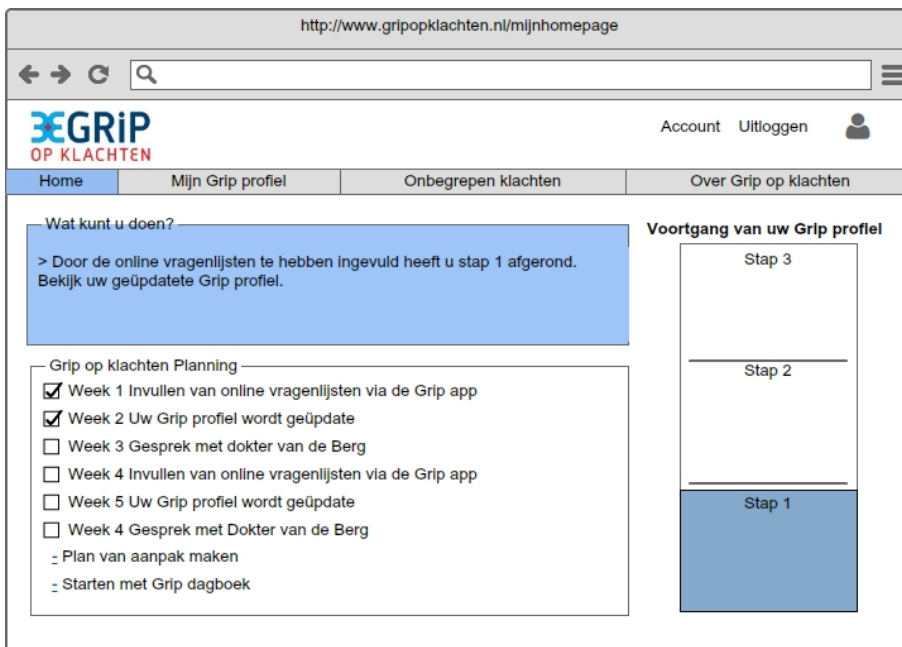
Tabel 39 Definitieve categorieën met bijbehorende elementen overige

<i>Wat is SOLK?</i>	<i>In gesprek met de patiënt</i>
• Informatie over de te verrichten somatische diagnostiek voordat de diagnose SOLK gesteld kan worden bij de betreffende klacht	• Informatie over de psychische component van SOLK en hoe dit bespreekbaar te maken
• Informatie over wat SOLK zijn en wat dit betekent in de praktijk	• Gesprekstechnieken en voorbeelden die kunnen worden ingezet tijdens het consult
• Informatie over de functionele syndromen	• Informatie over non-verbaal gedrag van de zorgprofessional en de patiënt tijdens het consult • Informatie over hoe samen met de patiënt tot een goede hulpvraag te komen

3. Pre-design

3.1 Paper prototyping

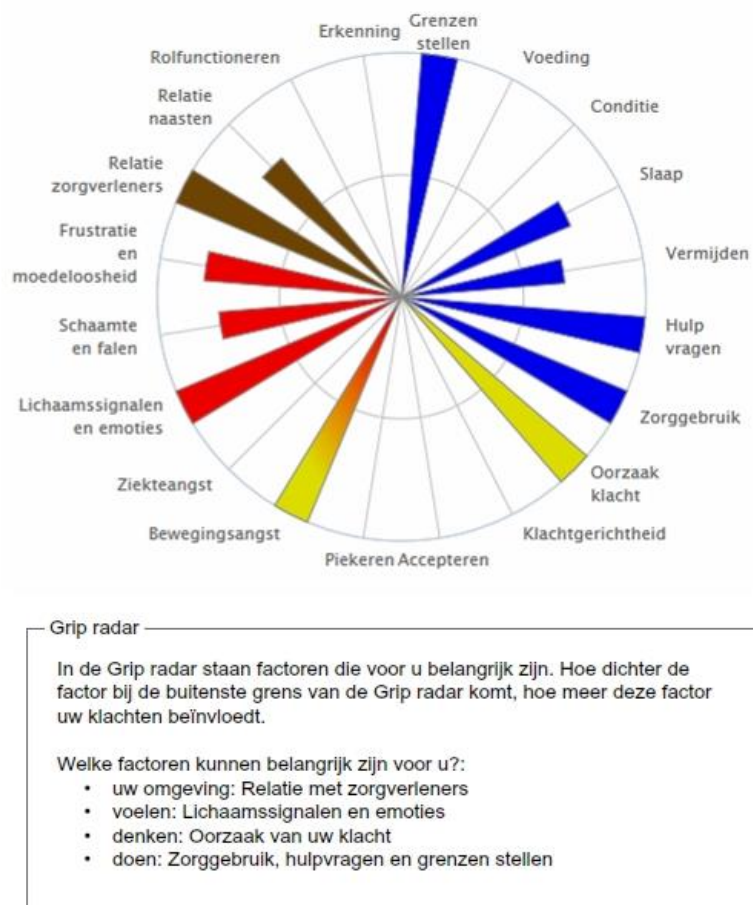
In de laatste fase werd er een paperprototype ontworpen. De toepassing zou twee interfaces krijgen: één voor de patiënt en één voor de zorgprofessional. Bij het paper prototyping ging het om de versie voor de patiënt. Waarbij de focus lag op de communicatie na afronding van een online vragenlijst of dagboek wat was omschreven in de use-case scenario's. Er werd een dashboard voor de toepassing ontworpen waar de gebruiker de verschillende onderdelen kon zien. In Figuur 9 is de mock-up hiervan weergegeven. De onderdelen waren 1) Mijn Grip profiel, 2) Onbegrepen klachten en 3) Over Grip op klachten. De strategie *suggestion* werd ingezet in het blok: Wat kunt u doen? Waarin verschillende suggesties voor mogelijke acties werden gegeven.



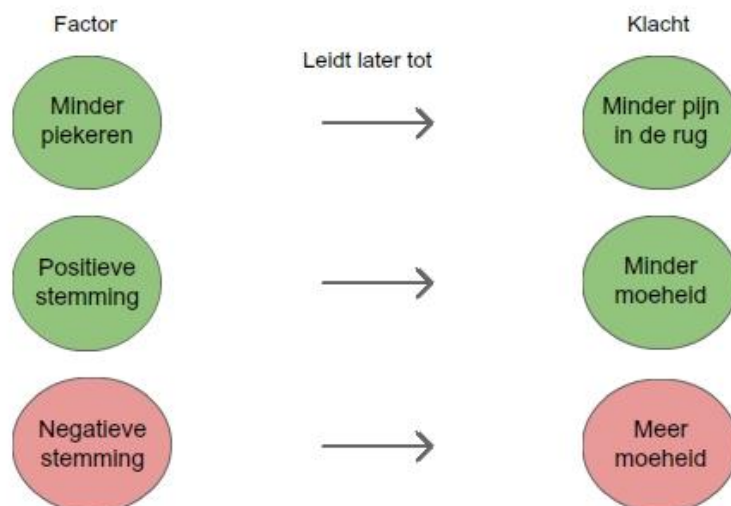
Figuur 9 Mock-up van het dashboard van 'Grip op klachten'

Ook werd *tunneling* zichtbaar gemaakt in de vorm van een planning en een progressiebalk, waarin ook de voortgang van de gebruiker zichtbaar werd. Het onderdeel Mijn Grip profiel bestond uit drie onderdelen: 1) Uw gezondheid in kaart, 2) Grip radar en 3) Patronen en Samenhang. De resultaten van de card sort en q-sort werden hier gebruikt om de verschillende onderwerpen te ordenen onder deze drie onderdelen. Een interessant onderdeel van het Mijn Grip profiel was de Grip radar. Hierbij werd door middel van kleur inzichtelijk gemaakt welke factoren een rol speelden bij de klachten. Het ging om denken (geel), doen (blauw), voelen (rood) en omgeving (bruin). Deze kleuren werden vervolgens gebruikt in een cirkel (zie Figuur 10). De regel was hoe dicht de kleur bij de buitenste lijn van de cirkel kwam hoe groter de factor een rol speelden bij de klachten. Er werd ook een korte samenvatting van de uitslag gegeven.

Een ander interessant onderdeel van het Mijn Grip profiel is Patronen en samenhang. Allereerst gaat het om de samenhang tussen klachten. Dit werd door middel van bolletjes en pijlen weergegeven zoals in Figuur 11. Waarbij een positieve samenhang groen van kleur was en een negatieve samenhang rood van kleur. Het tweede onderdeel van het dagboek was patronen. Bij dit onderdeel werd gebruik gemaakt van twee grafieken waarmee het verloop van een klacht en een factor kon worden vergeleken. Hoe dit werd weergegeven is te zien in Figuur 12. De gebruiker had ook de mogelijkheid op een icoontje te drukken waarmee persoonlijke opmerking uit het dagboek werden weergegeven. Dit is ook te zien in Figuur 12. De rest van de mock-ups zijn opgenomen in bijlage 13.



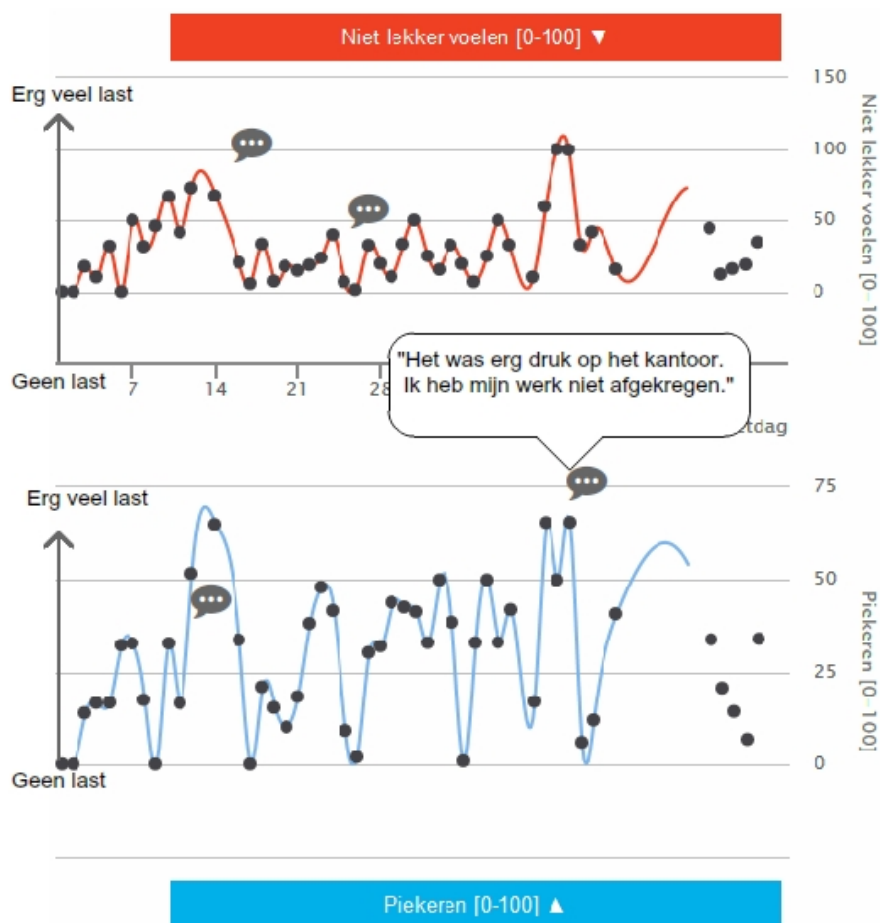
Figuur 10 Mock-up Grip radar



Figuur 11 Mock-up element van het dagboek

In de onderstaande grafieken kunt u zien hoe uw klachten de afgelopen periode hebben geschommeld. Het gaat in deze grafieken om:

- niet lekker voelen
- piekeren



Figuur 12 Mock-up element patronen van dagboek

3.1.1 Formatieve evaluatie paper prototype

Voor de formatieve evaluatie van het paperprototype werden vier SOLK-patiënten benaderd. Al de participanten waren vrouw met een gemiddelde leeftijd van 45.2 jaar (SD=4.8). Drie van de vier participanten hadden fibromyalgie en één participant had CVS. Tabel 40 is een overzicht van de demografische gegevens van de participanten.

Tabel 40 Demografische gegevens van de participanten (n=4)

<i>Code</i>	<i>Geslacht</i>	<i>Leeftijd</i>	<i>Functioneel syndroom</i>
Patient1	Vrouw	47	Fibromyalgie
Patient2	Vrouw	52	CVS
Patient3	Vrouw	43	Fibromyalgie
Patient4	Vrouw	39	Fibromyalgie

Het merendeel van de taken werd door de participanten met succes afgerond en de interactie met de toepassing verliep in het algemeen na verwachting van de participanten. Positieve punten van de paperprototype waren dat participanten de toepassing als nuttig vonden overkomen. Zij vonden de lay-out overzichtelijk en wisten gemakkelijk elementen te vinden. Ook vonden zij het prettig dat door middel van kleur elementen herkenbaar werden, zoals de suggesties en de kleuren in de Grip radar. Ook waren de participanten positief over de Grip radar, maar vonden het lastig te begrijpen. Tabel 41 laat zien wat participanten moeilijk vonden. Participanten vonden het daarnaast soms lastig de elementen van het Mijn Grip profiel te vinden. Zij verwachtten de informatie eerder in de taak of begrepen niet dat de Grip radar viel onder het Grip profiel.

Tabel 41 Positieve en negatieve punten prototype

<i>Categorie</i>	<i>Label</i>	<i>Citaat</i>
Inhoud	Nuttig	“Interessant. [Waarom vind je het interessant?] Ik heb last gehad van overgewicht waarbij ik een programma heb gevolgd. Daarvoor hield ik bij welke voeding ik at elke dag. Dat geeft je inzicht. Ik heb nu al het gevoel dat dit mij inzicht gaat geven.” – patient3
Structuur	Onduidelijk wat de locatie van de Grip radar is	“Het is nog onduidelijk dat mijn Grip radar onder mijn Gripprofiel hoort. [Wat zou je graag dan willen zien?] Soms zie je dat er hier een driehoekje staan en als je dat dan aanklikt dan zie je de verschillende onderdelen daar onder.” – patient2
Lay-out	Voortgangsbalk	“Ik denk dat dit aangeeft hoever ik hiermee ben (grip profiel). Dit is mijn planning. Ik heb nu 15 procent van mijn planning gedaan.” – patient4
	Locatie Grip tip	“Ik weet niet of ik deze informatie hier verwacht. Dat gele (Grip tip). Of ik het nodig vind hierin. [waarom twijfel je daaraan?] Als je

aan je eigen profiel werkt dan wil ik denk ik niet weten hoe andere mensen gemiddeld klachten hebben.” – patient3

	Eenduidige layout	“Ik vind wel lekker dat het allemaal in dezelfde manier naar boven komt. Dat je geen rare verspringende dingen hebt. Maar dat in één logica hebt.” – patient1
Functiona- liteit	Grip radar	“Ik ben het soort van middelpunt van dit ding. Dus zou je kunnen zeggen dat ik hier sta (in het midden) en hoe verder het van mij afstaat des te minder het invloed zou hebben. Het is goed dat je het er boven zet. Nu knalt het er wel uit welke dingen beïnvloeden. Omdat eigenlijk alleen wat gekleurd is interessant is. Wat in het midden staat zit niet zo. Het is net hoe je het bekijkt.” – patient1
	Een vragen button	“[Je zou graag je vragen willen invoeren op de website en dat ze dat ook gelijk terug zien] Ja en als je dan die afspraak hebt dan kun je gelijk dat allemaal bespreken. Zijn de vragen ook niet nieuw. Want in feite is alles te lezen, dus waarom je vragen niet kenbaar maken al voor de tijd. En zeker als je dit leest dan komen er vragen bij je op. Die afspraak heb je dan volgende week en dan moet je helemaal terug in hoe je het hebt ingevuld en welke vragen je had. Als je die gelijk ergens kunt invoeren.” – patient1
	Opmerkingen uit dagboek terugzien	“Zo van dat als ik dit invul dat zie ik het straks in de grafiek terug. Want dat kon wel eens interessant zijn omdat ik heb zitten piekeren. En dat ik weet waar die piek vandaan komt, die is normaal. Die heeft iedereen wel. Maar zoals hier zou ik wel een opmerking bij willen, want als dat niet zo is zou ik naar die dag terug willen kijken. Om er achter te komen waarom deze zo piekt.” – patient4
Taak perceptie	Afspraak plannen	“Dus dan denk ik moet alleen nog een gesprek met de dokter om een plan van aanpak te maken en te starten met een dagboek. Dan ga ik de laatste stap doen.” – patient2
	Voor een diagnose is een arts nodig	“Als ik een diagnose wil dan zou ik die niet hier uit halen direct. Dan zou ik denken: daar zit misschien wat in. En ik zou meer gaan lezen. Ik zou dan wel van een arts die bevestiging willen hebben.” – patient1

DISCUSSIE

De onderzoeksresultaten in context van de literatuur

Om ervoor te zorgen dat de opname en impact van de toepassing zo optimaal mogelijk is moet er worden stilgestaan bij barrières voor gebruik. De door zorgprofessionals benoemde barrières voor gebruik van eHealth had verschillende raakvlakken met de literatuur (Codagnone & Lupiañez-Villanueva 2013; Duivenboden, 2015). Zo komen de requirements en barrières voor gebruik van eHealth uit dit onderzoek overeen met de eHealth kwaliteitscriteria die Duivenboden omschrijft. Zorgprofessionals benoemden bijvoorbeeld dat zij geen inzicht hebben in het effect van eHealth en daarom minder geneigd zijn het in te zetten. Dit sluit aan op de kwaliteitscriteria van Duivenboden waarin wordt gesteld dat het bij eHealth belangrijk is inzichtelijk te maken wat de effecten en ervaringen zijn van gebruikers. Een ander kwaliteitscriterium is dat eHealth de arts-patiëntrelatie respecteert. Duivenboden stelt dat eHealth het contact tussen de patiënt en de arts moet stimuleren. In de interviews kwam naar voren dat zorgprofessionals niet willen dat eHealth het contact met de patiënt vervangt. Wat dus overeenkomt met het kwaliteitscriterium. De toepassing 'Grip op klachten' speelt hierop in door de gebruikers te motiveren in gesprek te gaan met elkaar. Tevens biedt de toepassing de patiënt informatie over SOLK en biedt het inzicht in relevante persoonlijke factoren. Dit kan de weerstand bij de patiënt verminderen doordat hij zich begrepen voelt en beter is geïnformeerd. Verder geeft de toepassing informatie en tips over de communicatie met SOLK-patiënten wat de zorgprofessional kan ondersteunen tijdens het consult.

In de *contextual inquiry* gaven zorgprofessionals aan dat de toepassing 'Grip op klachten' een grote inspanning vraagt van de patiënt. Zorgprofessionals vonden het dan ook noodzakelijk dat de patiënt wordt gemotiveerd om de toepassing te gebruiken, voornamelijk tijdens het bijhouden het online dagboek. Een manier om die nodige inspanning te verkleinen is door middel van de persuasieve strategie *reduction* waarbij een complexe activiteit wordt opgedeeld in simpele taken (Oinas-Kukkonen & Harjumaa, 2009). Zo kunnen de verschillende elementen die het dagboek meet worden verspreid over een hele dag. Daarnaast kan monitoren van bijvoorbeeld slaap real time worden gemeten door de toepassing te integreren met een mobiele applicatie als Sleepbot. De gebruiker geeft met die applicatie aan wanneer hij gaat slapen en wanneer hij wakker wordt. Daarnaast gaven patiënten ook aan te vergeten hun dagboek in te vullen. De persuasieve strategie *reminders* kan de gebruiker helpen dit niet te vergeten. Vervolgens kan er gebruik worden gemaakt van de strategie *praise* waarbij de gebruiker een positieve evaluatie krijgt als hij het dagboek heeft ingevuld. De gebruiker kan afhaken in een later stadium. Bijvoorbeeld na het afronden van het persoonlijke klachtenprofiel. Om dit tegen te gaan kan de strategie *reduction* opnieuw worden ingezet. Dit kan worden toegepast op zelfmanagement adviezen. In dit stadium kan ook gebruik

worden gemaakt van de strategie *authority* door te wijzen op het mogelijke positieve effect van het advies en de betrouwbare bron waarop dat is gebaseerd.

Behalve dat eHealth persuasief is wordt het ook steeds belangrijker dat het een *engaging* ervaring wordt. De term *user engagement* wil zeggen: *a quality of user experiences with technology that is characterized by challenge, aesthetic and sensory appeal, feedback, novelty, interactivity, perceived control and time, awareness, motivation, interest, and affect* (O'Brien & Toms, 2008). Een gebrek aan een *engaging* ervaring leidt volgens deze onderzoekers dat gebruikers afhaken. Dit benadrukt de noodzaak voor de toepassing 'Grip op klachten' om de taken die een gebruiker heeft plezierig te maken. Dit kan de toepassing doen door bijvoorbeeld aan te sluiten op intrinsieke motivaties van de gebruiker. In de formatieve evaluatie van het paper prototype werd het gebruik van kleuren en eenduidige opmaak ervaren als prettig. Dit gaf de participanten ook een gevoel van controle omdat elementen terugkwamen en zij deze dus herkenden. Dit geeft ook aan dat de lay-out hierbij een rol kan spelen in de mate waarin gebruikers ervaren controle te hebben over de technologie.

Een ander belangrijk discussiepunt is de beveiliging van persoonsgegevens. De toepassing 'Grip op klachten' zal door middel van de online vragenlijsten en dagboeken privacygevoelige informatie over patiënten verzamelen. Logischer wijs bleek ook uit de interviews dat de beveiliging van persoonsgegevens als belangrijk werd geacht. Bovendien zullen persoonsgegevens worden uitgewisseld met andere systemen zoals met een HIS. Een mogelijk probleem dat zich kan voordoen is dat de beveiliging van gegevens leidt tot een verminderde gebruiksvriendelijkheid (Löhr, Sadeghi, & Winandy, 2010). Dit kan doordat beveiligingssystemen te ingewikkeld zijn. Waardoor het voor zorgprofessionals en patiënten niet gemakkelijk is de technologie te gebruiken. Het kan de gebruiker te veel moeite en tijd gaan kosten. Bijvoorbeeld bij het inloggen in de toepassing. De gebruiker zal dan een wachtwoord hebben die hij zal moeten onthouden. Voor een huisarts kan dit tijd kosten omdat hij meerdere systemen in gebruik heeft die ook een wachtwoord hebben. De mate waarin gebruikers ervaren dat eHealth goed wordt beveiligd lijkt tevens een rol te kunnen spelen in de opname van een technologie (Wilkowska & Ziefle, 2012). Het gaat hierbij om verschillende factoren, waar onder anonimiteit, betrouwbaarheid, intimiteit en de mate waarin persoonlijk data zichtbaar is voor anderen. De gebruiker van de toepassing 'Grip op klachten' moet dus worden geïnformeerd over wat er gebeurt met zijn persoonlijke gegevens en hoe deze worden beveiligd. Bijvoorbeeld dat het persoonlijke klachtenprofiel niet zonder toestemming wordt gedeeld met derden.

De laatste fase van de CeHRes Roadmap is de summatieve evaluatie van een eHealth technologie. Uit onderzoek blijkt dat eHealth een positief effect kan hebben (Clarke, Shah, & Sharma, 2011; Linn, Vervloet, van Dijk, Smit, & Van Weert, 2011). Echter ligt erbij dit soort onderzoek met

name de focus op uitkomsten en minder op de onderliggende mechanisme en factoren (Brendryen, Kraft, & Schaalma, 2010). En dus kan er niet worden herleidt welke factoren en mechanismen verantwoordelijk zijn voor die uitkomsten. Van Gemert-Pijnen et al. (2013) stelt dat het daarom belangrijk is de factoren met betrekking tot de interventie, de context, de gebruiker en de inhoud te identificeren. Zo kan er volgens door middel van het analyseren van log-data worden onderzocht welke persuasieve strategieën werken (Kelders & van Gemert-Pijnen, 2013). Om inzicht te krijgen wat het effect is van verschillende factoren en mechanisme zal het nodig zijn voor de toepassing ‘Grip op klachten’ hier aandacht aan te besteden.

De relevantie van dit onderzoek

Dit onderzoek heeft laten zien dat de toepassing ‘Grip op klachten’ een de ondersteun kan bieden die nodig is in het SOLK-traject. Het biedt belangrijke verbeter- en aandachtspunten voor de ontwikkeling van de toepassing. En heeft daarnaast geleid tot bruikbare tools, zoals de persona’s, die kunnen worden gebruikt in de verder ontwikkeling van de toepassing.

Dit onderzoek heeft bijgedragen aan de ontwikkelingen van gebruikersgerichte eHealth technologie voor het SOLK-traject. Het heeft laten zien hoe een q-sort en *persuasive profiling* kan worden ingezet bij de ontwikkeling van eHealth. En laat zien op hoe persuasieve strategieën kunnen worden geïntegreerd in een design.

Dit onderzoek benadrukt dat eHealth meer is dan technologie. Het is een nieuwe manier van zorgverlening waarmee problemen in het zorgtraject op een innovatieve manier kunnen worden aangepakt.

REFLECTIE EN AANBEVELINGEN

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van de CeHRes Roadmap. Dit model maakt gebruik van verschillende onderzoeksmethoden wat dan ook de kracht van dit onderzoek is. Er werd gebruik gemaakt van zowel kwalitatieve methoden als kwantitatieve methoden. Door de terugkomende formatieve evaluatie werden de resultaten uit elke fasen getoetst wat de representativiteit bevordert. Een kanttekening bij dit model is dat het gebruik van verschillende methode veel tijd en energie kost voor zowel de onderzoeker als de participanten (Van Velsen et al., 2013). Zeker wanneer al de stappen uit het model worden doorlopen.

De mate van representativiteit van de steekproef is niet geheel duidelijk. De resultaten uit de *contextual inquiry* had veel overeenkomsten met de literatuur. Daarentegen zou het waardevol zijn om meer praktijkondersteuners te betrekken bij de ontwikkeling van de toepassing 'Grip op klachten'. Aangezien de praktijkondersteuner taken overneemt van de huisarts. Daarnaast hebben slechts er maar enkele mannelijke SOLK-patiënten deelgenomen aan het onderzoek. Het is de vraag of het gebrek aan mannelijke SOLK-patiënten een beperking is van dit onderzoek. Er lijkt met betrekking tot SOLK zeker verschillen te zijn tussen de geslachten, in bijvoorbeeld het soort klachten, de intensiteit van de klachten en de ernst (Barsky, Peekna, & Borus, 2001). Of dit verschil ook effect heeft voor de behoeften van omtrent SOLK wordt in dit onderzoek niet duidelijk. Het is zeker relevant om te onderzoeken of mannen vergelijkbare problemen en behoeften ervaren. Daarentegen lijkt bij het gebruik van eHealth geslacht minder relevant. Er zijn slechts kleine verschillen tussen de geslachten, echter speelt de leeftijd hier bij een rol (Wilkowska, Gaul, & Ziefle, 2010).

In de *contextual inquiry* werd gebruik gemaakt van individuele semigestructureerde interviews. Een voordeel van deze methode is dat het inzicht biedt in de ervaringen en opvatting van de geïnterviewde en dat de interviewer de mogelijkheid heeft door te vragen om tot meer verdieping te komen (Crosby, DiClemente, & Salazar, 2011). Een aantal van de interviews met huisartsen en praktijkondersteuners konden niet worden afgenomen door de onderzoeker zelf. Aangezien de kwaliteit van de data samenhangt met de mate waarin de interviewer doorvroeg en de gewilligheid van de geïnterviewde om de vraag te beantwoorden kan dit van invloed zijn op de volledigheid van de resultaten. Daarnaast werden de transcripten inductief gecodeerd door één onderzoeker. Het had de betrouwbaarheid van de resultaten kunnen bevorderen wanneer er een extra codeerder was betrokken waarmee de interbeoordelaars-betrouwbaarheid kon worden bepaald.

In de *value specification* werd er gebruik gemaakt van individuele card sorts en q-sorts die tot waardevolle inzichten hebben geleid voor dit onderzoek. Een voordeel van deze twee methoden is dat deze ook met een online kunnen worden afgenomen. Omdat het online kan worden

afgenomen is het werven van participanten minder van tijd en plaats afhankelijk wat de representativiteit van de steekproef bevordert. Een ander voordeel van deze twee methoden is dat deze gemakkelijk zijn in de uitvoering en weinig geld en tijd kosten. Een nadeel van een card sort en q-sort is dat dat de analyse tijdrovend kan zijn (Herrington & Coogan, 2011; Spencer, 2009). Dit probleem werd verholpen bij de card sort door de beschikbare spreadsheet (Spencer, 2007). Echter was dit niet het geval bij de q-sort. Daarnaast beschikte de onderzoeker niet over de nodige ervaring om de analyse te kunnen uitvoeren. Daarentegen had die analyse te veel tijd gekost en werd er op basis van de beschikbare middelen en tijd een andere analyse gekozen. Voor de betrouwbaarheid en representativiteit van de resultaten had het nuttig kunnen zijn om in plaats van individuele sorts met meerdere potentiële gebruikers tegelijk een sort af te nemen. Dit had de mogelijkheid gecreëerd om de participanten te laten discussiëren over de ontwerpelementen.

Een andere kanttekening bij deze fase is dat de use-case scenario's niet zijn geëvalueerd. Echter bleek uit de formatieve evaluatie dat het paper prototype aansloot op de verwachtingen van de participanten. Daarentegen is een aanbeveling om de use-case scenario's wel te evalueren. Vooral ook voor de interface van de zorgprofessional. Vooral huisartsen hebben een hoge werkdruk en weinig tijd (Van den Berg et al., 2009), daarom is het belangrijk dat de toepassing efficiënt werkt en de zorgprofessional geen extra tijd gaat kosten. Om nauw aan te sluiten op het werkproces van de zorgprofessional kan ervoor gekozen een focusgroep samen te stellen van zowel huisartsen als praktijkondersteuners en in gesprek te gaan over het werkproces en hoe de toepassing 'Grip op klachten' hier op kan aansluiten.

In de *value specification* werden vragenlijsten afgenomen bij patiënten in het kader van *persuasive profiling*. Een kanttekening bij deze resultaten is de een kleine steekproef. Hierdoor kunnen de resultaten mogelijk niet representatief zijn. Desalniettemin bleek wel dat er duidelijk een afkeur was voor de strategie *competition* en een voorkeur van de strategieën *rewards* en *authority*. Het zeker waardevol de vragenlijst bij een grotere steekproef af te nemen om deze resultaten te verifiëren. Aangezien het gaat om een (online) vragenlijst is het gemakkelijker een representatieve steekproef te krijgen dan met bijvoorbeeld interviews. Daarnaast kan het interessant zijn om door middel van een focusgroep of interviews met potentiële gebruikers in gesprek te gaan over mogelijke voorkeuren voor strategieën die de vragenlijsten niet meet. Voor de verder ontwikkeling van de toepassing is het ook aan te bevelen aandacht besteden aan persuasieve technologie en *user engagement* bij het ontwikkelen van de verschillende elementen van de toepassing 'Grip op klachten'. Door middel van bijvoorbeeld paper prototyping kan op een snelle en goedkope manier verschillende ontwerpen worden gemaakt en worden getest (Rettig, 1994). Echter is het niet nodig om compleet nieuwe onderdelen te ontwikkelen. Er is een groot aanbod aan mobiele applicaties die

een uitstekende toevoeging kunnen zijn aan de functionaliteiten van de toepassing 'Grip op klachten'. Bijvoorbeeld de mobiele applicatie Sleepbot waarmee slaap kan worden gemonitord.

Tot slot in de *pre-design* fase werd een design ontworpen voor de toepassing 'Grip op klachten'. Er werd gebruik gemaakt van de online tool Balsamiq om de paper prototype in meer detail uit te werken. Het voordeel van deze tool is dat het design in meer detail heeft en gemakkelijker kan worden aangepast dan bij een papieren versie (Engelberg & Seffah, 2002). De formatieve evaluatie heeft tot bruikbare inzichten geleid. Echter moet de kanttekening worden gesteld dat er meer testen nodig zullen zijn. Omdat het voor participanten tijdens de evaluatie soms niet duidelijk was in welke fasen zij zich bevonden is het aan te bevelen bij toekomstige testen al de omvattende taken te betrekken. Dus ook hoe dat gebruiker een vragenlijst gaat invullen en dagboek gaat bijhouden. Voor de evaluatie zal die taak minder complex worden gemaakt. Echter zal dit inzicht geven in de verwachtingen van de gebruiker wat relevante aanknopingspunten voor het design kan opleveren.

CONCLUSIE

In dit onderzoek werd een inventarisatie gemaakt van de problemen en behoeften van zorgprofessionals en SOLK-patiënten en hoe de toepassing 'Grip op klachten' hier ondersteuning kan bieden. Dit was relevant gezien er verschillende problemen zich voordoen in het SOLK-traject waar eHealth technologie een mogelijke oplossing kan bieden. Het onderzoek biedt relevante aanknopingspunten voor de rol van de toepassing in het SOLK-traject en laat zien hoe persuasieve strategieën kunnen worden geïntegreerd in het design. De resultaten kunnen worden gebruikt om nieuwe stappen in de ontwikkeling van deze gebruikersgerichte toepassing te maken.

DANKWOORD

Na een intensieve periode van onderzoek doen en schrijven kan mijn these worden afgerond. Deze periode was niet zonder bergen en dalen. In deze periode heb ik veel op zowel wetenschappelijk als persoonlijk gebied geleerd. Hiervoor wil ik verschillende mensen bedanken.

Allereerst wil ik Annemarie Braakman-Jansen bedanken. Nadat mijn begeleider was weggevallen heb jij het op je genomen mijn eerste begeleider te zijn voor mijn masterthese. Ik wil je bedanken voor je ondersteuning, motivatie en overtuiging dat ik het goed zou afronden.

Ook wil ik, mijn externe begeleider, Judith Rosmalen bedanken. Na een leerzame stageperiode heb ik ook het onderzoek voor mijn masterthese onder jouw begeleiding mogen uitvoeren. Je hebt mij kennis laten maken met het werkveld waar ik veel van heb geleerd. Ik wil je bedanken voor deze ervaring en jouw ondersteuning hierin.

Daarnaast wil ik mijn tweede begeleider Olga Kulyk bedanken. De keren dat je jouw vertrouwen in een succesvolle afronding heb uitgesproken ben ik niet vergeten. Jouw feedback heeft ook zeker bijgedragen aan mijn these.

Er moet ook een woord van dank worden uitgesproken voor Karel Bood. Als het mij even tegen zat dan was jij ervoor mij en sprak je mij weer moed in. Ook had mijn these zonder jouw inzet niet deze voorkant gehad. Verder waardeer ik jouw hulp bij het voorbereiden van mijn presentatie.

De rest van mijn familie en vrienden wil ik ook bedanken voor het luisterend oor dat zij hebben geboden in deze intensieve periode.

Witharen, 14 juli 2016

Kayleigh Bood

REFERENTIES

- Aamland, A., Malterud, K., & Werner, E. L. (2014). Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: a descriptive study from Norwegian general practice. *BMC family practice*, 15(1), 1-6. doi:10.1186/1471-2296-15-107
- Ahern, D. K., Woods, S. S., Lightowler, M. C., Finley, S. W., & Houston, T. K. (2011). Promise of and Potential for Patient-Facing Technologies to Enable Meaningful Use. *American journal of preventive medicine*, 40(5), S162-S172. doi:10.1016/j.amepre.2011.01.005
- Andreassen, H. K., Trondsen, M., Kummervold, P. E., Gammon, D., & Hjortdahl, P. (2006). Patients who use e-mediated communication with their doctor: new constructions of trust in the patient-doctor relationship. *Qualitative health research*, 16(2), 238-248.
- Ball, M. J., & Lillis, J. (2001). E-health: transforming the physician/patient relationship. *International journal of medical informatics*, 61(1), 1-10.
- Barsky, A. J., Peekna, H. M., & Borus, J. F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of General Internal Medicine*, 16(4), 266-275.
- Black, A. D., Car, J., Pagliari, C., Anandan, C., Cresswell, K., Bokun, T., . . . Sheikh, A. (2011). The impact of eHealth on the quality and safety of health care: a systematic overview. *PLoS medicine*, 8(1), 188.
- Bloom, B. S. (2002). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 287(5), 646-647.
- Boren, T., & Ramey, J. (2000). Thinking aloud: Reconciling theory and practice. *Professional Communication, IEEE Transactions on*, 43(3), 261-278.
- Brendryen, H., Kraft, P., & Schaalma, H. (2010). Looking inside the black box: using intervention mapping to describe the development of the automated smoking cessation intervention 'happy ending'. *Journal of Smoking Cessation*, 5(01), 29-56.
- Burton, C. (2003). Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *Br J Gen Pract*, 53, 231 - 239.
- Busch, M., Schrammel, J., & Tscheligi, M. (2013). Personalized persuasive technology—development and validation of scales for measuring persuadability *Persuasive Technology* (pp. 33-38): Springer.
- Camerini, L., Camerini, A.-L., & Schulz, P. J. (2013). Do participation and personalization matter? A model-driven evaluation of an Internet-based patient education intervention for fibromyalgia patients. *Patient education and counseling*, 92(2), 229-234.
- Cialdini, R. B. (2001). Harnessing the science of persuasion. *Harvard Business Review*, 79(9), 72-81.

- Clarke, M., Shah, A., & Sharma, U. (2011). Systematic review of studies on telemonitoring of patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 17(1), 7-14. doi:10.1258/jtt.2010.100113
- Codagnone, C., & Lupiañez-Villanueva, F. (2013). *Benchmarking the deployment of eHealth among General Practitioners*. European Commission.
- Crosby, R. A., DiClemente, R. J., & Salazar, L. F. (2011). *Research methods in health promotion*: John Wiley & Sons.
- De Waal, M., Arnold, I., Eekhof, J., & van Hemert, A. (2004). Somatoform disorders in general practice. *Br J Psych*, 184, 470 - 476.
- Dirkzwager, A., & Verhaak, P. (2007). Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: characteristics and quality of care. *BMC Fam Pract*, 8, 33.
- Duivenboden, J. (2015). Huisarts, patiënt en eHealth. *eHealth Dossier*.
- Dumas, J. S., & Redish, J. (1999). *A practical guide to usability testing*: Intellect Books.
- Elbert, N. J., van Os-Medendorp, H., van Renselaar, W., Ekeland, A. G., Hakkaart-van Roijen, L., Raat, H., . . . Pasmans, S. G. (2014). Effectiveness and cost-effectiveness of ehealth interventions in somatic diseases: a systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Journal of medical Internet research*, 16(4).
- Engel, G. L. (1992). How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? *Family Systems Medicine*, 10(3), 333.
- Engelberg, D., & Seffah, A. (2002). A framework for rapid mid-fidelity prototyping of web sites *Usability* (pp. 203-215): Springer.
- Eriksson-Backa, K., Ek, S., Niemelä, R., & Huotari, M.-L. (2012). Health information literacy in everyday life: a study of Finns aged 65–79 years. *Health Informatics Journal*, 18(2), 83-94.
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *J Med Internet Res*, 3(2), e20. doi:10.2196/jmir.3.2.e20
- Eysenbach, G. (2008). Medicine 2.0: social networking, collaboration, participation, apomediation, and openness. *Journal of medical Internet research*, 10(3).
- Freidl, M., Spitzl, S. P., Prause, W., Zimprich, F., Lehner-Baumgartner, E., Baumgartner, C., & Aigner, M. (2007). The stigma of mental illness: anticipation and attitudes among patients with epileptic, dissociative or somatoform pain disorder. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 123-129.
- Gould, J. D., & Lewis, C. (1985). Designing for usability: key principles and what designers think. *Communications of the ACM*, 28(3), 300-311.
- Heijmans, M. J. (1998). Coping and adaptive outcome in chronic fatigue syndrome: importance of illness cognitions. *Journal of psychosomatic research*, 45(1), 39-51.

- Herrington, N., & Coogan, J. (2011). Q methodology: an overview. *Research in Secondary Teacher Education*, 1(2), 24-28.
- Hilderink, P., Collard, R., Rosmalen, J., & Voshaar, R. O. (2013). Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups: a systematic review. *Ageing research reviews*, 12(1), 151-156.
- Jacobson, I. (1992). *Object oriented software engineering: a use case driven approach*. Redwood city, USA: Addison Wesley Longman Publishing Co.
- Kaptchuk, T. J., Kelley, J. M., Conboy, L. A., Davis, R. B., Kerr, C. E., Jacobson, E. E., . . . Nguyen, L. T. (2008). Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ*, 336(7651), 999-1003.
- Kaptein, M. (2012). Personalized persuasion in ambient intelligence. *Journal of Ambient Intelligence and Smart Environments*, 4(3), 279-280.
- Kaptein, M., Lacroix, J., & Saini, P. (2010). Individual differences in persuadability in the health promotion domain *Persuasive technology* (pp. 94-105): Springer.
- Kaptein, M., Markopoulos, P., de Ruyter, B., & Aarts, E. (2009). Can you be persuaded? individual differences in susceptibility to persuasion *Human-Computer Interaction—INTERACT 2009* (pp. 115-118): Springer.
- Kelders, S. M., Kok, R. N., Ossebaard, H. C., & Van Gemert-Pijnen, J. E. (2012). Persuasive system design does matter: a systematic review of adherence to web-based interventions. *Journal of medical Internet research*, 14(6).
- Kelders, S. M., & van Gemert-Pijnen, J. E. L. (2013). *Using log-data as a starting point to make eHealth more persuasive*. Paper presented at the International Conference on Persuasive Technology.
- Koch, H., van Bokhoven, M. A., Riet, G. t., van der Weijden, T., Dinant, G. J., & Bindels, P. J. E. (2007). Demographic characteristics and quality of life of patients with unexplained complaints: a descriptive study in general practice. *Quality of Life Research*, 16(9), 1483-1489. doi:10.1007/s11136-007-9252-y
- Kolk, A. M., Hanewald, G. J. F. P., Schagen, S., & Gijsbers van Wijk, C. M. T. (2003). A symptom perception approach to common physical symptoms. *Social science & medicine*, 57(12), 2343-2354. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00451-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00451-3)
- Krijgsman, J., & Klein Wolterink, G. (2012). Ordering in de wereld van eHealth (Whitepaper ID Number 12013).
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*: Springer publishing company.
- Lechner, L., Mesters, I., & Bolman, C. (2010). *Gezondheidspsychologie bij patiënten*: Uitgeverij Van Gorcum.

- LeRouge, C., Ma, J., Sneha, S., & Tolle, K. (2013). User profiles and personas in the design and development of consumer health technologies. *International journal of medical informatics*, 82(11), e251-e268.
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. *The self-regulation of health and illness behaviour*, 1, 42-65.
- Linn, A. J., Vervloet, M., van Dijk, L., Smit, E. G., & Van Weert, J. C. (2011). Effects of eHealth Interventions on Medication Adherence: A Systematic Review of the Literature. *J Med Internet Res*, 13(4), e103. doi:10.2196/jmir.1738
- Lobo, C. P., Pfalzgraf, A. R., Giannetti, V., & Kanyongo, G. (2014). Impact of Invalidation and Trust in Physicians on Health Outcomes in Fibromyalgia Patients. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 16(5), 10.4088/PCC.4014m01664. doi:10.4088/PCC.14m01664
- Löhr, H., Sadeghi, A.-R., & Winandy, M. (2010). *Securing the e-health cloud*. Paper presented at the Proceedings of the 1st ACM International Health Informatics Symposium.
- Malterud, K. (2000). Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women. *FAMILY MEDICINE-KANSAS CITY*, 32(9), 603-611.
- McMullan, M. (2006). Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient–health professional relationship. *Patient education and counseling*, 63(1), 24-28.
- Nijrolder, I., van der Windt, D. A. W. M., & van der Horst, H. E. (2008). Prognosis of Fatigue and Functioning in Primary Care: A 1-Year Follow-up Study. *Annals of Family Medicine*, 6(6), 519-527. doi:10.1370/afm.908
- Nimnuan, C., Hotopf, M., & Wessely, S. (2001). Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *Journal of psychosomatic research*, 51(1), 361-367.
- O'Brien, H. L., & Toms, E. G. (2008). What is user engagement? A conceptual framework for defining user engagement with technology. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 59(6), 938-955.
- Oinas-Kukkonen, H., & Harjuma, M. (2009). Persuasive systems design: Key issues, process model, and system features. *Communications of the Association for Information Systems*, 24(1), 28.
- Olde Hartman, T. C., Blankenstein, N., Molenaar, B., Bents van den Berg, D., Horst van der, H., Arnold, I., & Woutersen-Koch, H. (2013a). NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten. *Huisarts Wet*, 56(5), 222-230.
- Olde Hartman, T. C., Borghuis, M. S., Lucassen, P. L., van de Laar, F. A., Speckens, A. E., & van Weel, C. (2009a). Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 66(5), 363-377.

- Olde Hartman, T. C., Hassink-Franke, L. J., Lucassen, P. L., van Spaendonck, K. P., & van Weel, C. (2009b). Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC family practice*, 10(1), 68.
- Olde Hartman, T. C., Van Rijswijk, E., Van Dulmen, S., Van Weel-Baumgarten, E., Lucassen, P. L., & van Weel, C. (2013b). How patients and family physicians communicate about persistent medically unexplained symptoms. A qualitative study of video-recorded consultations. *Patient education and counseling*, 90(3), 354-360.
- Peters, S., Rogers, A., Salmon, P., Gask, L., Dowrick, C., Towey, M., . . . Morriss, R. (2009). What Do Patients Choose to Tell Their Doctors? Qualitative Analysis of Potential Barriers to Reattributing Medically Unexplained Symptoms. *Journal of General Internal Medicine*, 24(4), 443-449. doi:10.1007/s11606-008-0872-x
- Pruitt, J., & Grudin, J. (2003). *Personas: practice and theory*. Paper presented at the Proceedings of the 2003 conference on Designing for user experiences.
- Reid, S., Whooley, D., Crayford, T., & Hotopf, M. (2001). Medically unexplained symptoms—GPs' attitudes towards their cause and management. *Family Practice*, 18(5), 519-523. doi:10.1093/fampra/18.5.519
- Rettig, M. (1994). Prototyping for tiny fingers. *Communications of the ACM*, 37(4), 21-27.
- Rief, W., & Isaac, M. (2007). Are somatoform disorders 'mental disorders'? A contribution to the current debate. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(2), 143-146.
- Rosson, M., & Carroll, J. (2001). Scenarios-Based Design *The Human-Computer Interaction Handbook: Fundamentals, Evolving Technologies and Emerging Applications* (pp. 1032-1050): Lawrence Erlbaum Associates.
- Snyder, C. (2009). *Paper Prototyping: The Fast and Easy Way to Design and Refine User Interfaces*. San Francisco, CA: Elsevier.
- Spencer, D. (2007). Instructions for use: Card sort analysis spreadsheet. Retrieved from http://maadmob.com.au/resources/cardsort_analysis.pdf. , Last retrieved: 11-8-2015
- Spencer, D. (2009). *Card sorting: Designing usable categories*: Rosenfeld Media.
- Steinbrecher, N., & Hiller, W. (2011b). Course and prediction of somatoform disorder and medically unexplained symptoms in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 33(4), 318-326. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2011.05.002>
- Steinbrecher, N., Koerber, S., Frieser, D., & Hiller, W. (2011a). The Prevalence of Medically Unexplained Symptoms in Primary Care. *Psychosomatics*, 52(3), 263-271. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.psych.2011.01.007>

- Stone, L. (2014). Managing the consultation with patients with medically unexplained symptoms: a grounded theory study of supervisors and registrars in general practice. *BMC family practice*, 15(1), 192.
- Van den Berg, M. J., de Bakker, D. H., Spreeuwenberg, P., Westert, G. P., Braspenning, J. C. C., van der Zee, J., & Groenewegen, P. P. (2009). Labour intensity of guidelines may have a greater effect on adherence than GPs' workload. *BMC family practice*, 10, 74-74. doi:10.1186/1471-2296-10-74
- Van den Brink-Muinen, A., & Van Dulmen, A. (2004). Factoren gerelateerd aan farmacotherapietrouw van chronisch zieken. *Nivel*.
- Van der Weijden, T., Van Velsen, M., Dinant, G.-J., Van Hasselt, C. M., & Grol, R. (2003). Unexplained Complaints in General Practice: Prevalence, Patients' Expectations, and Professionals' Test-Ordering Behavior. *Medical Decision Making*, 23(3), 226-231. doi:10.1177/0272989x03023003004
- Van Gemert-Pijnen, J., 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).
- Van Gemert-Pijnen, J., Peters, O., & Ossebaard, H. (2013). *Improving eHealth*: Eleven International Publishing.
- Van Ittersum, M., Van Wilgen, C., Hilberdink, W., Groothoff, J., & Van der Schans, C. (2009). Illness perceptions in patients with fibromyalgia. *Patient education and counseling*, 74(1), 53-60.
- Van Velsen, L., Gemert-Pijnen, V., Nijland, N., Beaujean, D., & Van Steenberghe, J. (2012). *Personas: The linking pin in holistic design for eHealth*. Paper presented at the eTELEMED 2012, The Fourth International Conference on eHealth, Telemedicine, and Social Medicine.
- Van Velsen, L., Wentzel, J., & Van Gemert-Pijnen, J. E. (2013). Designing eHealth that Matters via a Multidisciplinary Requirements Development Approach. *JMIR Res Protoc*, 2(1), e21. doi:10.2196/resprot.2547
- Van Wijk, C. M. T. G., & Kolk, A. M. (1997). Sex differences in physical symptoms: The contribution of symptom perception theory. *Social science & medicine*, 45(2), 231-246. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00340-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00340-1)
- Verhaak, P. F. M., Meijer, S. A., Visser, A. P., & Wolters, G. (2006). Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Family Practice*, 23(4), 414-420. doi:10.1093/fampra/cml016
- Wentzel, J., van Velsen, L., van Limburg, M., de Jong, N., Karreman, J., Hendrix, R., & van Gemert, J. E. W. C. (2014). Participatory eHealth development to support nurses in antimicrobial stewardship. *BMC medical informatics and decision making*, 14(1), 1.

- Wileman, L., May, C., & Chew-Graham, C. A. (2002). Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. *Family Practice*, 19(2), 178-182. doi:10.1093/fampra/19.2.178
- Wilkowska, W., Gaul, S., & Ziefle, M. (2010). *A small but significant difference—the role of gender on acceptance of medical assistive technologies*. Paper presented at the Symposium of the Austrian HCI and Usability Engineering Group.
- Wilkowska, W., & Ziefle, M. (2012). Privacy and data security in E-health: Requirements from the user's perspective. *Health Informatics Journal*, 18(3), 191-201.
- Zonneveld, L. N., Sprangers, M. A., Kooiman, C. G., van't Spijker, A., & Busschbach, J. J. (2013). Patients with unexplained physical symptoms have poorer quality of life and higher costs than other patient groups: a cross-sectional study on burden. *BMC health services research*, 13(1), 520.

BIJLAGEN

1. Informatiebrochure en informed consent

Informatiebrochure

Ontwikkeling van paperprototypes voor het Grip op klachten systeem

Geachte meneer, mevrouw,

Inleiding

Wij heten u graag van harte welkom als deelnemer van het Grip op klachten onderzoek. In deze brief willen we u graag uitleggen wat dit onderzoek inhoudt. Wanneer u na het lezen van deze brief nog vragen heeft kunt u altijd de onderzoeker benaderen via de contactgegevens die onderaan deze brief zijn vermeld.

Doel en achtergrond van het onderzoek

Voor lichamelijke klachten wordt lang niet altijd een oorzaak gevonden. In Nederlands wordt er en over Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten, meestal SOLK genoemd. SOLK veroorzaken veel leed bij patiënten, terwijl artsen niet altijd goed weten wat ze kunnen doen bij SOLK problemen.

In 2013 is het Grip op klachten project van start gegaan om een online systeem te ontwikkelen dat patiënten en huisartsen kan ondersteunen bij de zorg voor SOLK. Het systeem bestaat onder andere uit online vragenlijsten en een online dagboek, waarmee heel nauwkeurig in kaart wordt gebracht waar iemand precies last van heeft, hoe het beloop van deze klachten is, en welke factoren daar mogelijk aan bijdragen. Deze gegevens worden omgezet in een online rapport voor de huisarts en de patiënt.

Eerder dit jaar zijn interviews afgenomen met SOLK-patiënten en zorgverleners om inzicht te krijgen in de problemen die ze hebben en wat zij graag zouden willen weten over de klachten. Hieruit zijn onderwerpen gekomen die in het rapport vermeld zouden kunnen worden. Nadat in kaart was gebracht hoe belangrijk SOLK-patiënten deze onderwerpen vinden, zijn er ontwerpen gemaakt voor het Grip op klachten systeem. Het doel van dit onderzoek is om deze ontwerpen te evalueren met SOLK-patiënten om problemen uit het ontwerp te halen.

Werkwijze

Tijdens de bijeenkomst krijgt u schetsen te zien die schermen van het Grip op klachten systeem voorstellen. U doet alsof u echt voor een computer zit en het Grip op klachten systeem gebruikt. U krijgt een taak die u binnen het systeem probeert te volbrengen. Omdat u één van de eerste ontwerpen van het systeem te zien krijgt kan het zijn dat u tegen een probleem aanloopt. Dit is dus niet erg, er is geen goed of slechte manier om de taak te volbrengen. De onderzoeker zal u verder vragen stellen over uw ervaring tijdens het volbrengen van de taak.

De taken die u uitvoert zullen worden opgenomen. De opnames zullen worden gebruikt voor de verbetering van het ontwerp. Het interview zal maximaal ander half uur duren.

Mogelijke risico en voordelen

Deelname aan het onderzoek heeft geen gevolgen voor u. Ook ondervindt u geen voordelen door deel te nemen aan het onderzoek. Uw deelname is voor ons wel belangrijk. Met uw hulp kunnen wij een systeem ontwikkelen dat kan bijdragen aan een betere zorg voor SOLK-patiënten.

Vertrouwelijkheid

Tijdens dit onderzoek worden gegevens en antwoorden verzameld die op vertrouwelijke wijze zullen worden behandeld. In de verslaglegging komt u naam niet terug maar wordt vervangen door een code (meneer1, mevrouw2). Het geluid en beeldmateriaal wordt met u toestemming na het onderzoek bewaard op een beveiligde server. Uw gegevens zullen nooit zonder uw toestemming aan derden worden verstrekt.

Vrijwillige deelname

U mag uiteraard zelf bepalen of u wilt deelnemen aan het onderzoek of niet. U mag op elk moment weigeren deel te nemen aan het onderzoek. Binnen 24 uur na dit onderzoek heeft u nog de mogelijkheid om te weigeren dat uw gegevens worden gebruikt voor het onderzoek.

Wilt u meedoen dan vragen wij u het bijgevoegde toestemmingsformulier te ondertekenen. Hiermee geeft u aan dat u begrijpt waar het onderzoek over gaat en dat u er aan wilt deelnemen.

Voor meer informatie

Voor u vragen of opmerkingen dan kunt u contact opnemen met Kayleigh Bood (info@gripopklachten.nl). Als u een klacht heeft dan kunt u contact op nemen met de secretaris van de ethische commissie van de Universiteit Twente mevr. J. Rademaker (tel.0534-894591; e-mail: j.rademaker@utwente.nl, Postbus 217, 7500AE Enschede).

Met vriendelijke groet,

Kayleigh Bood
Student Master Gezondheidspsychologie
Universiteit van Twente

Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)
Ontwikkeling van paperprototypes voor het Grip op klachten systeem

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en de risico's en belasting 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 geluidsmateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties 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: Kayleigh Bood

Datum:

Handtekening onderzoeker:

2. Interviewschema voor contextual inquiry

Zorgverlener	Patiënt
<i>Demografie</i>	
▪ Leeftijd ▪ Geslacht ▪ Werksetting	▪ Leeftijd ▪ Geslacht ▪ Opleiding, werk
<i>Gezondheid</i>	
▪ Hoe ervaart u de behandeling van SOLK-patiënten? ▪ Heeft u behoefte aan meer kennis over SOLK? ▪ Uit welke bronnen haalt u informatie over SOLK?	▪ Wat voor klachten heeft u? ▪ Hoe lang heeft u daar al last van? ▪ Hoe ervaart u de omgang met uw klachten? ▪ Wat voor dagelijkse activiteiten onderneemt u om uw klachten in toom te houden? ▪ Waar heeft u de kennis opgedaan om op deze wijze om te gaan met uw klachten? ▪ Als u vragen heeft over uw klachten wat doet u dan? ▪ Wie ondersteunen u bij uw klachten?
<i>Technologie</i>	
▪ Wat vindt u van technologie ter ondersteuning van de gezondheid? ▪ Bent u handig met technologie? ▪ Wat voor technologie gebruikt u? ▪ Hoe ziet u de rol van technologie in de behandeling of ondersteuning van de patiënt?	▪ Wat vindt u van technologie ter ondersteuning van uw gezondheid? ▪ Bent u handig met technologie? ▪ Wat voor technologie gebruikt u? Waar doet u dat? Wanneer? En waarvoor?
<i>Vragenlijsten</i>	
▪ Wat vindt u van vragenlijsten als screeningsmethode in de huisartsenpraktijk?	
<i>Dagboeken</i>	
▪ Wat vindt u van het bijhouden van een dagboek door de patiënt?	▪ Wat is uw ervaring met het bijhouden van een dagboek?
<i>Demo</i>	
▪ Wat vindt u van het Grip op klachten systeem? ▪ Wat verlangt u van de terugkoppeling? Wat voor terugkoppeling moet de patiënt volgens u krijgen? ▪ Denkt u dat SOLK-patiënten instaat zijn met dit systeem te werken? ▪ Wat denkt u met deze terugkoppeling te kunnen doen? ▪ Hoe zou u de terugkoppeling willen ontvangen? ▪ Wat zou er voor kunnen zorgen dat u niet gebruik zou maken van dit systeem?	▪ Wat vindt u van het Grip op klachten systeem? ▪ Zou u gebruik maken van het Grip op klachten systeem? ▪ Wat zou u terug willen zien van de vragenlijsten en het dagboek? ▪ Hoe denkt u deze terugkoppeling te gaan gebruiken? ▪ Hoe zou u deze terugkoppeling willen ontvangen? ▪ Zou u de terugkoppeling met iemand willen bespreken? Bijvoorbeeld met de huisarts? ▪ Wat zou er voor kunnen zorgen dat u geen gebruik maakt van het systeem?

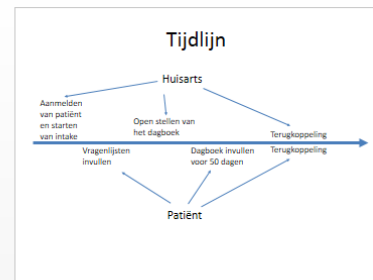
3. Demo Grip op klachten



1



2



3

4

5



6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

4. Draaiboek card sort bijeenkomst

Tijd	Fase	Uitleg	Benodigdheden
	Inloop	Uitdelen toestemmingsverklaring	Koffie, thee, fris
	Welkom	Mijn naam is Kayleigh Bood en ik heet u allen welkom bij deze card sort bijeenkomst.	
	Agenda	Ik wil beginnen met uitleg geven wat u kunt verwachten in de komende anderhalf uur. Eerst zal ik uitleg geven over het onderzoek. Vervolgens zal ik wat vertellen over card sorting en wat u gaat doen tijdens deze bijeenkomst. Als u vragen heeft stel deze alstublieft. Wanneer u na mijn uitleg geen vragen meer heeft over het onderzoek, wil ik u vragen om de toestemmingsverklaring te tekenen. Dan kunnen we starten met card sorting.	
5-10 minuten	Uitleg Grip op klachten	Ter afronding van mijn studie voer ik een onderzoek uit in opdracht van het UMCG. In 2013 is het project Grip op klachten begonnen wat zich richt op het ontwikkelen van een online systeem dat huisartsen en praktijkondersteuners kan ondersteunen bij de zorg voor SOLK patiënten. Het systeem bestaat onder andere uit online vragenlijsten en een online dagboek, waarmee heel nauwkeurig in kaart wordt gebracht waar de patiënt precies last van heeft, hoe het beloop van deze klachten zijn, en welke factoren daar mogelijk aan bijdragen. Deze gegevens worden omgezet in een online rapport voor de huisarts en de patiënt. Het doel van mijn onderzoek is om te bepalen hoe de online rapporten er uit moet zien zodat het aan de behoeften van gebruikers voldoet.	
	Uitleg bijeenkomst	Tijdens de bijeenkomst gaat u drie kaartsorteertaken doen. Verder zou ik graag met u een viertal persona's bespreken. Dit zijn fictieve gebruikers van het systeem en ik ben benieuwd wat u van deze mensen vindt.	
	Uitleg card sorting	Afgelopen jaar zijn interviews afgenomen met patiënten, huisartsen en POH-ers. Deze interviews zijn gebruikt om onderwerpen voor de online rapporten te identificeren. Van deze onderwerpen zou ik graag willen weten hoe belangrijk u deze vindt. Daarvoor gaat u kaarten sorteren. U gaat drie sorteertaken doen en iedere taak bestaat uit twee onderdelen. Er zijn dus twee online rapporten: voor de online vragenlijsten en het online dagboek. We beginnen met het rapport voor de online vragenlijsten. 1. U krijgt straks een A3 papier en post-its. Op een post-it staat een onderwerp van het online rapport en eventuele uitleg tussen haakjes. 2. Het is handig om eerst naar alle onderwerpen te kijken om te zien welke onderwerpen er allemaal zijn. 3. Dan willen we u vragen de onderwerpen te categoriseren op een manier die voor u logisch is. Er is geen goede of foute manier van categoriseren. Doe wat u het beste lijkt. Verzamel de post-its die bij elkaar horen op het A3 papier. 4. Maak vervolgens gebruik van de stift en de kale post-its om een label te geven aan deze groep. U kunt maximaal vijf groepen maken. 5. Het kan zijn dat u vindt dat er een onderwerp mist in het online rapport. Als dat zo is mag u gebruik maken van een blanco post-it en de stift om een nieuw onderwerp toe te voegen en deze onder de juiste groep te plaatsten. U heeft hiervoor maximaal twee post-its.	

		6. Tot slot wil ik u vragen om de kaarten binnen hun groepen te ordenen naar hoe belangrijk ze zijn. De belangrijkste kaart plaatst u bovenaan. Hier maak ik een foto van.	
	Vragen	Zijn er nog vragen of opmerkingen over het onderzoek of over het kaart sorteren?	
	Toestemming	Als er geen vragen zijn wil ik vragen of u de toestemmingverklaring wil ondertekenen die u heeft ontvangen bij binnenkomst.	Toestemningsformulier
	1^e card sort	Online vragenlijsten	
10 min	Onderwerpen sorteren in groepen	Aanzetten geluidsrecorder De eerste sorteertaak die u gaat doen betreft onderwerpen die terug kunnen komen na dat de patiënt via het systeem screeningsvragenlijsten hebben ingevuld.	Fotocamera Geluidsrecorder
5-10 min	Onderwerpen ordenen naar hoe belangrijk		
15 min	Bespreken	- Hoe vond u het om de kaarten te categoriseren? Wat vond u gemakkelijk? Wat vond u moeilijk? - Bespreken nieuwe kaarten: concreet maken.	
	2^e card sort	Online dagboek	
10 min	Onderwerpen sorteren in groepen	De tweede sorteertaak gaat om onderwerpen die terug kunnen komen als de patiënt het Grip op klachten dagboek heeft bijgehouden voor een bepaalde periode.	Fotocamera Geluidsrecorder
5-10 min	Onderwerpen ordenen naar hoe belangrijk		Fotocamera Geluidsrecorder
15 min	Bespreken	- Hoe vond u het om de kaarten te categoriseren? Wat vond u gemakkelijk? Wat vond u moeilijk? - Bespreken nieuwe kaarten: concreet maken.	
	3^e card sort	Overige onderdelen	
10 min	Onderwerpen sorteren in groepen	De laatste kaart sorteertaak betreft niet een online rapport, maar overige onderwerpen die uit de interviews zijn gekomen. Het gaat hier om informatie over verschillende onderwerpen die te maken hebben met SOLK en patiënten en het consult.	Fotocamera Geluidsrecorder
5-10 min	Onderwerpen ordenen naar hoe belangrijk		Fotocamera Geluidsrecorder
15 min	Bespreken	1. Hoe vond u het om de kaarten te categoriseren? Wat vond u makkelijk? Wat vond u moeilijk? 2. Bespreken nieuwe kaarten: concreet maken.	

	Personas	Een persona is een fictieve gebruiker van een product of systeem, die in de vorm van een verhaal wordt weergegeven. Deze personas zijn gebaseerd op gegevens die verzameld zijn in interviews met gebruikers. Het zijn dus stukjes uit het verhaal van verschillende mensen. Tuurlijk zijn sommige dingen overdreven en andere weer niet. Het gaat dan ook niet om dat het perfect lijkt op een echte gebruiker. Het is een tool bij het ontwerpen van nieuwe functie en het evalueren van functies. Zo hoeft een ontwerpen niet bij iedere stap gebruikers te benaderen, dat kost namelijk veel tijd. Deze vier personas zijn dus mogelijke gebruikers van het Grip op klachten systeem. Ik zou graag willen weten wat u van deze fictieve mensen vindt. 1. Laat hen rust het persona lezen, vraag om hardop te denken. 2. Herkent u hier een collega of patiënt in? Zo ja: kunt u dat verder uitleggen hoe ze dan op elkaar lijken? En waar zij dan verschillend zijn? 3. Zo nee: Wat is kenmerkend voor uw collega of patiënt? 4. Denkt dat u deze patiënt op het spreekuur zou kunnen krijgen? 5. Ga in op de verschillende onderwerpen die in het persona langskomen. Vraag door. 6. Ga in op attitude t.a.v. technologie als er voor een huisarts wordt gekozen: hoe kijkt u tegen technologie aan? Hoe is dit anders dan het persona?	De persona's
	Rondje	Dit is het einde van de bijeenkomst. Zijn er nog vragen of opmerkingen? Mocht u nog vragen hebben of nog eens willen mee doen aan het onderzoek, dan kunt u altijd contact opnemen met Judith Rosmalen.	
	Afsluiting	Ik wil u allen hartelijk danken voor uw komst..	

5. Persuasieve strategieën en bijhorende items

Susceptibility of persuasion scale (Kaptein et al.)		
Strategie		Item
Scarcity	1.	Producten die moeilijk te krijgen zijn hebben een speciale waarde.
	2.	Als ik een product wil kopen, dan kan ik ervan genieten als het de laatste uit het schap is.
	3.	Ik vind schaarse producten meer bijzonder dan massa producten.
Authority	4.	Ik volg altijd het advies van mijn huisarts op.
	5.	Ik ben geneigd te luisteren naar gezagdragers.
	6.	Ik gehoorzaam altijd mijn meerderen.
	7.	Ik ben geneigd eerder te luisteren naar iemand met gezag, dan naar iemand die gelijk aan mij is.
The persuadability inventory (Busch et al.)		
Strategie		Item
Rewards	1.	Het is belangrijk voor mij dat mijn acties worden beloond.
	2.	Het is belangrijk voor mij dat ik mijn succes voor mij zie.
	3.	Ik word ambitieuzer als ik weet dat ik een beloning krijg.
	4.	Ik verzet meer werk als ik weet dat ik er iets voor krijg.
	5.	Ik ben bereid mijzelf te veranderen als ik daarvoor word beloond.
	6.	Beloningen motiveren mij.
Competition	7.	Als ik in een competitie zit met anderen werk ik harder.
	8.	Ik zou willen deelnemen aan een quiz show, waar ik mij moet bewijzen tegenover anderen.
	9.	Het is belangrijk voor mij dat ik beter ben dan anderen.
	10.	Ik hou van competitieve sporten (zoals autoracen).
Social comparison	11.	Het is belangrijk voor mij dat ik gelijk ben aan anderen.
	12.	Ik vergelijk mijzelf graag met andere mensen.
	13.	Voordat ik iets doe wil ik eerst weten hoe andere mensen het hebben gedaan, zodat ik mij veiliger voel.
	14.	Het is belangrijk voor mij om te weten wat andere mensen doen.
	15.	Het is belangrijk voor mij om te weten wat andere mensen van mij denken.
	16.	Ik pas mijn eigen kledingstijl aan dat van mijn vrienden.
Trustworthiness	17.	Ik vraag mij altijd eerst af of ik een systeem vertrouw voordat ik het gebruik.
	18.	Ik vertrouw informatie meer als de bron is vermeld.

	19.	Het is belangrijk voor mij om precies te weten welke dingen ik moet doen, voordat ik ze doen.
Social learning	20.	Ik pas mijzelf vaak aan andere mensen.
	21.	Voordat ik een besluit maak vraag ik eerst om advies bij andere mensen.
	22.	Ik pas mijn gedrag aan dat van mensen om mij heen.
	23.	Ik zie andere mensen als rolmodel voor nieuw gedrag.

6. Draaiboek gebruikerstests

Fase	Inhoud	Benodigdheden
Agendapunten	Fijn dat u bereid bent mee te werken aan dit interview. Ik ga u eerst wat vertellen over mijn onderzoek, het doel van het onderzoek en daarna over wat we gaan doen tijdens het interview.	
Uitleg onderzoek	Ter afronding van mijn studie voer ik een onderzoek uit in opdracht van het UMCG. In 2013 is het project Grip op klachten begonnen wat zich richt op het ontwikkelen van een online systeem dat huisartsen en praktijkondersteuners kan ondersteunen bij de zorg voor SOLK-patiënten. Het systeem bestaat onder andere uit online vragenlijsten en een online dagboek, waarmee heel nauwkeurig in kaart wordt gebracht waar de patiënt precies last van heeft, hoe het beloop van deze klachten zijn, en welke factoren daar mogelijk aan bijdragen. Deze gegevens worden omgezet in een online rapport voor de huisarts en de patiënt. Het doel van mijn onderzoek is om te bepalen hoe de online rapporten er uit moet zien zodat het aan de behoeften van gebruikers voldoet. Het gaat dus niet om hoe u presteert als individu.	
Uitleg interview	Ik wil u straks een aantal ontwerpschetsen voor het Grip op klachten systeem voorleggen. We doen net alsof u achter de computer zit. U krijgt van mij straks een taak die u gaat uitvoeren in het Grip op klachten systeem. We doen alsof deze pen uw computermuis is waarmee u door het systeem klikt. Ik zal dan de computer spelen.	
Uitleg over Thinking aloud	Ik ben benieuwd naar wat u zegt in uw hoofd terwijl u de taak uitvoert. Daarom wil ik u vragen om hardop uw gedachten uit te spreken wanneer u bezig bent met de taak. Doe net alsof u alleen bent in deze ruimte en tegen uzelf praat. Als u voor een periode stil blijft zal ik u er aan herinneren om hardop te blijven denken. Er is geen goede of foute manier om een taak uit te voeren. Het is dan ook niet erg als u iets niet begrijpt, als u ergens niet verder komt of u een taak niet kan voltooien. Wees ook niet bang om dit hardop uit te spreken. Hier leren wij juist is van en kunnen met behulp van uw uitspraken het systeem verbeteren.	
Toestemmings-formulier	Heeft u nog vragen over het onderzoek of over het interview? Via de mail heeft u eerder de informatiebrochure gehad, heeft al de gelegenheid gehad de brochure te lezen? Heeft u hier nog vragen over? Zo nee, dan wil ik u vragen om het toestemmingsformulier te tekenen.	Toestemmings-formulier (2x) Pen
	Ik zet nu de geluidsrecorder aan.	Geluidsrecorder
Interviewvragen	Voordat we beginnen met de testen zou ik u graag eerste een aantal vragen willen stellen. 1. Wat voor onbegrepen klachten ervaart u? 2. In hoeverre ervaart u dat u grip heeft over uw klachten? 3. Hoe is uw relatie met uw huisarts of andere zorgverleners als het gaat over uw klachten?	Geluidsrecorder

	4. Hoe vaak maakt u gebruik van uw computer of telefoon? Hoe vaak gaat u internetten? Welke websites gebruikt u? Wat doet u zoal als u aan het internetten bent?	
Inleiding testen	U krijgt van mij een aantal taken. Het is de bedoeling dat u deze taken daadwerkelijk gaat uitvoeren. Terwijl u bezig bent met het uitvoeren van de taak wil ik u vragen hardop te gaan denken. Voor onderzoeker: Bij 15-60 seconde stilte: geef een reminder: Kunt u mij alstublieft vertellen waar u aan denkt?	Geluidsrecorder Camera Mock-ups Pen
Test 1 Homepage	Stel dat uw huisarts u heeft verteld over het online programma Grip op klachten. Dat dit een programma is wat uw onbegrepen klachten in kaart te brengt en kan helpen grip te krijgen op uw klachten. Uw huisarts heeft u aangemeld en u heeft uw gegevens ingevuld. Dan komt u op deze pagina uit. - Wat vindt u van deze website? - Wat denkt u dat u hier kan doen? - Wat zou u gaan doen nu? - Blok: wat kunt u doen? Grip op klachten planning; Voortgang Grip profiel: vraag naar: Wat denkt u dat dit is?	Mock-ups: Homepage – geen voortgang
Test 2 Grip op klachten programma	Stel dat uw huisarts niet precies had verteld wat Grip op klachten is. Dus u vraagt zich af wat het inhoudt en wat u hiervoor moet doen. Wat zou u doen om hier achter te komen? Vraag bij actie: - Is dit wat u had verwacht? - Geeft deze pagina de informatie die u zoekt?	Mock-ups Homepage-geen vooruitgang Grip op klachten programma
Test 3 Onbegrepen klachten	U zou graag ook meer willen weten over onbegrepen klachten, hoe vaak deze bijvoorbeeld voorkomen en wat voor soort klachten dit kunnen zijn. Wat zou u doen om hier achter te komen? Vraag bij actie: - Is dit wat u had verwacht? - Geeft deze pagina de informatie die u zoekt? - Wat denkt u dat u hier nog meer kan doen?	Mock-ups Onbegrepen klachten – Start
	Stel dat u meer zou willen weten over wat u kan doen aan de onbegrepen klachten die u heeft. Wat zou u dan doen? Vraag bij actie: - Is dit wat u had verwacht? - Geeft deze pagina de informatie die u zoekt? - Wat zou u nog meer willen weten?	Mock-ups Onbegrepen klachten – Grip op uw klachten
Test 4 Grip profiel	Een onderdeel van Grip op klachten is dat u online vragenlijsten invult. Stel dat u dat heeft gedaan en u krijgt in uw mailbox het bericht dat uw Grip profiel is geüpdatet. U logt in op de site en krijgt dit te zien. - Wat vindt u hiervan? - Wat denkt u dat u hier kunt doen? - Blok: wat kunt u doen? Grip op klachten planning; Voortgang Grip profiel: vraag naar: Wat denkt u dat dit is?	Mock-ups Homepage - screener

	U wilt weten wat er precies met u aan de hand is en welke factoren een rol spelen bij uw klachten. Wat zou u doen om hier achter te komen? Vraag bij actie: - Wat vindt u hiervan? - Is dit wat u had verwacht? - Wat denkt u dat u hier kunt doen? - Waar zou u op willen klikken? - Geeft deze pagina de informatie die u zoekt? - Wijs naar de Grip tip en vraag: wat denkt u dat u hiermee kunt doen?	Mock-ups Mijn Grip profiel Mijn Grip profiel – uw lichamelijke klachten Mijn Grip profiel – Bijdragende factoren Mijn Grip profiel – uw gedachten en gevoelens Mijn Grip profiel – behandel en diagnose advies
Test 5 Grip tip	U wilt ook graag weten wat uw psychische klachten te maken hebben met uw lichamelijke klachten. Wat zou u doen om hier meer te weten over te komen? Vraag bij actie: - Wat vindt u hiervan? - Is dit wat u had verwacht? - Waar zou u op willen klikken? - Geeft deze pagina de informatie die u zoekt?	Mock-ups Onbegrepen klachten – Fysiek en mentaal
Test 6 Grip radar	U heeft opnieuw een aantal online vragenlijsten ingevuld voor Grip op klachten. Stel dat u in uw mailbox het bericht krijgt dat uw Grip radar beschikbaar is. U logt in op de site en krijgt dit te zien. Vraag bij actie: - Wat vindt u hiervan? - Is dit wat u had verwacht? - Waar zou u op willen klikken?	Mock-ups Homepage – e-intake
	Als ze niet naar de Grip radar gaan: Laten we naar de Grip radar gaan. - Wat vindt u hiervan? - Is dit wat u had verwacht van de Grip radar - Wat denkt u dat u hier kan doen?	Grip profiel – Grip radar
	Stel dat u wil weten welke factoren een belangrijke rol spelen bij uw klachten, wat zou u doen om hier achter te komen? - Wat denkt u dat de kleuren betekenen? (doen, denken, voelen, omgeving) - Geeft deze pagina de informatie die u zoekt om er achter te komen welke factoren een belangrijke rol spelen bij uw klachten?	Grip profiel – Grip radar
Test 7 Dagboek	Een ander onderdeel van Grip op klachten is dat u voor een bepaalde periode een online dagboek bijhoudt. Stel dat u dit heeft gedaan en in uw mailbox krijgt u een bericht dat uw Grip profiel is geüpdatet. U logt in en krijgt dit te zien: - Wat vindt u hiervan? - Is dit wat u had verwacht? - Wat denkt u dat u hier kunt doen? - Waarop zou u klikken?	Mockup Homepage –dagboek Grip profiel-samenhang en patronen

	Stel dat u meer zou willen weten wat voor invloed een negatieve stemming heeft op uw klachten. Wat zou u doen om hier achter te komen? Vraag bij actie: - Wat vindt u hiervan? - Is dit wat u had verwacht? - Geeft deze pagina u de informatie die u zocht?	Mockup Grip profiel- samenhang en patronen Grip profiel - samenhang
	Stel dat u meer zou weten over het beloop van uw klachten. Wat zou u doen om hier meer te weten over te komen? Vraag bij actie:	
Interview	Dit waren de testen. Ik zou u graag nu een aantal vragen willen stellen. Hoe vond u het om deze taken uit te voeren? Waar liep u tegen aan bij de taken? - Uitzoeken wat Grip op klachten programma was - Meer te weten komen over onbegrepen klachten - Meer te weten komen over uw klachten - Meer te weten komen over wat u aan uw klachten kan doen - Meer weten over de factoren die met de klachten te maken hadden - Meer te weten komen over patronen en samenhang Wat kan er worden gedaan om de website beter te maken?	Geluidsrecorder
Afronding	Dit was het interview. Ik wil u hartelijk danken voor uw medewerking. Zou u bereid zijn om in de toekomst nogmaals te worden benaderd om mee te doen aan het Grip op klachten onderzoek?	

7. Persona van Henny Schurink



Henny Schurink

“SOLK patiënten voelen zich vaak onbegrepen en zijn soms ongerust door de onzekerheid rondom hun klachten. Daarom is het contact met de patiënt belangrijk.”

Leeftijd 43 jaar

Beroep Praktijkondersteuner
Huisartenzorg GGZ

Werkplek Drie huisartsen-
praktijken in de regio

Apparaten

- Desktop computer
- Android telefoon
- Windows tablet



Henny vindt SOLK-patiënten een lastige patiëntengroep. Patiënten voelen zich vaak onbegrepen en worden door veel mensen weggezet als “zeur”. Henny ervaart wel eens weerstand bij patiënten als zij probeert hen inzicht te geven in de psychische component van SOLK. Patiënten zijn vooral gefocust op de somatische kant van hun klachten. Daarnaast heeft Henny ook moeite met de mate van onzekerheid rondom de diagnose SOLK. Patiënten zijn vaak bezorgd en zijn moeilijk gerust te stellen. Daarom is het nodig dat er een goede samenwerking nodig is tussen de huisarts en de praktijkondersteuner. Zo kun je de patiënt namelijk het beste helpen.

Dagboeken

Henny maakt geregeld gebruik van een dagboeken. Het geeft nieuwe inzichten door de link te leggen tussen de klachten en activiteiten van de patiënt. Dit wordt dan besproken tijdens het consult. Helaas staat niet elke patiënt open voor een dagboek.

Vragenlijsten

Henny maakt af en toe wel gebruik van screenings-vragenlijsten. Daarentegen vindt ze het wel belangrijk om met de patiënt in gesprek te gaan om tot meer verdieping te komen.

eHealth

Henny vindt dat technologie haar en de patiënt kan ondersteunen. Het kan meer inzicht bieden en maakt de patiënt bewuster van zijn klachten. Maar het contact met de patiënt blijft belangrijk en technologie mag dit niet vervangen. Tijdens het spreekuur bezoekt ze met de patiënt wel eens een website op zoals thuisarts.nl. Ook maakt Henny gebruik van app's als de NHG-app, Mindfulness-app of een Slaap-app.

Websites en app's



Regelmaat en locatie

- Dagelijks op kantoor, tijdens het consult
- Voornamelijk de PC

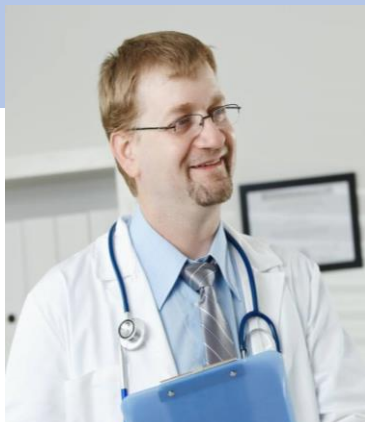
Randvoorwaarden voor eHealth

- Gemakkelijk te gebruiken zijn
- Moet betrouwbaar zijn

8. Persona van Geert van de berg

Geert van de Berg

“Veel SOLK-patiënten zijn vooral gericht op de somatiek. Het is lastig patiënten ervan te overtuigen dat hun klachten ook een psychische component kunnen hebben. Als dat is gelukt dan is het moeilijkste eigenlijk al achter de rug.”



Leeftijd 50 jaar

Beroep Huisarts

Werkplek Huisartsenpraktijk

Apparaten

- Desktop computer
- Android telefoon
- iPad



Geert ziet regelmatig SOLK-patiënten. Geert weet niet altijd waar hij deze patiënten naar toe kan verwijzen. Veel patiënten zijn vooral gericht op de somatiek en het is lastig om hen ervan te overtuigen dat hun klachten ook een psychische component kunnen hebben. Beide partijen kunnen dan gefrustreerd raken. Geert heeft soms ook het gevoel dat hij onder druk wordt gezet door de patiënt. Geert weet dan niet altijd hoe hij daar het beste mee om kan gaan. Bij het consult maakt hij meestal gebruik van de NHG-standaard SOLK en gaat hij ook wel op zijn eigen gevoel af.

Dagboeken

Geert is onverschillig over het gebruik van dagboeken. Patiënten komen soms terug met grote boekwerken en Geert heeft geen tijd om die te lezen. Bovendien is het moeilijk relevante patronen in de klachten eruit te halen. Geert vindt wel dat een dagboek de patiënt bewuster kan maken en inzicht kan geven.

Vragenlijsten

Geert gebruikt soms screeningsvragenlijsten. Hij vindt dat dit heel nuttig kan zijn voor de inventarisatie van de klachten van de patiënt. Maar het is niet altijd duidelijk wat hij met de uitslag moet doen. Tot slot moet de vragenlijst wel goed gevalideerd zijn, anders gebruikt Geert het niet.

eHealth

Geert staat positief tegenover eHealth. Het kan hem tijdens het consult veel tijd besparen. Geert vindt dat patiënte door eHealth beter zijn geïnformeerd. Maar Geert vindt het contact met de patiënt wel belangrijk en eHealth mag dit niet vervangen. Bovendien vindt hij het ook belangrijk dat de technologie betrouwbaar is en dat het is afgestemd op de behoeften van de patiënt

Websites en app's



Regelmaat en locatie

- Dagelijks op kantoor, tijdens het consult
- Voornamelijk de PC en de iPad tijdens huisbezoeken

Randvoorwaarden voor eHealth

- Goede beveiliging van gegevens (uitwisseling)
- Tijd besparend zijn
- Toegankelijk zijn

9. Persona van Bea Smit

Bea Smit

“Ik heb al aardig wat grip op mijn klachten. Ik vraag mij af wat er is veranderd het afgelopen jaar nu ik het FODMAP-dieet volg en zou ik nog best graag tips willen.”



Leeftijd 50 jaar

Gezinssituatie Getrouwd, dochter van 16 en zoon van 19 jaar

Beroep Administratief medewerker voor drie keer twee uren in de week

Apparaten

- Android Telefoon
- Desktop computer



Vier jaar geleden heeft ze erge pijn aanval gehad wat er toe leidde dat ze zich moest laten onderzoeken. Bea was voor langere tijd erg moe, ze kon niet slapen en kon niet meer werken. Uit de verschillende onderzoeken werd niet duidelijk wat er aan de hand was met haar. Via een specialist kreeg Bea te horen dat ze waarschijnlijk het prikkelbare darmsyndroom had.

De partner van Bea en haar kinderen zijn erg begripvol. In het begin was dat anders maar nu voelt Bea dat zij gesteund wordt. Eerder had Bea moeite met wat andere mensen dachten over haar. Ze voelde zich toen erg onbegrepen en schuldig. Omdat er volgens de artsen niks met haar aan de hand was accepteerde Bea eigenlijk niet dat ze ziek was.

Bea heeft op advies van de diëtiste een tijdje een dagboek bijgehouden. Ze vond dat er wel veel tijd in ging zitten. Maar ze heeft er wel van geleerd dat haar klachten beïnvloed worden door voeding en activiteiten. Het heeft haar ook geholpen te accepteren dat ze deze klachten heeft.

Toen Bea in contact kwam met andere patiënten hoorde zij over het FODMAP-dieet. Met hulp van de diëtiste is Bea toen volgens het FODMAP-dieet gaan eten. Bovendien is ze naar een psycholoog geweest om te leren beter haar grenzen aan te geven. Het gaat nu weer een stuk beter met Bea. Langzaam gaat ze weer aan het werk.

eHealth

Ze heeft haar mobiele telefoon meestal op zak. Waarmee ze belt en af en toe whatsapppt. Op haar werk gebruikt ze veel een computer. Thuis heeft ze een desktop computer, maar die gebruikt ze niet heel vaak. Soms om een website op te zoeken of iets online te bestellen. Bea's digitale vaardigheden zijn gemiddeld.

Websites en app's



Regelmaat en locatie

- Dagelijks
- Thuis en op haar werk

Wil met 'Grip op klachten'

- Inzicht in effect van behandeling
- Advies bij terugval

10. Use-case scenario's

Scenario 1: Kennismaking met Grip op klachten programma	
<i>Actor</i>	Inge De Bruin
<i>Trigger</i>	- Emailbericht die verzoekt tot aanmelding bij Grip op klachten - Suggestie op homepage om meer te weten te komen over het Grip op klachten programma
<i>Doel</i>	Inge wil weten hoe Grip op klachten in zijn werk gaat en wat ze daarvoor moet doen.
<i>Motivatie</i>	De huisarts heeft Inge verteld over Grip op klachten, ze wil weten wat ze ervan kan verwachten
<i>Voorwaarde</i>	Aangemeld bij Grip op klachten
<i>Scenario</i>	1. Na te hebben ingelogd komt Inge op de homepage. 2. Op de homepage staan suggesties voor activiteiten die de gebruiker kan ondernemen in het systeem, namelijk 1) het invullen van online vragenlijsten met de Grip app, 2) informatie over het Grip op klachten programma en 3) informatie over onbegrepen klachten. Ook laat de pagina zien wat de voortgang is van het Grip profiel van de gebruiker en de planning van het Grip op klachten programma zien. 3. Inge leest dat ze online vragenlijsten kan invullen via de app, meer te weten kan komen over het Grip op klachten programma of ze kan meer te weten komen over onbegrepen klachten. Ze ziet ook de Grip op klachten planning voor iedere week, waarin ze afwisselend het systeem gebruikt en dan met de dokter spreekt. 4. Inge wil weten wat Grip op klachten verder inhoudt en klikt daarom op: Kom meer te weten over het Grip op klachten programma. 5. Op de nieuwe webpagina staat een overzicht van de drie stappen die de gebruiker doorloopt met Grip op klachten. Er wordt duidelijk dat de gebruiker online vragenlijsten en een online dagboek hiervoor bijhoudt. Hiervoor wordt een mobiele app en de website van Grip op klachten gebruikt. Door de stappen te doorlopen maakt de gebruiker een Grip profiel die inzicht geeft in de klachten van de gebruiker. 6. Inge leest de tekst op de nieuwe webpagina en begrijpt hoe Grip op klachten is opgebouwd. 7. Ze wil nu weten wat zij hiervoor moet doen. Onder aan de pagina leest ze: meer weten: 1) over de experts die betrokken zijn bij Grip op klachten, 2) over de rol van de zorgverlener bij Grip op klachten, 3) over de rol van de patiënt bij Grip op klachten. Ze kiest de laatste. 8. Een pagina opent waarop is omschreven dat de patiënt centraal staat bij Grip op klachten en dat de zorgverlener de patiënt ondersteunt. Verder is het nodig dat de patiënt online vragenlijsten invult en zich verdiept in zijn Grip profiel. Ook zal de patiënt een online dagboek bijhouden voor een bepaalde periode.

Scenario 2: Informatie over SOLK	
<i>Actor</i>	Inge De Bruin
<i>Trigger</i>	Suggestie op homepage om meer te weten te komen over onbegrepen klachten
<i>Doel</i>	Inge wil weten wat onbegrepen klachten zijn en wat ze er aan kan doen
<i>Motivatie</i>	Inge heeft voor een langere tijd last van klachten die de dokter niet helemaal kan verklaren of genezen

Voorwaarde	Aangemeld bij Grip op klachten
Scenario	1. Op de homepage van Grip op klachten ziet ze verschillende kopjes in de bovenste balk ze kiezen uit Home, Mijn Grip profiel, Onbegrepen klachten en Over Grip op klachten. Op de homepage wordt ook de suggestie gegeven om meer te weten te komen over onbegrepen klachten. 2. Omdat Inge meer wil weten over en onbegrepen klachten kiest ze Onbegrepen klachten. 3. Een nieuwe pagina laat een overzicht zien van verschillende onderwerpen zoals Grip op onbegrepen klachten, impact van onbegrepen klachten en fysiek en mentaal. Daarnaast geeft de pagina informatie over wat onbegrepen klachten zijn. 4. Inge leest de tekst over lichamelijke klachten die vaak niet volledig kunnen worden verklaard. Ze leest ook dat verschillende soorten klachten onbegrepen klachten kunnen zijn. Verder leest ze dat onbegrepen klachten vaak voorkomen onder vrouwen en dat veel mensen met dit soort klachten herstellen. 5. Inge wil weten wat ze kan doen aan de klachten en klikt daarom op Grip op uw klachten. 6. Een nieuwe pagina opent met informatie over onbegrepen klachten die voor elke individu anders is en daarom is er geen één oplossing. Ook worden er algemene adviezen gegeven en voorbeelden gegeven van behandeling bij onbegrepen klachten. 7. Inge leest de tekst en begrijpt dat het per persoon verschilt en dat Grip op klachten kan ondersteunen bij het opstellen van een persoonlijk plan voor haar klachten. Inge leest ook dat het wel belangrijk is actief te blijven maar ook te rusten, dat kan ze dus wel al doen.

Scenario 3: Inzicht en erkenning van eigen SOLK	
Actor	Inge De Bruin
Trigger	Melding geüpdatete Grip profiel na afronding van screener
Doel	Inge wil weten wat er precies met haar aan de hand is
Motivatie	Inge heeft voor een periode last van klachten en wil nu graag weten wat er mis is (inzicht) en hoe de klachten kunnen ontstaan.
Voorwaarde	Afgeronde screener
Scenario	1. Inge logt in op de Grip op klachten website 2. Op de homepage van Grip op klachten worden verschillende acties voor de gebruiker gesuggereerd: 1) bekijken van uw Grip profiel of 2) het lezen over onbegrepen klachten. 3. Omdat Inge wil weten wat er met haar aan de hand is klikt ze op Mijn Grip profiel. 4. Een pagina opent met het Grip profiel waar de gebruiker kan kiezen uit Bijdragende factoren, Lichamelijke klachten, Gedachten en gevoelens en Diagnose en behandeladvies. Ook geeft de pagina de suggestie om het Grip profiel door te lezen en daarna een afspraak te maken met de zorgverlener. 5. Inge klikt op Lichamelijke klachten. 6. Op de nieuwe pagina is te zien van welke SOLK (ook Persoonlijke klacht) de gebruiker vooral last heeft, wat de duur van eigen SOLK zijn, wat de ernst van eigen SOLK zijn en hoe het slaappatroon van de gebruiker er uit ziet. Daarbij geeft de pagina links (Grip tips) naar meer informatie over de betreffende onderwerpen die op de pagina zijn weergegeven en zijn de elementen van de volgende stap (intake) wel weergegeven maar niet beschikbaar.

	7. Inge leest wat het aandeel is van de verschillende klachten die zij ervaart en leest ook hoe dit in verhouding staat tot haar Persoonlijke klacht. Dit is precies zoals zij het ervaart. 8. Inge gaat een pagina terug en kiest Bijdragende factoren. 9. Op een nieuwe pagina wordt weergegeven wat voor moeilijkheden de gebruiker ervaart en welke psychische klachten de gebruiker heeft. 10. Inge leest over het onbegrip dat ze ervaart en de psychische klachten. Ze vraagt zich af wat deze dingen te maken hebben met onbegrepen klachten. Ze klikt op de Grip tip. 11. Een nieuwe pagina geeft informatie over hoe het brein en het lichaam elkaar beïnvloeden en dat er verschillende onbewuste processen plaatsvinden. Ook wordt er uitgelegd dat er bij Grip op klachten aandacht is voor vier gebieden: namelijk denken, doen, voelen en de omgeving. Er wordt uitgelegd hoe deze gebieden elkaar beïnvloeden en hoe deze onbegrepen klachten kunnen veroorzaken. Ze leest ook over psychiatrische stoornissen en vraagt ze af er bij haar ook sprake van is, dus ze gaat terug naar haar Grip profiel en klikt op Diagnose en behandeladviezen 12. Op de nieuwe pagina is te zien welke adviezen het Grip op klachten systeem geeft voor de klachten die gebruiker heeft. Ook wordt aangegeven of er sprake is van een psychiatrische stoornis en of er wordt voldaan aan de diagnostische criteria van een functioneel syndroom. 13. Inge leest dat er mogelijk sprake is van overspannenheid. Daarnaast leest ze dat ze voor een groot deel voldoet aan de criteria van het fibromyalgie syndroom. Er wordt geadviseerd om het Grip profiel af te ronden.
--	--

Scenario 4: Bijdragende factoren in de Grip radar	
Actor	Bea Smit
Trigger	Melding beschikbaarheid van Grip radar na afronding van eigen dagboek
Doel	Bea wil weten welke factoren haar klachten verergeren
Motivatie	Bea denkt dat vooral melkproducten haar klachten verergeren, maar haar dokter zegt dat er ook psychische factoren zijn die haar klachten beïnvloeden
Voorwaarde	Afgeronde screener, intake waarbij eigen factor (melkproducten) is toegevoegd
Scenario	1. Bea logt in op de Grip op klachten website 2. Op de homepage van Grip op klachten worden verschillende acties voor de gebruiker gesuggereerd: 1) bekijken van uw Grip radar of 2) het lezen over onbegrepen klachten. Ook is te zien hoever de gebruiker is in het voltooien van zijn Grip profiel en welke onderdelen van de Grip op klachten planning zijn voltooid en welke nog op het programma staan. 3. Bea ziet dat ze al 25% van haar Grip profiel heeft voltooid. Bea wil weten wat haar klachten erger maakt en daarom klikt ze op Grip radar. 4. Op de volgende pagina opent de Grip radar waar de gebruiker eerst uitleg krijgt over de vier gebieden waar aandacht voor is bij de Grip radar, namelijk doen, denken, voelen en omgeving. Ook wordt er een link aangeboden naar meer informatie over deze vier gebieden (>over onbegrepen klachten: fysiek en mentaal). Daarnaast wordt de Grip radar aangeboden die visueel maakt welke factoren uit de vier gebieden een aandeel hebben in de klachten die de gebruiker ervaart. De pagina geeft ook een Grip tip om meer achtergrond informatie te krijgen over de vier gebieden. 5. Bea leest over de vier gebieden en bekijkt de Grip radar. Daarin ziet Bea dat ze voeding geen rol speelt bij haar klacht. Uit de Grip radar haalt Bea wel op dat

	op het gebied van doen grenzen stellen, zorggebruik en hulp vragen een rol speelt. Verder dat op gebied van haar omgeving de relatie met zorgverleners een rol speelt, op het gebied van voelen lichaamssignalen en emoties een rol spelen. En tot slot op het gebied van denken bewegingsangst en de Oorzaak van haar klacht een rol spelen.
--	---

Scenario 5: Gebruiker krijgt inzicht in samenhang tussen eigen SOLK en factoren	
<i>Actor</i>	Inge De Bruin
<i>Trigger</i>	Melding geüpdatete Grip profiel na afronding van e-dagboek
<i>Doel</i>	Inge wil weten wat hoe haar denken, doen, voelen en haar omgeving samenhang met haar klachten
<i>Motivatie</i>	Inge begrijpt nu waar ze last van heeft en wil nu graag weten wat haar klachten verergeren of verminderen
<i>Voorwaarde</i>	Afgeronde screener, afgeronde intake, afgerond dagboek
<i>Scenario</i>	1. Inge logt in op de Grip op klachten website 2. Op de homepage van Grip op klachten worden verschillende acties voor de gebruiker gesuggereerd: 1) bekijken van patronen of samenhang in uw klachten of 2) lezen over onbegrepen klachten. Ook is te zien hoever de gebruiker is in het voltooien van zijn Grip profiel en welke onderdelen van de Grip op klachten planning zijn voltooid en welke nog op het programma staan. 3. Inge klikt Patronen en samenhang 4. Een scherm opent waarop de gebruiker kan kiezen uit patronen of samenhang met uitleg wat deze twee dingen inhouden 5. Inge vraagt zich af wat deze twee dingen inhouden. Ze leest daarom de uitleg onder de buttons. Samenhang gaat om wat haar denken, doen, voelen en haar omgeving voor invloed hebben op haar klachten. Omdat ze wil weten welke factoren haar klachten erger of minder maken klikt ze op Samenhang. 6. Een scherm opent waarop informatie wordt gegeven over welke factoren bijdragen aan de klachten van de gebruiker, welke gevolgen de klachten hebben, wat voor gedachten, gedrag of gevoelens samen opgaan met de klachten en wat de rol is van de persoonlijke factor van de patiënt. 7. Inge leest onder Bijdragende factoren dat een minder goede stemming leidt tot meer klachten. En dat minder piekeren leidt tot meer lichamelijke activiteit heeft. 8. Inge scrolt naar Gevolgen van uw klachten waar zij leest dat wanneer ze minder last van klachten heeft ze meer lichamelijke activiteiten onderneemt en een positievere stemming heeft. 9. Inge scrolt naar Samengaan van uw een klacht en uw denken, doen en voelen. Daar leest Inge dat als zij minder last heeft van pijn ze zich minder onbegrepen voelt en dat bij minder moeheid ze meer sociale activiteiten onderneemt. 10. Inge scrolt door naar het blok Persoonlijke factor. Ze leest dat minder wazigheid er toe leidt dat ze meer lichamelijke activiteiten onderneemt.

11. Overzicht ontwerpelementen en bijhorende secties van het codeboek

Fase	Ontwerpelementen	Citaten
Screening	Lichamelijke klachten van de patiënt (welke lichamelijke klachten de patiënt ervaart)	Codeboek zorgprofessionals: Suggesties ontwerpelementen: Welke klachten
	Ernst van de lichamelijke klachten (of er sprake is van milde, matige of ernstige SOLK volgens de NHG standaard)	Codeboek zorgprofessionals: Suggesties ontwerpelementen: Ernst van de klachten
	Duur van de klachten (hoe lang de patiënt de klachten al heeft en hoe vaak ze voorkomen)	Codeboek zorgprofessionals: Suggesties ontwerpelementen: Welke klachten
	Psychische klachten van de patiënt (in welke mate er sprake is van depressieve of angstklachten en of er een vermoeden is van een angst of depressieve stoornis of een post-traumatische stress stoornis)	Codeboek zorgprofessionals: Suggesties ontwerpelementen: Of er sprake is van een angst of depressieve stoornis
	Kwaliteit van leven (hoe de patiënt zijn of haar gezondheid beoordeelt en hoe de klachten de patiënt beperken in het dagelijks leven)	n.v.t. (reeds al onderdeel van de toepassing)
	Oorzaak van de klachten volgens de patiënt (de belangrijkste oorzaken van de klachten volgens de patiënt)	Codeboek zorgprofessionals: Suggesties ontwerpelementen: Eigen inzichten van de patiënt
	Moeilijkheden die de patiënt ervaart (problemen in relaties, op het werk of met financiën)	Codeboek zorgprofessionals: Suggesties ontwerpelementen: Beïnvloedende factoren
	Verwijshulp (advies over het vervolgtraject, bijvoorbeeld dat de patiënt begeleid kan worden door de huisarts of beter kan worden verwezen naar de GGZ)	Codeboek zorgprofessionals: Problemen: niet weten waar naartoe te verwijzen Codeboek zorgprofessionals: Suggesties ontwerpelementen: verwijzadvies
	Slaappatroon (hoeveel uur de patiënt gemiddeld slaapt en of de patiënt overdag slaapt)	Codeboek zorgprofessionals: Suggesties ontwerpelementen: Beïnvloedende factoren
	Functionele syndromen (in welke mate de symptomen van de patiënt voldoen aan de diagnostische criteria van fibromyalgie, chronische vermoeidheidssyndroom of prikkelbare darmsyndroom)	Codeboek zorgprofessionals: Suggesties ontwerpelementen: In welke mate de patiënt voldoet aan de diagnostische criteria van een functioneel syndroom
	Zorggebruik (welke artsen en andere zorgprofessionals de patiënt heeft bezocht voor zijn of haar klachten)	Codeboek zorgprofessionals: Suggesties ontwerpelementen: Beïnvloedende factoren

	Klachtverhaal van de patiënt (waarin de patiënt heeft opgeschreven wat volgens hem of haar belangrijk is om te weten om de klachten zo goed mogelijk te begrijpen)	Codeboek patiënten: behoeften: Erkent worden
Intake	De onderdelen van de SCEGS - Sociale factoren met betrekking tot de klachten (bijvoorbeeld sociale steun en in welke mate de patiënt zich serieus genomen voelt door hulpverleners) - Cognities over de klachten (bijvoorbeeld dat de patiënt zich zorgen maakt over een ernstige aandoening) - Emoties met betrekking tot de klachten (bijvoorbeeld de mate van frustratie of moedeloosheid van de patiënt) - Gedrag dat kan bijdragen aan de klachten (bijvoorbeeld de mate van rust die de patiënt neemt wanneer hij of zij last heeft van klachten) - Somatische factoren die te maken hebben met de klachten (conditie, gewicht)	Codeboek zorgprofessionals: Suggesties ontwerpelementen: Beïnvloedende factoren Codeboek patiënten: suggesties ontwerpelementen: beïnvloedende factoren
Dagboek	De hoeveelheid klachten die de patiënt ervaarde	Codeboek zorgprofessionals: Suggesties ontwerpelementen: Welke klachten
	Ernst van de klachten op de verschillende dagen dat de patiënt het dagboek invulde	Codeboek zorgprofessionals: Suggesties ontwerpelementen: Ernst van de klachten
	Opmerkingen geplaatst in het dagboek door de patiënt (gedachten, ideeën of opmerkingen met betrekking tot de klachten)	Codeboek zorgprofessionals: Suggesties ontwerpelementen: Eigen inzichten van de patiënt
	Samenhang tussen klachten (hoe verschillende klachten onderling met elkaar samenhangen)	Codeboek zorgprofessional: dagboeken barrières: Geeft onvoldoende inzicht in oorzaak en gevolg Codeboek zorgprofessional: dagboeken barrières: Geeft onvoldoende inzicht in de context Codeboek zorgprofessional: dagboeken barrières: Geeft onvoldoende inzicht in de sociale factoren

		Codeboek patiënten: behoeften: Patiënten willen meer controle over de fluctuatie van hun klachten
	Patronen in de klachten (de duur van en de frequentie waarmee klachten van de patiënt zich voordeden)	Codeboek patiënten: suggesties ontwerpelementen: beloop van de klachten Codeboek patiënten: behoeften: Patiënten willen meer controle over de fluctuatie van hun klachten Codeboek zorgprofessionals: dagboeken barrières: Patroon herkenning is lastig
	Factoren die in het dagboek van de patiënt samenhangen met minder last van klachten	Codeboek patiënten: suggesties ontwerpelementen: Beïnvloedende factoren Codeboek patiënten: suggesties voor lay-out en functies: positieve punten Codeboek patiënten: behoeften: Patiënten willen meer controle over de fluctuatie van hun klachten
	Wat de patiënt deed om de klacht te verminderen toen deze zich voordeed (bijvoorbeeld dat de patiënt ging rusten of afleiding zocht)	Codeboek zorgprofessional: dagboeken barrières: Geeft onvoldoende inzicht in oorzaak en gevolg Codeboek zorgprofessional: dagboeken barrières: Geeft onvoldoende inzicht in de context Codeboek zorgprofessional: dagboeken barrières: Geeft onvoldoende inzicht in de sociale factoren
	Factoren die in het dagboek van de patiënt samenhangen met meer last van klachten	Codeboek patiënten: suggesties ontwerpelementen: Beïnvloedende factoren Codeboek patiënten: suggesties ontwerpelementen: klacht verergerende factoren Codeboek patiënten: behoeften: Patiënten willen meer controle over de fluctuatie van hun klachten
Overige elementen (zorg professionals)	Informatie over de te verrichten somatische diagnostiek voordat de diagnose SOLK gesteld kan worden bij de betreffende klacht	Codeboek zorgprofessionals: problemen: onzekerheid diagnose SOLK
	Informatie over hoe samen met de patiënt tot een goede hulpvraag te komen	Codeboek zorgprofessionals: problemen: Patiënt niet voldoende kunnen helpen Codeboek zorgprofessionals: behoefte: plan van aanpak SOLK
	Informatie over de psychische component van SOLK en hoe dit bespreekbaar te maken	Codeboek zorgprofessionals: behoefte: Tools om de patiënt bewust te maken de factoren die zijn klachten beïnvloeden
	Informatie over wat SOLK zijn en wat dit betekent in de praktijk (werken met de werkhypothese)	Codeboek zorgprofessionals: problemen: onzekerheid diagnose SOLK

	Informatie over de functionele syndromen (bijvoorbeeld diagnostische criteria, verschil CVS/ME)	Codeboek zorgprofessionals: problemen: onzekerheid diagnose SOLK
	Gesprekstechnieken en voorbeelden die kunnen worden ingezet tijdens het consult	Patiëntgerichte communicatie
	Informatie over non-verbaal gedrag van de zorgprofessional en de patiënt tijdens het consult	Patiëntgerichte communicatie
Overige elementen (patiënten)	Informatie over het beloop van SOLK	Codeboek zorgprofessionals: behoefte: psycho-educatie voor SOLK-patiënt Codeboek patiënten: Behoefte: Patiënten willen meer informatie over SOLK
	Informatie over de rol van lichaam en geest bij SOLK	Codeboek zorgprofessionals: behoefte: psycho-educatie voor SOLK-patiënt Codeboek zorgprofessionals: behoefte: Tools om de patiënt bewust te maken de factoren die zijn klachten beïnvloeden
	Informatie over wat SOLK zijn	Codeboek zorgprofessionals: behoefte: psycho-educatie voor SOLK-patiënt Codeboek patiënten: Behoefte: Patiënten willen meer informatie over SOLK
	Informatie over welke impact SOLK kunnen hebben op het dagelijks leven	Codeboek zorgprofessionals: behoefte: psycho-educatie voor SOLK-patiënt
	Informatie over syndromen als fibromyalgie, prikkelbare darmsyndroom en chronisch vermoeidheidssyndroom	Codeboek zorgprofessionals: behoefte: psycho-educatie voor SOLK-patiënt Codeboek patiënten: Behoefte: Patiënten willen meer informatie over SOLK
	Informatie over hoe men kan leren omgaan met SOLK	Codeboek zorgprofessionals: behoefte: psycho-educatie voor SOLK-patiënt Codeboek zorgprofessionals: behoefte: Tools om de patiënt zelfmanagement-vaardigheden aan te leren Codeboek patiënten: Behoefte: Patiënten willen weten hoe hun leven in te richten met SOLK

12. Tabellen q-sort

Tabel 1. Q-sort 1: correlatiematrix													
Participant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	-	0.33	0.15	0.25	0.08	-0.08	0.25	0.20	0.18	0.18	0.35	0.33	0.15
2	0.33	-	-0.15	0.38	-0.48	-0.05	0.60	0.35	0.05	0.40	0.23	0.08	0.23
3	0.15	-0.15	-	0.13	0.18	-0.18	-0.13	-0.03	0.03	-0.00	0.50	-0.08	-0.08
4	0.25	0.38	0.13	-	-0.30	-0.18	0.60	0.33	0.20	0.58	0.03	0.10	0.60
5	0.08	-0.48	0.18	-0.30	-	0.05	-0.35	0.10	0.00	-0.23	0.28	0.25	-0.33
6	-0.08	-0.05	-0.18	-0.18	0.05	-	0.23	0.10	0.38	-0.18	-0.25	0.10	0.18
7	0.25	0.60	-0.13	0.60	-0.35	0.23	-	0.23	0.65	0.18	0.13	0.28	0.60
8	0.20	0.35	-0.03	0.33	0.10	0.10	0.23	-	0.13	0.78	0.13	0.58	0.03
9	0.18	0.05	0.03	0.20	0.00	0.38	0.65	0.13	-	-0.10	0.30	0.50	0.45
10	0.18	0.40	-0.00	0.58	-0.23	-0.18	0.18	0.78	-0.10	-	0.10	0.38	0.30
11	0.35	0.23	0.50	0.03	0.28	-0.25	0.18	0.13	0.30	0.10	-	0.30	0.05
12	0.33	0.08	-0.08	0.10	0.25	0.10	0.28	0.58	0.50	0.38	0.30	-	0.03
13	0.15	0.23	-0.08	0.60	-0.33	0.18	0.60	0.03	0.45	0.30	0.05	0.03	-

Tabel 2. Q-sort 2: correlatiematrix													
Participant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	-	-0.17	0	-0.67	0	0.50	0.75	-0.25	0.67	0.33	-0.33	0	0.33
2	-0.17	-	-0.17	0.33	0.17	-0.17	-0.42	0.67	-0.58	0.25	-0.08	-0.50	-0.58
3	0	-0.17	-	0.33	0.67	0.33	0.08	0.08	0.17	-0.17	0.17	-0.67	-0.08
4	-0.67	0.33	0.33	-	0.42	-0.67	-0.42	0.67	-0.42	-0.17	0.67	0.42	0
5	0	0.17	0.67	0.42	-	-0.08	-0.17	0.25	-0.08	0.17	-0.08	-0.83	-0.17
6	0.50	-0.17	0.33	-0.67	-0.08	-	0.25	-0.5	0.25	-0.17	-0.50	-0.08	-0.33
7	0.75	-0.42	0.08	-0.42	-0.17	0.25	-	0	0.83	0.33	-0.08	0.25	0.67
8	-0.25	0.67	0.08	0.67	0.25	-0.50	0	-	-0.17	0.42	0.25	-0.42	0
9	0.67	-0.58	0.17	-0.42	-0.08	0.25	0.83	-0.17	-	0.42	0	0.17	0.75
10	0.33	0.25	-0.17	-0.17	0.17	-0.17	0.33	0.42	0.42	-	-0.33	-0.25	0.17
11	-0.33	-0.08	0.17	0.67	-0.08	-0.50	-0.08	0.25	0	-0.33	-	0	0.42
12	0	-0.50	-0.67	-0.42	-0.83	-0.08	0.25	-0.42	0.17	-0.25	0	-	0.42
13	0.33	-0.58	-0.08	0	-0.17	-0.33	0.67	0	0.75	0.17	0.42	0.42	-

Tabel 3. Q-sort3: correlatiematrix													
Participant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	-	0.65	-0.75	0.25	0.10	0.30	0.20	-0.15	-0.40	0.60	0.35	0.50	0.20
2	0.65	-	-0.45	0.10	0.20	0.45	0.20	0	-0.45	0.40	0.45	0.60	-0.20
3	-0.75	-0.45	-	0.10	-0.25	-0.10	0.50	0.50	0.70	-0.20	-0.55	-0.70	-0.45
4	0.25	0.10	0.10	-	0	-0.25	-0.40	0.30	0.15	0.45	-0.15	-0.30	-0.30
5	0.10	0.20	-0.25	0	-	-0.05	0.10	-0.50	-0.40	0.20	0.85	0.70	-0.25
6	0.30	0.45	-0.10	-0.25	-0.05	-	0.20	0.10	0.05	-0.05	0.20	0.40	-0.40
7	0.20	0.20	-0.50	-0.40	0.10	0.20	-	-0.20	-0.20	0	0.40	0.45	0.10
8	-0.15	0	0.50	0.30	-0.50	0.10	-0.20	-	0.45	0.30	-0.50	-0.50	-0.45
9	-0.40	-0.45	0.70	0.15	-0.40	0.05	-0.20	0.45	-	-0.20	-0.70	-0.65	-0.25
10	0.60	0.40	-0.20	0.45	0.20	-0.05	0	0.30	-0.20	-	0.30	0.20	-0.05
11	0.35	0.45	-0.55	-0.15	0.85	0.20	0.40	-0.50	-0.70	0.30	-	0.90	-0.15
12	0.50	0.60	-0.70	-0.30	0.70	0.40	0.45	-0.50	-0.65	0.20	0.90	-	0
13	0.20	-0.20	-0.45	-0.30	-0.25	-0.40	0.10	-0.45	-0.25	-0.05	-0.15	0	-

13. Mock-ups



http://www.gripopklachten.nl/mijnhomepage

Account
Uitloggen

Home
Mijn Grip profiel
Onbegrepen klachten
Over Grip op klachten

Het programma
De patiënt
De zorgverlener
Het systeem

Het Grip op klachten programma

Grip op klachten wordt ingezet om u en uw zorgverlener te helpen bij uw onbegrepen klachten. In de komende weken gaat u werken aan uw Grip profiel. U doorloopt hiervoor drie stappen. De stap voltooid u door gebruik te maken van de Grip app. Na een stap te hebben afgerond kunt u uw Grip profiel bekijken op www.gripopklachten.nl. Na elke stap bespreekt u uw Grip profiel met uw zorgverlener. Hieronder vindt u een overzicht van de drie stappen.

Grip app

www.gripopklachten.nl

Stap 1

Stap 1 brengt uw fysieke en mentale gezondheid in kaart met behulp van online vragenlijsten.

Stap 2

Voor stap 2 vult u online vragenlijsten in om er achter te komen wat oorzaken kunnen zijn van uw klachten op het gebied van uw denken, doen, voelen en uw omgeving.

Stap 3

Voor stap 3 houdt u voor een periode een online dagboek bij waarmee u samenhang tussen uw klachten en patronen in uw klachten in kaart brengt.

Uit stap 1 komt het eerste deel van uw Grip profiel. Uw gezondheid is in kaart gebracht en op basis van wat u heeft ingevuld krijgt u advies voor een behandeling of eventuele verwijzing naar andere zorg.

Uit deze stap volgt een update van uw Grip profiel en de Grip radar waarmee u inzicht krijgt in de mogelijke oorzaken van uw klachten. Dit kunt u bespreken met uw zorgverlener en u kunt dan samen een plan op stellen om uw klachten te verminderen.

Uit deze stap volgt een update van uw Grip profiel waarmee u inzicht krijgt in de patronen in en samenhang tussen uw klachten. Dit kunt u bespreken met uw zorgverlener en samen kunt u een plan opstellen om uw klachten te verminderen.

Meer weten?:

[Over de experts betrokken bij Grip op klachten](#)

[Over de rol van de zorgverlener bij Grip op klachten](#)

[Over de rol van de patiënt bij Grip op klachten](#)

[←](#)
[→](#)
[↻](#)

[Account](#)
[Uitloggen](#)


[Home](#)
[Mijn Grip profiel](#)
[Onbegrepen klachten](#)
[Over Grip op klachten](#)

Over Grip op klachten

Grip op klachten biedt een systeem aan die patiënt en de zorgverlener ondersteunt bij onbegrepen klachten. Het systeem brengt de klachten van de patiënt in kaart brengt en geeft advies voor zorg en behandeling bij onbegrepen klachten. Hierbij staat de patiënt centraal en levert het systeem dus ook maatwerk.

Met het Grip op klachten systeem bouwt de patiënt aan zijn Grip profiel. Dit profiel brengt de klachten in kaart en helpt de patiënt grip te krijgen op zijn klachten.

De zorgverlener helpt de patiënt de verschillende stappen van Grip op klachten te doorlopen en ondersteunt bij het opstellen en uitvoeren van een plan van aanpak om de klachten te verminderen.



http://www.gripopklachten.nl/mijnhomepage

Account
Uitloggen

Home
Mijn Grip profiel
Onbegrepen klachten
Over Grip op klachten

Terug

Uw gezondheid in kaart

Uw lichamelijke klachten

Welke klachten u heeft, hoe lang u deze heeft en de ernst van uw klachten

Uw gedachten en gevoelens

Wat u voelt en denkt over uw klachten.

Bijdragende factoren

De factoren die uw klachten minder erg of erger kunnen maken.

Diagnose en behandeladvies

Op basis van uw Grip profiel heeft Grip op klachten een aantal adviezen opgesteld.

http://www.gripopklachten.nl/mijnhomepage



Account
Uitloggen

Home
Mijn Grip profiel
Onbegrepen klachten
Over Grip op klachten

Terug


Uw lichamelijke klachten

U geeft aan dat u van de volgende klachten last heeft:

U geeft aan dat u last heeft van:

1. Pijn in de rug
2. Moehheid en weinig energie

Persoonlijke klacht:
Wazigheid



Lichamelijke factoren

In stap twee zal dit onderdeel beschikbaar zijn.

Duur van uw klachten

- U heeft 4 à 5 keer in de week last van pijn in uw rug
- U heeft 3 à 4 keer in de week last van moehheid en weinig energie

Klachtgeschiedenis

- U heeft al eerder periodes gehad waarbij u last heeft gehad van deze klachten

Hoe lang kun je last hebben van onbegrepen klachten? Wanneer gaat het over? Kan ik het opnieuw krijgen?

Meer over de duur en het beloop

Uw slaappatroon

- Uw slaapt gemiddeld 7 uur per nacht
- Om 00.00u gaat u naar bed en om 07.00u gaat u uit bed
- U slaapt zelden overdag, slecht twee of drie keer per maand

Wat heeft slapen en onbegrepen klachten met elkaar te maken?

Meer over slapen en rusten

Ernst van uw klachten

U heeft milde klachten. De expert van Grip op klachten baseren dat op het aantal, het soort en de duur van uw klachten. Daarnaast is er aandacht voor de impact bijvoorbeeld dat u zich ziekmeldt door uw klachten.

U heeft milde klachten omdat:

- Aantal klachten: 2
- Soort klachten: 1) Pijn, 2) Vermoeidheid
- Impact: U heeft zich in de afgelopen 4 weken 5 keer ziekgemeld op uw werk.

122

http://www.gripopklachten.nl/mijnhomepage

← → ↺

☰



Account Uitloggen



Home

Mijn Grip profiel

Onbegrepen klachten

Over Grip op klachten

← Terug



Bijdragende factoren

In het tweede deel van het Grip profiel worden de mogelijke oorzaken van uw klachten op het gebied van uw denken, uw voelen, uw doen en uw omgeving in kaart gebracht. In die stap biedt Grip op klachten de Grip radar aan. Met deze radar wordt inzichtelijk in welke gebieden er kansen liggen om uw klachten te verminderen.

Uw gedrag

In stap twee zal dit onderdeel beschikbaar zijn.

Uw omgeving

In stap twee zal dit onderdeel beschikbaar zijn.

Moelijkheden die u ervaart

U gaf aan tegen de volgende dingen aan te lopen:

- Onbegrip op uw werk door uw klachten
- Onbegrip bij zorgverleners

Uw psychische klachten

Uit de online vragenlijsten komt naar voren dat u:

- Het gevoel heeft het niet altijd meer aan te kunnen;
- U zich neerslachtig voelt;
- U niet altijd de belangstelling kunt opbrengen voor dingen en mensen om u heen.

Wat hebben psychische klachten te maken met onbegrepen klachten?

Meer over psychische klachten

http://www.gripopklachten.nl/mijnhomepage



Account Uittloggen 

Home

Mijn Grip profiel

Onbegrepen klachten

Over Grip op klachten

< Terug



Diagnose en behandeladviezen

Functionele syndromen

Uw klachten voldoen voor een groot deel aan het:

- fibromyalgie syndroom

Wat zijn functionele syndromen?

Meer over functionele syndromen

Psychiatrische stoornis

Uit de online vragenlijsten komt naar voren dat:

- er een vermoeden is van overspannenheid

Wat hebben deze klachten te maken met mijn onbegrepen klachten?

Meer over fysiek en mentaal

Verwijshulp

Grip op klachten adviseert om verder te gaan met Grip op klachten en uw Grip profiel af te ronden. U kunt dan samen met uw zorgverlener een plan van aanpak maken om uw klachten te verminderen.

Andere opties:

- psychosomatische fysiotherapeut
- psycholoog

125

http://www.gripopklachten.nl/mijnhomepage

Account Uitleggen

Home Mijn Grip profiel **Onbegrepen klachten** Over Grip op klachten

Grip op uw klachten
Impact van klachten
Fysiek en mentaal
Beloop van klachten
Begrepen worden
Diagnostiek

Grip op uw klachten

Onbegrepen klachten zijn voor niemand gelijk. Sommige mensen ervaren pijn terwijl anderen vooral moe of duif zijn. Bovendien zijn de oorzaken van de klachten ook voor iedereen verschillend. Daarom is er dus niet één advies die u van de klachten afhelpt. Met Grip op klachten kunt u inzicht krijgen in uw klachten wat helpt bij het formuleren van een persoonlijk plan van aanpak voor het verminderen van uw klachten.

Toch zijn er een aantal adviezen die voor iedereen met onbegrepen klachten geldt:

Blijf actief

Het is belangrijk om actief te blijven. Het is goed om te proberen door te gaan met uw dagelijks activiteiten als uw werk, hobby's en sport. U kunt overleggen met uw zorgverlener en met uw werkgever om tot een haalbaar schema te komen.

Rust uit

Te actief is ook niet goed. Een volwassene heeft ongeveer 7 à 8 uur slaap per dag nodig. Daarnaast is het goed om uzelf ook wat ontspanning te gunnen. Het is belangrijk een goede balans te vinden tussen rust en activiteit. Uw zorgverlener kan u hierbij helpen.

Naast deze twee adviezen die u zelf kunt toepassen zijn er ook andere manieren om grip te krijgen op uw klachten. Grip op klachten geeft u persoonlijke adviezen over. Hier volgen een aantal voorbeelden die kunnen werken bij onbegrepen klachten:

- ontspanningsoefeningen
- naar een psycholoog
- oefen- of fysiotherapie
- cognitieve gedragstherapie

Hoewel ons hoofd vast zit aan ons lichaam hebben we niet altijd door hoe sterk de link tussen deze twee is. Het is ook niet vreemd dat we dit niet door hebben. Er vinden namelijk veel processen plaats waarvan we niet bewust zijn. In deze processen beïnvloedt ons lichaam ons brein en andersom. Ook de omgeving kan een rol spelen bij de processen die er plaatsvinden. Bij Grip op klachten is er aandacht voor wat u denkt, doet, voelt en ook voor uw omgeving. Deze gebieden kunnen onbegrepen klachten beïnvloeden en andersom. Dit betekent natuurlijk niet dat onbegrepen klachten altijd een psychologische oorzaak hebben. Toch kunnen psychologische processen de onbegrepen klachten in stand houden. Met behulp van de vier gebieden kan er stapsgewijs worden gekeken welke factoren uw klachten beïnvloeden.

Uw gedrag, bijvoorbeeld hoeveel u slaapt of dat u uw grenzen aangeeft.

Uw gedachten, bijvoorbeeld dat u piekert of dat u zich zorgen maakt over de oorzaak van uw klachten.

Uw gevoelens, bijvoorbeeld dat u schaamte voelt of frustratie door uw klachten.

De mensen om u heen, bijvoorbeeld uw relatie met zorgverleners of met uw familie.

Om het begrijpelijker te maken worden hier twee voorbeelden gegeven.

Neem de volgende situatie:

- doen: U staat uw knie tegen de hoek van de tafel
- voelen: Hierdoor voelt u pijn in uw knie.
- doen: U zal misschien over de plek wrijven of een kreun uitlaten door de pijn.
- denken: Door u hoofd gaan de gedachten over de pijn en de hoek van de tafel die u niet zag aankomen.
- doen: Wat u voelt en wat u denkt zal ervoor zorgen dat u in de toekomst opletterend zal zijn, zodat u niet opnieuw u stoot aan de tafel.

Neem de volgende situatie:

- voelen: U heeft al een aantal maanden last van uw rug.
- doen: U gaat naar de huisarts, maar deze kan niks vinden
- denken: U maakt zich zorgen, waarom heeft u dan last van uw rug?
- omgeving: Mensen proberen u gerust te stellen, ze zeggen dat het wel weer overgaat
- doen: Doordat u zich zorgen maakt over uw klachten slaapt u minder goed
- denken: Zonder dat u het misschien doorheeft, denkt u dat uw slaapgebrek door de pijn wordt veroorzaakt
- doen: U heeft minder energie dus u onderneemt minder
- voelen: Door minder bewegen krijgt u meer last van uw klachten

Zo kunt u onbewust in een vicieuze cirkel raken.

Op het moment dat u meer inzicht heeft in hoe denken, doen, voelen en uw omgeving samengaat met uw klachten kunt u gemakkelijker hier wat aan doen. In het voorbeeld met de onbegrepen klacht komt naar voren hoe zorgen maken en stoppen met bewegen ertoe leiden dat de klachten blijven. Dit zijn twee punten waar dan gericht aan gewerkt kan worden.

http://www.gripopklachten.nl/mijnhomepage

Account Uitleggen

Home **Mijn Grip profiel** Over onbegrepen klachten Over Grip op klachten

Mijn Grip profiel
Grip radar
Patronen en samenhang

Patronen en samenhang

U heeft het online dagboek voltooid. De informatie die is verzameld met het online dagboek is onderzocht. Patronen en samenhang in uw klachten is in kaart gebracht.

Wat kunt u doen?

1. Bekijk de twee onderdelen over samenhang en patronen
2. Lees de Grip tips om meer achtergrond informatie te krijgen
3. Maak een afspraak met uw zorgverlener om het uw Grip profiel te bespreken. Uw zorgverlener kan u helpen een plan op te stellen om uw klachten te verminderen.

Samenhang

De informatie die met het dagboek is verzameld kan worden gebruikt om samenhang tussen klachten en factoren in kaart te brengen. Het gaat hierbij om bijvoorbeeld om wat u doet, voelt of denkt die u klachten op een later moment verminderen of juist verergeren. Ook wordt er gekeken naar wat het gevolg kan zijn van uw klacht voor wat u doet, voelt of denkt op een later moment. Ook is er onderzocht of een bepaalde klacht samen opging met wat u deed, voelde of dacht.

Patronen

U heeft u een bepaald ritme aan activiteiten als werk, hobby's en sporten. Zo hebben uw klachten dat ook. De informatie die met het dagboek is verzameld kan worden gebruikt om patronen in uw klachten te herkennen. Het gaat hier om het beloop van uw klachten. Bijvoorbeeld hoeveel klachten u had op verschillende moment, hoe lang u last had en op welke momenten u last kreeg.

[← Terug](#)

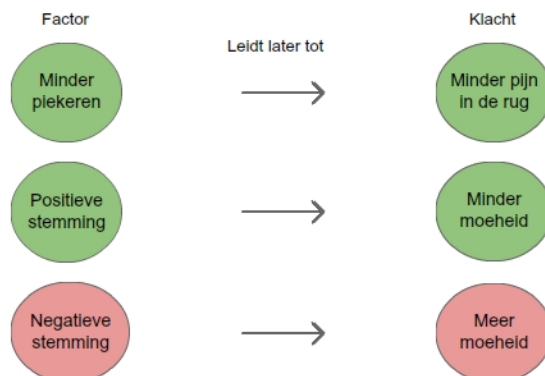


Samenhang

In de onderstaande blokken is er aandacht voor een aantal manieren waarop er
samenhang is tussen klachten en uw denken, doen, voelen en uw omgeving

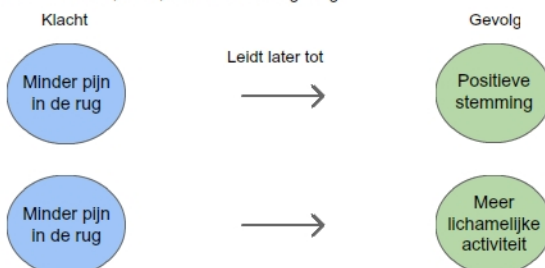
- Bijdragende factoren

Deze factoren zorgen ervoor dat uw klachten op een later moment (de dag erna) erger of minder zijn.



– Gevolgen van uw klachten

Wanneer u last heeft van een klacht heeft dit op een later moment gevolgen voor uw denken, doen, voelen of uw omgeving.



- Samengaan van een klacht en uw denken, doen of voelen

Wanneer u last heeft van een klacht gebeurt er nog meer:



- Uw persoonlijke factor

Uit het dagboek is gebleken dat uw persoonlijke factor ook een rol speelt:



