



DE IMPLEMENTATIE VAN BEELDBEL THERAPIE BIJ PSYCHOTISCHE PATIËNTEN

Een onderzoek naar het beeldbellen met psychotische patiënten bij Dimence

Auteur: Esmé Witteman s1028790



UNIVERSITEIT TWENTE & DIMENCE

Faculteit psychologie, gezondheid & Technologie (PGT)

Enschede, januari 2017

1^e Begeleiders: Kleine, dr. E. de (Elian), Bruggen, drs. V. van (Vincent)

2^e Begeleider: Westerhof, prof.dr. G.J. (Gerben)

Begeleiders bij Dimence: Debby Vriezolk & Ellen Pijlman

Samenvatting

De animo voor het beeldbellen bij psychologische interventies groeit snel. Dit groeiend enthousiasme maakt de vraag interessant of dit overeenkomt met de toepassing in de praktijk en of de praktijk deze voordelen inderdaad laat zien. Maar ook of aan het beeldbellen als therapie eventuele nadelen zijn verbonden. De literatuur in deze is niet eenduidig.

Enerzijds wordt gewezen op de effectiviteit ervan en de tevredenheid bij de patiënten, anderzijds op allerlei technische, persoonlijke en andere factoren die het beeldbellen als therapie minder aantrekkelijk zouden maken.

In diezelfde literatuur komt ook naar voren dat er twijfel bestaat omtrent de vraag of psychotische patiënten wel geschikt zijn om beeldbel therapie te volgen.

Zijn bovengenoemde voor- en nadelen op dezelfde manier op hen van toepassing? Ook deze vraag beantwoordt de literatuur niet eensgezind.

Reden voor de onderzoeker om een kwalitatief onderzoek uit te voeren naar de vraag welke problemen psychotische patiënten eventueel ondervinden bij de implementatie van de beeldbel therapie en hoe deze problemen dan zouden kunnen worden opgelost.

Methode

Er zijn vier patiënten geselecteerd voor deelname aan dit onderzoek. Deze groep van patiënten maakte tenminste eenmalig een psychotische episode mee, maar was niet bekend met wanen en/of hallucinaties over afgeluisterd worden of beïnvloeding door beeldschermen.

Ten tijde van het onderzoek waren de onderzochte patiënten niet psychotisch.

De gehanteerde methodiek was die van de Three-Step-Test Interview.

Resultaten

Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat:

- Er technische problemen waren bij de installatie van het beeldbel programma en tijdens het beeldbellen zelf.
- Slechts twee van de vier respondenten daadwerkelijk hebben beeldgebeld.
- Alle vier de respondenten *vooraf* overwegend positief stonden tegenover het beeldbellen als therapie, maar *achteraf*, van de twee die hebben beeldgebeld, nog maar één.

Een sterk punt van dit onderzoek is dat er op meerdere manieren gegevens zijn verzameld op een gedetailleerde wijze. Zwakke punten bij dit onderzoek waren dat gebruik is gemaakt van een kleine en niet representatieve steekproef en dat de techniek haperde.

De belangrijkste aanbeveling die uit dit onderzoek naar voren is gekomen, is om alle stakeholders, zoals managers, psychologen, patiënten, ict-ers, al vanaf het allereerste begin bij de ontwikkeling en implementatie van de beeldbel therapie te betrekken om zo en reële verwachtingen te creëren over het beeldbellen. De kans op een betere techniek wordt dan ook groter.

Abstract

Introduction

Enthusiasm for video calling of psychological interventions is rising. The question arises if this is the same in practice. The literature is ambiguous. On one side literature confirms the high effectiveness and satisfaction of the users, on the other side there are a lot of technical, personal and other factors that make video calling less attractive.

The same literature questions if psychotic patients are qualified to have online therapy. Do they have the same positive and negative points as discussed earlier? This question also isn't answered unambiguously.

Because of this, research is done to examine which problems psychotic patients will have with video calling and how these problems can be solved.

Methods

Four patients have been selected to participate in this research. This group of patients had at least one psychotic episode, but wasn't familiar with delusions and/or hallucinations about being overheard or influenced by monitors. The patients did not have a psychotic episode during this research. Further information about the diagnosis of the patients is absent. The methodology that was used in this study was that of the Three-Step-Test Interview.

Results

This research revealed that:

- There were technical problems with the installation of the “video call program” and during video calling.
- Only two of four respondents has actually made use of video calling.
- Four respondents were mostly positive about video calling as a therapy beforehand, but, afterwards, from the two respondents who had video called, only one was still positive.

Discussion

One of the positive points about this research is that a lot of detailed information is collected. Disadvantages of this study were that it was performed with a small, not representative sample size and the technique failed on several occasions. The most important recommendation after this study is to involve all stakeholders (managers, psychologists, patients, ICT-specialists etc.) during the development and the implementation of the video calling therapy, this involvement increase the enthusiasm for video calling and create realistic expectations about video calling. This will also increase the chance off a better technique.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	1
1.1	De mogelijke voordelen.....	1
1.1.1	Tevredenheid bij de gebruikers	1
1.1.2	Kosteneffectief	2
1.1.3	Voordelen ten opzichte van het face-to-face contact	2
1.2	De mogelijke nadelen/obstakels	2
1.2.1	Technische factoren.....	3
1.2.2	Persoonlijke factoren.....	3
1.2.3	Omgevingsfactoren	4
1.3	Beeldbel therapie bij patiënten met psychotische stoornis	6
1.3.1	Algemeen	6
1.4	Onderzoeksvraag	6
2	Gehanteerde methodiek.....	7
2.1	De participanten.....	7
2.2	Gebruikte materialen	8
2.2.1	Methode.....	8
2.2.2	Three step test interviewing (TSTI)	9
2.2.3	TSTI methode toegepast op de deelvragen van het onderzoek	10
2.3	Data analyse.....	12
3	Resultaten	13
3.1	De observaties bij de installatie	13
3.1.1	Raadpleging installatie protocol en hardop denken	13
3.1.2	Onnauwkeurig bij het installeren	14
3.1.3	Fout in het installatie protocol.....	14
3.1.4	Mogelijke gebreken in het installatie protocol	15
3.1.5	Zienswijze respondenten over het installatie protocol	15

3.1.6	In hoeverre kon er korte tijd beeldgebeld worden direct na het installeren	16
3.2	Deelvraag 2: Wat voor een verwachtingen hebben psychotische patiënten over het beeldbellen?.....	17
3.3	Deelvraag 3: Hoe ervaren psychotische patiënten het beeldbellen met hun behandelaar?.....	18
4	Discussie.....	20
4.1	Sterke kanten en beperkingen aan het onderzoek.....	22
4.2	Aanbevelingen voor (vervolg) onderzoek en praktijk.....	23
4.2.1	Aanbevelingen voor vervolg onderzoek.....	23
4.2.2	Aanbevelingen voor de praktijk	24
5	Referenties.....	27
6	BIJLAGEN.....	30
6.1	<i>Bijlage 1: informed consent</i>	30
6.2	<i>Bijlage 2: onderzoeksprotocol Tree-Step Test Interview</i>	33

1 Inleiding

Uit onderzoek van O'Brien (2011) is gebleken dat de animo voor beeldbel diensten zoals Apple's Facetime, Skype en Fring, de afgelopen jaren sterk gestegen is. Dit dankzij de snellere draadloze netwerken, slimme telefoons en de affiniteit voor internet van een generatie opgegroeid op sociale netwerken.

Ook de animo voor beeldbellen bij psychologische interventies groeit snel (Yuen, Goetter, Herbert, & Forman, 2012). Bij deze vorm van telecare kan de patiënt een interactieve beeld- en geluidsverbinding leggen met de behandelaar. Zo zijn consultaties op afstand en vaste overlegmomenten tussen behandelaar en patiënt mogelijk (Mandemaker & van der Leeuw, 2009).

Dit groeiend enthousiasme maakt de vraag interessant of de praktijk deze voordelen inderdaad laat zien. De geraadpleegde literatuur is echter niet eenduidig. Naast voordelen wordt ook uitdrukkelijk gewezen op de nadelen en obstakels ervan.

1.1 De mogelijke voordelen

1.1.1 Tevredenheid bij de gebruikers

Uit onderzoek blijkt dat depressieve patiënten tevreden zijn over bedoelde beeldbel diensten (Ruskin, Silver-Aylaiian, Kling, Reed, Bradham, Hebel, 2004). Volgens Simpson (2009) en Yuen, Herbert, Forman, Goetter, Juarascio, Rabin & Bouchard (2010) geldt dit ook voor andere type patiënten. Ook kwam uit het onderzoek van Ruskin et al. 2004 naar voren dat de onderzochte patiënten even tevreden waren met beeldbel therapie als met face-to-face therapie. Verder onderzochten Lewis, Coursol & Herting (2004) in een kwalitatieve analyse ervaringen van een patiënt en een hulpverlener in een beeldbel counseling programma. Het onderzoek wekte positieve gevoelens op bij de patiënt over beeldbel therapie. Volgens de patiënt regisseerde de therapeut de sessies, maar had de therapeut er niet de leiding over. De patiënt beschreef de patiënt-therapeut relatie als gelijkwaardig, één waarbij er vrijheid van keuzes bestond en waar zij als patiënt controle had over de counseling ervaring. De patiënt gaf verder aan dat ze zich steeds minder bewust was van de technologie (het beeldbellen) en dat ze in de 2e en 3e sessie alleen nog maar met het therapie proces bezig was. Ook aan de therapeut werd gevraagd wat haar ervaring was. Naast negatieve ervaringen (zie hierna) merkte zij op dat zij al doende wel meer gewend raakte.

Zoals verwacht kan worden zijn patiënten die goed bekend zijn met het internet positiever

over online communiceren, dus ook over het beeldbellen, dan zij die dat niet zijn. Overigens stellen Gilkey, Carey & Wade (2009) uit onderzoek vast dat internet ervaring niet de belangrijkste factor is om profijt te hebben van beeldbel therapie. Belangrijker is volgens hen dat de patiënt open staat voor technologie.

1.1.2 Kosteneffectief

Het aanbieden van beeldbellen ter verbetering van de geestelijke gezondheid blijkt bovendien kosteneffectief te zijn (Simpson, 2009). Dit is een belangrijke constatering omdat de toename van de zorgkosten in het algemeen gezien wordt als een maatschappelijk probleem. Het beeldbellen zou hiervoor een deel van de oplossing kunnen zijn omdat met minder middelen hetzelfde effect bereikt zou kunnen worden. Immers, volgens onderzoek van Yuen et al. (2012) is beeldbel therapie net zo effectief als face-to-face therapie. Dit was eerder al vastgesteld door Jones, Johnston, Reboussin & McCall (2001). En ook zou het beeldbellen leiden tot een ontlasting van poliklinieken (Saurman, Perkins, Roberts, Roberts, Patfield, Lyle 2011).

1.1.3 Voordelen ten opzichte van het face-to-face contact

Er zijn meerdere voordelen van het beeldbellen ten opzichte van face-to-face contact. Het zou toegankelijker zijn omdat het onafhankelijk is van tijd en plaats (Gemert-Pijnen, Peters & Ossebaard, 2013). Interactie via beeldbellen tussen familieleden vermindert ook depressie en eenzaamheid bij oudere verpleeghuisbewoners (Tsai & Tsai, 2011). Het activiteitsniveau zou verder hoger zijn waardoor patiënten aldus meer initiatief tonen, meer vertrouwen hebben als ook spontaner en opener zijn tijdens een beeldbel gesprek dan bij het face-to-face contact (Yuen, Goetter, Herbert, & Forman, 2012). Mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat patiënten op afstand meer hun best doen om te communiceren, en meer verantwoordelijkheid nemen voor de interactie. Ook kan het zo zijn dat de afstand ervoor zorgt dat patiënten zich opener durven op te stellen. Tenslotte kan het zo zijn dat patiënten meer hun best doen om hun stem te laten horen op het moment dat er technologie tussen hen en de behandelaar komt te staan (Day & Schneider, 2002).

1.2 De mogelijke nadelen/obstakels

Hierboven zijn aan de hand van literatuuronderzoek de mogelijke voordelen van het beeldbellen als therapie geschetst. Er is echter vanaf het begin ook kritiek geweest op beeldbel therapie, door zowel leken (Skinner & Latchford, 2006) als professionals (Lester, 2006;

Wells, Mitchell, Finkelhor & Becker-Blease, 2007), op verschillende gronden. Daarnaast spelen er factoren die de invoering van het beeldbellen belemmeren.

Op deze mogelijke nadelen en obstakels zal in het hierna volgende worden ingegaan.

1.2.1 Technische factoren

Bij het beeldbellen kunnen er diverse technische problemen rijzen wat betreft het netwerk, waaronder de bandbreedte en de onstabiele verbinding, waardoor sessies niet naar behoren functioneren. Dit zou kunnen resulteren in sessies die onverwacht worden beëindigd, vertraging op de lijn, slechte videokwaliteit en geluid. Ook kunnen er velerlei andere denkbare computer fouten ontstaan zoals het niet kunnen downloaden van het beeldbel programma (Robinson, 2009).

1.2.2 Persoonlijke factoren

Uit het hierboven aangehaalde onderzoek van Lewis, Coursol en Herting (2004) komt naar voren dat gebruikers (patiënten en therapeuten) ook mogelijke nadelen/obstakels zien aan het gebruik van het beeldbellen t.o.v. het face-to-face contact. Zo stelde een patiënt in het experiment dat zij een sterke emotionele band met de therapeut miste zoals die wel aanwezig kan zijn bij face-to-face therapie. Ook was de non-verbale taal moeilijker af te lezen via beeldbellen. De patiënt zag wel wat non-verbale taal van de therapeut maar richtte zich vooral op de stem van de therapeut. De therapeut beschreef beeldbellen als een "twee-dimensionale proces" waar zij de patiënt kon horen en zien, maar niet haar aanwezigheid, haar energie kon voelen. De therapeut was van mening dat "de emotionele nabijheid, die sterk samenhangt met fysieke nabijheid, afwezig was." Verder waren bepaalde therapeutische vaardigheden moeilijker uit te voeren met name stiltes en luisteren. De therapeut meldde dat stiltes moeilijker waren af te lezen als gevolg van vertraging bij audio en video uitzendingen. De therapeut legde ook meer de aandacht bij het luisteren omdat non-verbale aanwijzingen moeilijker af te lezen waren via beeldbellen.

Meer in het algemeen stelden Rees & Stone (2005) uit onderzoek vast dat clinici de werkrelatie bij beeldbel therapie lager beoordeelden dan bij traditionele face-to-face sessies. Dit hing samen met een meer negatieve houding ten opzichte van het gebruik van technologie.

Een ander nadeel verbonden aan de beeldbel therapie is dat er weliswaar vaak enthousiast aan begonnen wordt maar dat de patiënt de therapie niet volhoudt. Er is dus sprake van hoge uitval. Ook wordt bij het beeldbellen vaak gebruikt gemaakt van steeds veranderende technieken. Dit vereist een voortdurend leerproces waar niet iedereen even positief over is

(Nijland, 2011; Van Gemert-Pijnen, Wynchank, Covvey, & Ossebaard, 2012).

In dit kader zijn er mensen die gewoonweg de voorkeur geven aan het face-to-face contact (Nijland, 2011; Van Gemert-Pijnen et al. 2012). Het gebrek aan non-verbaal contact is hiervoor een belangrijke reden (Chester & Glass, 2006; Grohol, 2004).

Een ander nadeel/obstakel kan zijn dat het geven van een therapie op afstand het ingrijpen bij noodgevallen bemoeilijkt (Mallen, Vogel & Rochlen, 2005).

Tenslotte kwam uit onderzoek van Abbott, Klein, & Ciechomski (2008) van Panic online, een online behandeling programma, naar voren dat sommige patiënten een gebrek aan IT vaardigheden hadden en moeilijkheden ervoeren. Overigens gaven de onderzoekers ook anekdotisch aan dat het gebrek aan IT vaardigheden in de afgelopen 5 jaar steeds minder een probleem is geworden.

Kortom, de hier bedoelde persoonlijke factoren zijn vaak te herleiden tot de houding die men heeft ten opzichte van het gebruik van de techniek en het gemis aan nabijheid.

1.2.3 Omgevingsfactoren

Nog afgezien van de vraag of het beeldbellen als therapie goed werkt, wordt er in de literatuur ook melding gemaakt van omgevingsfactoren die de invoering/het gebruik ervan zouden belemmeren.

Volgens onderzoek van Nijland, 2011 en van Gemert-Pijnen et al. 2012 kan het gebruik van beeldbel therapie worden tegengewerkt door een gebrek aan financiële prikkels.

Zorgverleners worden vaak per verrichting betaald. De technologie kan er echter zorg voor dragen dat de zorgverlener minder handelingen hoeft te verrichten. Dit kan, aldus de onderzoekers, toepassing van de techniek minder aantrekkelijk maken. Behalve door een gebrek aan financiële prikkels, wordt de invoering van de beeldbel therapie volgens onderzoek van diezelfde onderzoekers ook belemmerd doordat de stakeholders, zoals zorgverleners, patiënten en managers, zich er meer in het algemeen te weinig betrokken bij zouden voelen. Niet iedereen staat achter de techniek of ziet de waarde ervan in. Zo zijn er bepaalde stakeholders die hun oude gewoontes willen behouden; zij zijn tevreden met de conventionele gezondheidszorg en voelen zich niet comfortabel met technologie. Men is bang dat er teveel gebruik gemaakt gaat worden van beeldbellen en dat er dan geen ruimte meer is voor face-to-face contact.

Tenslotte kan vermeld worden dat wet- en regelgeving nu eenmaal achterlopen bij nieuwe maatschappelijke ontwikkelingen, zoals ook het geval is bij de beeldbel therapie (Chester & Glass, 2006; Grohol, 2004). Zo werd een e-consult door de wetgever lange tijd niet als een volwaardig therapie gezien en om die reden niet vergoed. Ook wil de wetgever vaak nog dat de patiënt en de therapeut elkaar eerst een keer face-to-face ontmoeten (Nijland, 2011; Van Gemert-Pijnen et al. 2012).

1.3 Beeldbel therapie bij patiënten met psychotische stoornis

1.3.1 Algemeen

In dit onderzoek staan patiënten met een psychotische stoornis centraal. De reden hiervan is dat naar deze groep met betrekking tot het beeldbellen nog relatief weinig onderzoek is gedaan. Bovendien hebben psychoses bij de meeste mensen die eraan lijden een chronisch verloop en vaak progressief. Zij hebben hun hele leven lang zorg nodig. Beeldbel therapie zou dan een oplossing kunnen betekenen (al dan niet preventief, zoal mogelijk) omdat deze gegeven kan worden onafhankelijk van tijd en plaats. Ook kan er mogelijk een kostenebesparend effect vanuit gaan en past het bovendien bij deze tijd van digitalisering.

Het beeld dat in de literatuur wordt gegeven over deze groep van patiënten is niet eenduidig. Hoewel Abbott et al. 2008 en Chester en Glass (2006) beredeneren dat deze groep minder geschikt zou zijn om beeldbel therapie te volgen, zijn Mallen, Vogel & Rochlen (2005) van mening dat het hier met name zou gaan om patiënten die een gevaar kunnen vormen voor zichzelf bij het beeldbellen.

De in dit onderzoek onderzochte groep van patiënten heeft ooit een psychotische episode meegemaakt. Nadere informatie over de actuele diagnose van deze patiënten ontbreekt. Niet duidelijk is in welk stadium van de ziekte en behandeling zij zich bevinden. Wel is het zo dat deze patiënten al voor langere tijd geen psychose meer doorgemaakt hebben. Ook zijn zij niet bekend met “wanen en of hallucinaties over afgeluisterd worden of beïnvloeding door beeldschermen.” De reden van deze exclusie is dat die patiënten tijdens het beeldbellen mogelijk een gevaar voor zichzelf zouden kunnen vormen, en te veel last zouden kunnen hebben van desorganisatie waardoor het beeldbellen contraproductief wordt. Daarbij komt dat het bij deze vorm van therapie lastiger is om tijdig in te grijpen, gelet op de afstand tussen patiënt en therapeut.

1.4 Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag valt uiteen in een hoofdvraag en een drietal deelvragen.

Hoofdvraag: *In hoeverre kan beeldbel therapie geïmplementeerd worden bij patiënten met een psychotische stoornis.*

Teneinde een antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag heeft onderzoeker de volgende deelvragen geformuleerd:

Deelvraag 1: *In hoeverre zijn psychotische patiënten in staat om het beeldbel programma te installeren en te beeldbellen?*

Deelvraag 2: *Wat voor verwachtingen hebben psychotische patiënten over het beeldbellen?*

Deelvraag 3: *Hoe ervaren psychotische patiënten het beeldbel contact met hun behandelaar?*

2 Gehanteerde methodiek

2.1 De participanten

Teneinde de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn door een medewerker van Dimence (locatie Westerdok) vier patiënten geselecteerd voor deelname aan het onderzoek. Dimence is een instelling voor specialistische gezondheidszorg. Deze locatie biedt ambulante behandeling en deeltijdbehandeling.

Deze groep van patiënten was weliswaar psychotisch, maar niet bekend met wanen en/of hallucinaties over afgeluisterd worden of beïnvloeding door beeldschermen. Bovendien was het een groep van patiënten die al voor langere tijd stabiel was en ook voor langere tijd niet aan psychoses had geleden.

De groep bestond uit één vrouw en drie mannen, in leeftijd variërend tussen de 31 en 48 jaar.

Het betrof ook patiënten die regelmatig gebruik maken van het internet, van een half uur per dag tot zelfs een hele dag aan toe. Van hen werd verwacht dat zij in staat waren om te beeldbellen.

Dit onderzoek is goedgekeurd door de ethische commissie van de Universiteit van Twente. Verder zijn de deelnemende patiënten vooraf expliciet op de hoogte gebracht (door middel van een informed consent) dat er vertrouwelijk om zal worden gegaan met alles wat er in het interview gezegd wordt. Daarnaast zijn de patiënten op de hoogte gebracht van het feit dat de interviews worden opgenomen met behulp van geluidsapparatuur en videomateriaal ten behoeve van de resultaatverwerking. De opname is niet beschikbaar voor derden en wordt na afloop van het onderzoek vernietigd. Zie voor de volledige informed consent bijlage 1.

2.2 Gebruikte materialen

Voor het beeldbellen werd gebruik gemaakt van een

- computerprogramma met webcam en microfoon.

Bij beeldbellen wordt gebruik gemaakt van een computerprogramma met webcam en microfoon. Daarbij is voorgeschreven dat het computerprogramma (*VidyoDesktop*) eerst moet worden gedownload van de website van *minddistrict* (dimence.e-behandeling.nl). Nadat *VidyoDesktop* is gedownload kan men beeldbellen door op de knop *herstart videogesprek* te drukken en deze beëindigen via *beëindig videogesprek*.

Het beleid van Dimence (locatie Westerdok) was ten tijde van dit onderzoek als volgt: patiënten mogen op afspraak beeldbellen met hun behandelaar. Een beeldbel sessie mag maximaal tien minuten duren.

- onderzoeksprotocol

Er werd gebruik gemaakt van een onderzoeksprotocol. Hierin staat de procedure van het onderzoek. Zie hierna onder 2.3.3 methode.

- Installatie protocol

Het installatie protocol is door de onderzoeker zelf ontworpen. Hierin wordt stap voor stap uitgelegd hoe de respondenten het programma *VidyoDesktop* kunnen downloaden om zo te kunnen beeldbellen.

De patiënten kregen uitleg over de procedure en gingen vooraf oefenen met het ‘hardop nadenken.’ Vervolgens is het ‘installatie protocol voor de computer’ gebruikt door de patiënten om het beeldbellen te installeren. Eén maal is het ‘*installatie protocol voor de Iphone*’ gebruikt .

2.2.1 Methode

Doel van het onderzoek is het onderkennen en vaststellen van eventuele technische, procedurele en andere problemen bij bedoelde groep van psychotische patiënten bij het installeren van het beeldbel programma en tijdens het beeldbellen zelf.

2.2.2 Three step test interviewing (TSTI)

Voor het realiseren van dit doel is gebruik gemaakt van de methodiek van de Three-step-test interviewing (TSTI) (Hak, vd Veer & Jansen, 2004). Deze methodiek bestaat uit een aantal stappen.

Stap 1: Observatie van de patiënt bij het installeren van het beeldbel programma en het korte tijd beeldbellen.

Stap 2: Eventuele verduidelijking door patiënt bij twijfelachtige observaties.

Stap 3a: Het afnemen van een (semi-gestructureerd) interview *direct* na afronding van de installatie en het (korte tijd) beeldbellen.

Stap 3b: Het stellen van aanvullende vragen na zes maanden ervaring met het beeldbellen.

Echter alvorens hiertoe over te gaan, is eerst met de patiënt, bij wijze van warming up, geoefend met de techniek van de TSTI en wel in het bijzonder in het hardop uitspreken van gedachten.

Ter toelichting het volgende.

Ad stap 1

Na de warming up observeert de onderzoeker of er bij de patiënt bepaalde procedurele of technische problemen zijn met het beeldbellen. Daarbij gaat hij als volgt te werk. De onderzoeker is aanwezig op locatie (Dimence) op het moment dat de patiënt de apparatuur voor het beeldbellen installeert. Hierbij krijgt de patiënt vooraf bepaalde informatie en instructies van de onderzoeker (zie ook bijlage 2). De patiënt installeert vervolgens zelf het beeldbel programma en de onderzoeker observeert dit. De instructie die de onderzoeker daarbij geeft is om tijdens de installatie van het beeldbel programma hardop te denken (*think aloud*) en de gedachten uit te spreken op het moment dat ze opkomen. Het is daarbij de bedoeling dat de gedachten over de taak gaan en niet over iets anders. De patiënt hoeft daarbij ook geen verklaring te geven over deze gedachten. Er wordt dus een actieve houding van de patiënt verwacht. Pas wanneer de installatie taak geheel is afgerond en korte tijd is beeldgebeld kan worden overgegaan op stap 2.

Ad Stap 2

Bij stap 2 worden de gedeelten van het gedachteproces van de patiënt die niet goed in kaart konden worden gebracht doordat de patiënt bijvoorbeeld aarzelde en stress vertoonde, retrospectief eventueel nader uitgediept door middel van het stellen van vragen (zie ook bijlage 2). Omdat het gedachteproces nu nog vers in het geheugen van de patiënt ligt is het belangrijk dat er zo snel mogelijk gevraagd wordt wat de patiënt op dat moment dacht. Wanneer deze stap voltooid is wordt er overgegaan op stap 3 (Hak, vd Veer, Jansen 2004).

Ad Stap 3a

Bij stap 3a wordt vooreerst aan de patiënt gevraagd welke aanbevelingen hij eventueel heeft over het installatie protocol. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de patiënt problemen heeft ervaren met het downloaden van het beeldbel programma en dat hij daar een oplossing voor heeft. Daar het de bedoeling is dat de patiënt zelf ook een tijdje aan de slag gaat met het beeldbellen, is onderdeel van de vraagstelling ook of hij eventuele verwachtingen heeft over het beeldbellen. Een verwachting kan zijn dat de patiënt bijvoorbeeld denkt dat hij er baat bij zou hebben.

Ad Stap 3b

Tenslotte krijgt de patiënt de gelegenheid om zelf zes maanden beeld te bellen met zijn behandelaar. Na afloop daarvan zal hij worden bevraagd over zijn opgedane ervaringen.

Deze en bovengenoemde stappen zullen ervoor zorgen dat mogelijke procedurele, technische of andere problemen met beeldbellen in kaart worden gebracht (Hak, vd Veer, Jansen 2004).

Voor een meer algemene beschrijving van de TSTI methode kan onder meer verwezen worden naar Hak, vd Veer & Ommudsen (2004).

2.2.3 TSTI methode toegepast op de deelvragen van het onderzoek

Voor beantwoording van de drie deelvragen wordt gebruik gemaakt van de verschillende stappen van de TSTI methode, al dan niet gecombineerd met elkaar.

Teneinde deelvraag 1 van het onderzoek te kunnen beantwoorden wordt de patiënt geobserveerd tijdens het installatieproces (stap 1). Daarbij wordt geobserveerd of de patiënt moeilijkheden ondervindt tijdens het installeren van het beeldbel programma en het korte tijd beeldbellen zelf. Stap 2 kan ingezet worden om twijfelachtige observaties te laten verhelderen

door de patiënt. Stap 3a van de gevolgde methodiek kan eveneens van belang zijn bij het beantwoorden van deelvraag 1. Bij stap 3a worden aan de patiënt (semi-gestructureerde) vragen gesteld over eventuele aanbevelingen die hij heeft over het installeren en mogelijk ook over het (korte tijd) beeldbellen (het zgn. semi-gestructureerde interview). Stap 3a wordt ook gebruikt voor het beantwoorden van deelvraag 2.

Ter verduidelijking worden hier deelvraag 1 en de bijbehorende (semi-gestructureerde) interview vragen uitgeschreven.

Deelvraag 1: In hoeverre zijn psychotische patiënten in staat om het beeldbel programma te installeren en te beeldbellen?

Interviewvragen:

- Vindt u de stappen in het installatie protocol duidelijk? Of waren er bepaalde stappen die u miste?
- Kon u het icoontje start videogesprek gemakkelijk vinden?
- Hebt u last gehad van vertraging op de lijn tijdens het beeldbellen?
- Is er sprake geweest van slechte videokwaliteit of geluidskwaliteit tijdens het beeldbellen?

Om deelvraag 2 goed te kunnen beantwoorden wordt, zoals vermeld, ook gebruik gemaakt van stap 3a van de TSTI methode. Deze vragen hebben betrekking op de ervaringen van de patiënt met het installeren en het (korte tijd) beeldbellen en op de verwachtingen die hij heeft ten aanzien van het beeldbellen.

Deelvraag 2: Wat voor verwachtingen hebben de psychotische patiënten over het beeldbellen als therapie?

Interviewvragen:

- Wat verwacht u van het beeldbellen?
- Wat zijn volgens u de voor- en nadelen van beeldbel therapie?
- Hoe vaak maakt u gebruik van het internet?
- Wanneer verwacht u te beeldbellen?

Voor de beantwoording van deelvraag 3 ontvangen de patiënten in stap 3b van de TSTI procedure na zes maanden nog enige aanvullende (semi gestructureerde) vragen over hun ervaringen met het beeldbellen. Opgemerkt kan worden dat hier bedoelde informatie niet alleen gehaald kan worden uit stap 3b van de TSTI procedure, maar eventueel ook uit stap 1

(na installatie beeld belt de patiënt immers nog korte tijd met de therapeut) en de daarbij behorende stap 3a.

Deelvraag 3: Hoe ervaren psychotische patiënten het beeldbellen met hun behandelaar?

Interviewvragen:

- Ervoer u de band met uw therapeut anders dan bij normale therapie sessies?
- Hebt u het idee dat u meer open bent tijdens beeldbel therapie dan tijdens normale therapie?
- Op wat voor momenten maakte u gebruik van het beeldbellen?

2.3 Data analyse

Na het onderzoek zijn aan de hand van de geluidsopnames en de gemaakte aantekeningen, de resultaten tot in detail en zo overzichtelijke mogelijk uitgeschreven. Vervolgens zijn deze resultaten gecodeerd en in tabellen ondergebracht. De opgeleverde data zijn vergeleken met het installatie protocol en zoveel mogelijk onderling. Bij het ontstaan van technische problemen is ook gekeken naar het gedrag en de achtergronden van de respondent mede aan de hand van de gehouden interviews en zijn houding bij de 'warming up'.

Tevens zijn de door de respondenten geuite verwachtingen direct na het interview (stap 3a) vergeleken met die van de follow up, na zes maanden (stap 3b).

3 Resultaten

3.1 De observaties bij de installatie

Teneinde antwoord te kunnen geven op deelvraag 1 “in hoeverre zijn psychotische patiënten in staat om het beeldbel programma te installeren en te beeldbellen?”

zijn de handelingen van de respondent bij het installeren van het beeldbel programma en het korte tijd beeldbellen geobserveerd. Voor wat betreft de observaties bij het installeren van het beeldbel programma het volgende.

3.1.1 Raadpleging installatie protocol en hardop denken

Uit de observaties is gebleken dat niet alle respondenten het installatie protocol (voldoende) raadpleegden. Dit gold voor drie van de vier respondenten.

Opvallend was ook dat twee van de vier respondenten weigerden hardop te denken. In het interview na afloop van de installatie verklaarde één respondent dat zij van het hardop denken "helemaal gek" werd en het daarom weigerde. De andere respondent, die niet hardop dacht, bleek vooral een stil persoon te zijn met weinig woorden die desgevraagd al eerder had aangegeven (bij de "warming up") niet hardop te willen denken. Volgens de partner van deze respondent zou hij hiervoor “te introvert” zijn.

Opgemerkt kan daarbij worden dat alle patiënten ervaren internetgebruikers zijn die dagelijks gebruik maken van het internet. Dit verklaart mogelijk hun zelfvertrouwen, althans bij de meesten van hen, om het vooral zelf te willen doen. Uit de gehouden interviews kwam dit aspect in ieder geval bij één respondent naar voren.

Het niet of onvoldoende raadplegen van het protocol bracht echter allerlei problemen met zich mee, waardoor men vast liep en hulp nodig had.

- Zo ging een respondent na het downloaden van Vidyodesktop naar het Vidyodesktop icoontje op het bureaublad i.p.v. naar minddistrict.
- Een andere respondent logde, in strijd met het protocol, ten onrechte in op de mobiele app. Deze respondent had als enige de app op de iPhone geïnstalleerd, waarvoor hij het installatie protocol voor de iPhone nodig had. Deze gebruikte hij echter niet.
- Weer een andere respondent had weliswaar de 'download vidyodesktop' aangeklikt maar liet dit vervolgens na bij de 'Vidyodesktop Userin...exe' op de balk.

- Door middel van een wachtwoord kwam men op de website. De helft van de respondenten had dit niet gelezen en had hiervoor dan ook technische ondersteuning nodig.
- Meer in het algemeen bleek uit de observaties dat respondenten die de beschikking hadden over een digitale versie van het installatie protocol deze meer raadpleegden, dan de respondenten met de papieren. De twee respondenten met de digitale versie raadpleegden deze respectievelijk zes en drie maal en die met de papieren respectievelijk eenmaal en niet.

3.1.2 Onnauwkeurig bij het installeren

Er rezen ook problemen doordat sommige respondenten bij de installatie slordig te werk gingen.

Bij één respondent werd tijdens de installatie van het beeldbel programma geobserveerd dat hij het installatie protocol raadpleegde maar niet in de gaten had dat het uit meer bladzijden bestond dan de door hem geraadpleegde.

Deze respondent had ook het adres van minddistrict onjuist ingetypt bij google search.

Hierdoor kreeg hij zoveel opties om uit te kiezen dat hij het niet meer wist.

Een andere respondent was via het adres van de website op een onbekende pagina gekomen. Waarschijnlijk had hij het adres van de website verkeerd ingetikt. Dit is onduidelijk. Na een tweede poging lukte het hem echter wel om op de website te komen.

3.1.3 Fout in het installatie protocol

Uit de observaties is ook naar voren gekomen dat in het installatie protocol een onjuiste beschrijving (instructie) stond vermeld van één stap in het proces.

Volgens de instructie moest de respondent na het installeren van het beeldbel programma op 'herstart videogesprek' drukken alvorens hij/zij kon beeldbellen met de psycholoog. Echter die tekst was niet aanklikbaar noch zichtbaar op het beeldscherm. Hierop liepen alle respondenten vast, ongeacht of zij het installatie protocol hadden gelezen of niet. Dit mankement werd overigens opgelost doordat zowel de psycholoog als de respondent uitlogde op de website en vervolgens weer inlogde.

Eén respondent logde overigens niet uit en in, maar maakte gebruik van een tabel genaamd: 'configuration and status' die volgens respondent in beeld was verschenen. Hij ging met de tabel aan de slag, maar dankzij ingrijpen ging de respondent uiteindelijk toch over tot het uit- en inloggen zoals hiervoor vermeld.

3.1.4 Mogelijke gebreken in het installatie protocol

In het installatie protocol zijn naar aanleiding van de observaties mogelijk nog twee ‘gebreken’ gesignaleerd.

-Het installatie protocol maakt gebruik van screenshots. Het viel op dat de respondenten eerder vastliepen op plaatsen in het protocol waar geen screenshots waren afgedrukt.

-Volgens de instructie moest de respondent het beeldbel programma downloaden door middel van het besturingssysteem Windows. Hoewel het er met zoveel woorden stond, wilde toch nog één respondent gebruikmaken van een ander besturingssysteem dan Windows omdat zij, zoals zij later verklaarde in het interview, meer gewend was aan een ander besturingssysteem. Hierdoor liep zij vast. Het "gebrek" bestond derhalve hieruit dat niet vermeld was dat uitsluitend gebruik kon worden gemaakt van Windows als besturingssysteem.

3.1.5 Zienswijze respondenten over het installatie protocol

Zoals hiervoor vermeld had slechts één van de vier respondenten het protocol in zijn geheel geraadpleegd. Dit betrof respondent drie. Hij stelde dat het protocol voor hem duidelijk was, maar dat hij alleen het icoontje 'herstart videogesprek' niet kon vinden. Twee respondenten hadden het installatie protocol onvoldoende geraadpleegd. Desondanks verklaarde respondent twee zonder voorbehoud, dat hij de stappen in het installatie protocol duidelijk vond.

Respondent vier stelde in eerste instantie dat hij het installatie protocol niet duidelijk vond. Hij liep vast op het moment dat hij op de knop ‘download weergeven’ had moeten drukken. Dit kwam echter omdat hij niet doorhad dat het installatie protocol uit meerdere bladzijden bestond. Later liep hij geheel vast door een systeemfout in het downloadprogramma. Zie ook hierna onder kopje 3.3.

Respondent één tenslotte had het protocol in zijn geheel niet geraadpleegd. Deze respondent merkte in het interview nog op dat, zoals ook hierboven vermeld is, zij het betreurde dat zij geen gebruik kon maken van haar “lievelingsprogramma Linux” Tevens vond zij het wachtwoord dat zij moest bedenken te lang. Ze zei hierover: “Ik vond het wachtwoord dat ik moest bedenken te lang. Ik kan het niet onthouden. Jullie moeten echt iets aan de lengte van de wachtwoorden doen.” Deze respondent behoorde tot de twee respondenten die geen gebruik hadden gemaakt van het wachtwoord om op de website in te loggen. Om dit probleem op te lossen dienden zij een nieuw wachtwoord aan te vragen.

3.1.6 In hoeverre kon er korte tijd beeldgebeld worden direct na het installeren

In het voorafgaande hebben we vastgesteld dat zich in de aanloop een aantal haperingen heeft voorgedaan. Het is dan ook niet verwonderlijk dat bij geen van de respondenten gezegd kan worden dat de start van het (korte tijd) beeldbellen geheel vlekkeloos verlopen is, al waren er onderling wel verschillen.

Bij respondent vier bijvoorbeeld ging het downloaden mis, als gevolg, zoals hierboven vermeld, van een systeemfout. Deze patiënt heeft daardoor niet beeldgebeld.

De volgende tabel laat de werking van het korte tijd beeldbellen zien.

Tabel 1. Werking van het korte tijd beeldbellen direct na het installeren

Respondent	Beeld	Geluid
Respondent 1	Ziet niet de begeleider. Begeleider ziet haar wel.	Ja
Respondent 2	Ziet wel begeleider Begeleider ziet hem niet maar wel zichzelf	Ja
Respondent 3	Respondent ziet alleen zichzelf. Begeleider ziet alleen zwart beeld	Geen geluid. Windows 10 was verkeerd ingesteld.
Respondent 4	Nee	Nee

)

In tabel 1 is nog de volgende observatie opgenomen. Het betreft hier respondent 3. Respondent 3 had geen geluid. Hij had namelijk Windows 10 waarbij hij (expliciet) toestemming moest verlenen om te kunnen beeldbellen met geluid. Maar Windows 10 gaf, volgens respondent, die toestemming niet.

3.2 Deelvraag 2: Wat voor verwachtingen hebben psychotische patiënten over het beeldbellen?

Voor wat betreft het beeldbellen zelf is aan alle respondenten gevraagd naar hun verwachtingen over het beeldbellen en welke verwachte voor- en nadelen zij zien aan het beeldbellen. Gebleken is dat de onderzochte patiënten op de hier gestelde vraag over het algemeen een positieve verwachting uitspraken. Na doorvragen bleek dit beeld echter enigszins te kantelen in die zin dat de verwachte nadelen meer benadrukt werden, al bleef het beeld overwegend positief. Zij zagen beeldbellen als een toegevoegde waarde op de al bestaande zorg. Een extra steun in slechte tijden. Ook vonden de respondenten het positief dat zij voor de beeldbel therapie thuis konden blijven in hun vertrouwde omgeving en dat zij daardoor ook minder reistijd kwijt zouden zijn. Een respondent zei over beeldbellen: “het is simpel, effectief en positief.” Een andere respondent zei: “ik denk dat het hetzelfde is als bij een normale therapie.” De respondenten zagen het beeldbellen wel nadrukkelijk als slechts een aanvulling op de al bestaande zorg. Zij waren zich ervan bewust dat beeldbellen bepaalde non-verbale aanwijzingen zou te niet doen. De respondenten vonden dan ook dat het face-to-face contact behouden moest blijven voor het vertrouwen en het belang van lichaamstaal.

Er werd aan de respondenten ook de vraag gesteld naar wanneer zij denken te beeldbellen. Doel van deze vraag was om te achterhalen op wat voor een moment beeldbellen nuttig zou zijn en/of de respondenten zich ook aan hun voornemen zouden houden om op bepaalde momenten te beeldbellen.

De antwoorden waren divers .

Respondent één: “In tijden van drukte hebben zij (Dimence) misschien toch even tijd om te beeldbellen. Ik weet niet hoe vaak per maand. Het gebruik zal afhangen van mijn begeleider.” Respondent twee: “Ik wil zo snel mogelijk beeldbellen. Wanneer ik een afspraak heb gemaakt, ben ik van plan eenmaal in de week te beeldbellen.”

Respondent drie: “Ik verwacht over een maand te beeldbellen. Ik verwacht een paar keer per jaar te beeldbellen, maximaal twaalf maal per jaar. Bijvoorbeeld wanneer ik griep heb of wanneer het psychisch niet heel slecht met mij gaat.”

Patiënt vier tenslotte: “Ik verwacht eenmaal per maand te beeldbellen. Als het goed met mij gaat of juist heel slecht.”

Hierbij kan nog aangetekend worden dat het tijdens dit interview duidelijk werd dat de respondenten ten onrechte van mening waren dat zij in dit onderzoek op elk gewenst moment met hun behandelaar konden beeldbellen.

3.3 Deelvraag 3: Hoe ervaren psychotische patiënten het beeldbellen met hun behandelaar?

De patiënt krijgt de gelegenheid om eerst zelf zes maanden te beeldbellen met zijn behandelaar. Na afloop daarvan zal hij worden bevraagd over zijn opgedane ervaringen. Doel hiervan is dat mogelijke procedurele technische of andere problemen in kaart worden gebracht.

In totaal hebben slechts twee van de vier respondenten daadwerkelijk beeldgebeld (respondent één en drie).

De reden dat twee respondenten niet hebben beeldgebeld werd veroorzaakt enerzijds doordat de behandelende psycholoog er geen prioriteit aan gaf vanwege de haperende techniek gecombineerd met werkdruk (respondent twee) en anderzijds doordat respondent zelf niet beschikte over het beeldbel programma als gevolg van het feit dat hij eerder het programma niet kon downloaden zoals wij hiervoor gezien hebben (respondent vier). De overige twee respondenten zijn geïnterviewd over hun opgedane ervaringen met het beeldbellen.

Respondent één heeft drie tot vier maal beeldgebeld. Zij was in staat om meer te beeldbellen maar koos ervoor dit niet te doen. Dit met als redenen dat zij van mening was dat beeldbellen onpersoonlijk is en de beschikbare tijd om te mogen beeldbellen te kort (slechts tien minuten). Respondent drie heeft in totaal tweemaal beeldgebeld. Zijn eerste vier tot vijf pogingen zijn door allerlei oorzaken mislukt (de behandelende psycholoog kende de inlogcodes niet, geen verbinding, geen geluid en andere problemen).

Naar aanleiding van de gestelde vragen kunnen hun ervaringen als volgt worden samengevat. Respondent één stond na de opgedane ervaringen negatief ten opzichte van het beeldbellen. In vergelijking met het face-to-face contact verklaarde zij meer gesloten te zijn omdat zij bij

beeldbellen “tegen een scherm praat en niet tegen een daadwerkelijk aanwezig persoon.” Zij ervoer het als “virtueel en niks voor mij, ook niet voor in de toekomst.” Over de momenten waarop zij kon beeldbellen had zij geen zeggenschap, want dat bepaalde de behandelaar. Overigens heeft zij bij het beeldbellen geen technische problemen ondervonden.

Respondent drie was anders dan respondent één meer positief over het beeldbellen. Voor de toekomst zag hij zeker mogelijkheden voor het beeldbellen in het algemeen. Immers hij ervoer de band met de behandelaar als niet anders dan bij het face-to-face contact en ook inhoudelijk zag hij geen grote verschillen. Bovendien is het reistijd besparend. Hij ziet het beeldbellen echter “niet als volledige vervanging” van het face-to-face contact. Bovendien: “mis ik de lichaamstaal.” Zelf, zo verklaarde hij, zal hij geen gebruik meer maken van beeldbel therapie omdat de reis naar de werkplek van zijn behandelaar voor hem een welkome afleiding vormt. Overigens ondervond hij tijdens het beeldbellen zelf alleen problemen met het geluid. Net als respondent één had hij geen zeggenschap over de momenten waarop hij kon beeldbellen want dat werd bepaald door de behandelaar.

4 Discussie

De te beantwoorden vraag in dit onderzoek was in hoeverre beeldbel therapie geïmplementeerd kan worden bij patiënten met een psychotische stoornis.

Daartoe is een viertal patiënten door Dimence geselecteerd en gedurende dit onderzoek geobserveerd bij het installeren van het beeldbel programma en het beeldbellen zelf.

Dit leverde een aantal opvallende resultaten op.

Hoewel de patiënten niet bekend waren met het beeldbellen, laat staan met therapie door middel van het beeldbellen, spraken zij er zich allen vooraf positief over uit. Zij zagen het als een goede aanvulling op het face-to-face contact waar zij zeker gebruik van zouden maken. Zij prezen de voordelen ervan, zoals het niet hoeven reizen en het kunnen consulteren vanuit een vertrouwde omgeving. Als enige nadeel zagen zij slechts het (veronderstelde) gebrek aan lichaamstaal. Het onbekend maakt onbemind ging hier dus niet op.

Anderzijds was deze positieve houding wellicht niet zo verwonderlijk als wij kijken naar de samenstelling van de onderzochte groep. Het betrof hier immers een vrij homogeen samengestelde groep van mensen die allen veelvuldig gebruik maakten van de computer en dus vertrouwd waren met de techniek en er dus open voor stonden. Volgens Gilkey, Carey & Wade (2009) een belangrijke voorwaarde voor het slagen van beeldbel therapie. Van hen werd al verwacht dat zij in staat zouden zijn tot het beeldbellen.

Helaas kampte dit onderzoek vervolgens met (technische) problemen bij het installeren en bij het beeldbellen zelf. Zo bleek het installatie protocol een fout te bevatten en was het voor de patiënten niet altijd gebruiksvriendelijk. Hoewel de hieruit voortvloeiende problemen konden worden opgelost, was toch het uiteindelijke resultaat dat van de vier onderzochte patiënten uiteindelijk maar twee daadwerkelijk hebben beeldgebeld.

De redenen dat niet kon worden beeldgebeld was bij de één een technisch mankement en bij

de ander een onvoldoende medewerking van een van de behandelaars.

Omstandigheden waar de literatuur ook voor gewaarschuwd heeft. Zo stelde Robinson (2009) uit onderzoek immers vast dat bij het beeldbellen allerlei technische problemen kunnen rijzen wat betreft het netwerk en Nijland (2011) dat invoering van beeldbellen ook belemmerd kan worden door de stakeholders. Voor wat betreft die stakeholders ontdekten Rees en Stone (2005) eerder al dat klinici de werkrelatie in beeldbel therapie lager beoordelen dan in traditionele face-to-face sessies.

Achteraf was de houding ten opzichte van het beeldbellen lang niet meer zo positief als voorheen. Beide beeldbellers verklaarden niet meer te willen beeldbellen. Bij de één om reden dat "er tegen een scherm wordt gepraat en niet tegen een daadwerkelijk aanwezig persoon."

Een factor die ook als reden door de literatuur wordt aangevoerd waarom patiënten de voorkeur geven aan het face-to-face contact (Chester & Glass, 2006, Grohol 2004). Bij de ander dat dan het reizen naar Dimence gemist werd. Deze reden kwam voor onderzoeker toch wel onverwacht omdat het grote voordeel van het beeldbellen ten opzichte van het face-to-face contact juist is dat het onafhankelijk is van tijd en plaats (Gemert-Pijnen, Peters & Ossebaard, 2013).

De aangevoerde redenen voor deze omslag zijn opvallend omdat deze vooraf bij beiden bekend waren en hun positiviteit toen niet in de weg stonden. Uiteraard kan het zo zijn dat het beeldbellen op zich voor hen inderdaad is tegengevallen. Maar afgezien hiervan kan ook de tijdens dit onderzoek haperende techniek bij deze omslag een rol hebben gespeeld. Hoewel het hier geen patiënt betrof merkte een bij dit onderzoek betrokken behandelaar immers op dat de technische complicaties die zich bij dit onderzoek voordeden bij deze behandelaar leidden tot een afname van de motivatie voor de beeldbel therapie. Ditzelfde zou ook kunnen gelden voor de beperkingen die aan dit onderzoek verbonden waren. Immers, dit onderzoek was niet gericht op enige therapeutische behandeling, als wel op de randvoorwaarden om tot een

beeldbel therapie te komen voor psychotische patiënten. M.a.w. zij hadden mogelijk achteraf wel positiever gereageerd op het beeldbellen als de behandeling per sessie langer had mogen duren, op tijdstippen die zij wilden en zou hebben geleid tot een voor hen positief psychologisch resultaat (indien overigens al mogelijk bij de betrokken patiënt). Echter dit onderzoek had niet de opzet om, zoals vermeld, te komen tot enige therapeutische resultaat.

Ook kan het zijn dat de patiënten mogelijk onrealistische verwachtingen hadden over de wijze waarop de beeldbel therapie in dit onderzoek ingevuld zou worden. Over de wijze van deze invulling is van te voren geen (uitgebreide) voorlichting gegeven. Zo dachten zij ten onrechte dat zij op elk gewenst moment konden beeldbellen met hun therapeut.

4.1 Sterke kanten en beperkingen aan het onderzoek

Sterk aan dit onderzoek was dat de gegevens op meerdere manieren verzameld werden en op detaillistische wijze. Tevens kon de gebruiksvriendelijkheid onderzocht worden doordat de patiënten zijn geobserveerd op het moment dat zij nog geen ervaring hadden met de website en het installeren van het downloadprogramma en het beeldbellen. Tenslotte was er begeleiding voor de deelnemende patiënten. Er was een psycholoog aanwezig, omdat het een kwetsbare groep betrof. De patiënten hadden soms behoefte, vooraf aan het onderzoek of erna, over hun persoonlijke problemen te praten.

Dit onderzoek kende daarnaast een aantal beperkingen die mogelijk van invloed is geweest op de behaalde resultaten en op de interpretatie ervan. Het aantal deelnemende patiënten was gering en bovendien homogeen van samenstelling en daardoor niet representatief voor de doelgroep. De techniek voldeed niet altijd aan de verwachtingen en de TSTI methodiek is niet ten volle toegepast. Wat betreft dit laatste kan opgemerkt worden dat het ‘think aloud’ principe door de patiënten niet altijd is uitgevoerd waardoor mogelijk informatie verloren is

gegaan. Ook kregen de patiënten maar kort gelegenheid om te beeldbellen en ook nog eens op vaste tijden.

4.2 Aanbevelingen voor (vervolg) onderzoek en praktijk

Hoofdvraag in dit onderzoek was in hoeverre beeldbel therapie geïmplementeerd kan worden bij patiënten met een psychotische stoornis.

4.2.1 Aanbevelingen voor vervolg onderzoek

Hierboven is al aangegeven dat aan dit onderzoek een aantal beperkingen kleefde, waaronder het gebrek aan representativiteit. Dit onderzoek kan dan ook geen antwoord geven op de vraag of patiënten met een psychische stoornis in het algemeen al dan niet geschikt zijn voor beeldbeltherapie. Zoals hiervoor aangegeven hebben eerdere onderzoekers zoals Abott et al. (2008) beredeneerd dat psychotische patiënten hier minder geschikt voor zouden zijn. Andere onderzoekers daarentegen, zoals Mallen, Vogel & Rechlen (2005), waren van mening dat deze groep onder voorwaarden wel degelijk in staat zou zijn tot het volgen van beeldbel therapie.

Teneinde die vraag (beter) te kunnen beantwoorden zou het bij een eventueel vervolgonderzoek derhalve raadzaam zijn om de te onderzoeken groep meer een dwarsdoorsnee te laten zijn en in ieder geval heterogener samen te stellen.

Zo is het aan te bevelen dat voor onderzoek een groep van mensen met psychotische symptomen wordt geïncludeerd, ongeacht het stadium van het ziekteproces, maar daarbij (uiteraard) wel alert te zijn op wanen en of hallucinaties met betrekking tot beeldschermen of af luisterapparatuur. Het is niet duidelijk en in ieder geval niet op grond van dit onderzoek, in hoeverre beeldbel therapie van nut kan zijn bij patienten die of tegen een psychose aanzitten of er net aan één geleden hebben. In dit onderzoek waren de patiënten immer al lange tijd niet meer bekend met een psychose. De overige kenmerken van de groep zouden dan heterogeen moeten zijn en passen bij de onderzochte doelgroep (bijvoorbeeld zowel mannen als vrouwen

met veel of weinig computerervaring).

Gelet op de in dit onderzoek opgedane ervaringen zou verder aanbeveling kunnen zijn dat patiënten niet zelf het installatie programma installeren of in ieder geval deze door een professional te laten ontwerpen en daarbij te letten op de gebruiksvriendelijkheid ervan. Zo is een digitale versie van het installatie protocol te verkiezen boven (alleen) een papieren, is het raadzaam gebruik te maken van screenshots, duidelijk aan te geven van welk besturingssysteem gebruik wordt gemaakt, niet te lange wachtwoorden te gebruiken etc.

Verder is uit het onderzoek gebleken dat een goede communicatie met alle participanten een factor van belang is om tot een succesvolle implementatie ervan te komen. Zo is het van belang om van te voren met name aan de patiënten de juiste verwachtingen mee te geven over de ondergane beeldbel therapie. Teleurstellingen daarover beïnvloeden het resultaat immers negatiever dan wanneer de patiënt vanaf aanvang weet waar hij aan toe is.

Tenslotte is bij een eventueel vervolgonderzoek raadzaam hetgeen hierna onder aanbevelingen voor de praktijk nog wordt vermeld: zorg voor commitment (ook bij de behandelaars) en een gebruiksvriendelijke niet haperende techniek en bij voorkeur maximale beschikbaarheid.

4.2.2 Aanbevelingen voor de praktijk

Voor de praktijk is uit de geraadpleegde literatuur naar voren gekomen (bijvoorbeeld Gemert-Pijnen, Peters & Ossebaard 2013) dat het in het algemeen van belang is om alle stakeholders, zoals bestuur, psychologen, patiënten en ict-bedrijf, te betrekken vanaf het allereerste begin van het ontwerp proces. Dit zal de acceptatie van het beeldbellen verbeteren en daarmee ook de kans vergroten dat het beeldbellen naar tevredenheid gebruikt wordt. De problemen die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen, bijvoorbeeld het niet kunnen beeldbellen omdat een behandelaar het nut er niet van inzielt, of de techniek er van te ingewikkeld vindt. onderschrijven dit belang.

Deze stakeholders raken betrokken door, eventueel aan de hand van vragenlijsten, hen te vragen naar hun verwachtingen over het beeldbellen, en hun doelen daarbij. Zo is een vraag die met name aan patiënten gesteld zou moeten worden of zij een 24 uren bereikbaarheid wensen en/of slechts op afspraak.

Zodra een prototype van de website is ontworpen, zouden de stakeholders deze ook moeten testen waarbij aan hen gevraagd kan worden of zij het begrijpen, eventueel nog aanvullingen hebben en/of de website en het daarbij behorende installatie protocol, gebruiksvriendelijk is. Ook kan regelmatig gevraagd worden of zij nog enthousiast zijn over het idee om te beeldbellen. Tenslotte kan de vraag gesteld worden hoe het beeldbellen in de organisatie geïmplementeerd kan worden. Een niet haperende techniek is daarbij van groot belang.

Beeldbeltherapie kan niet zonder techniek, maar ook niet zonder mensen die er open voor staan (Gilkey, Carey & Wade 2009). Uit de literatuur blijkt immers dat de lagere waardering voor beeldbeltherapie door behandelaars mede wordt ingegeven door een meer negatieve houding ten opzichte van het gebruik van technologie (Nijland, 2011). Als ook dat behandelaars deze therapie lager beoordelen dan de traditionele face-to-face sessies (Lewis, Coursol en Herting 2004).

Meer in het algemeen kan gesteld worden dat beeldbeltherapie meer is dan alleen het toepassen van een nieuwe techniek omdat deze er nu eenmaal is. Het vergt ook een instelling en een voortdurend leerproces ten opzichte van technologische ontwikkelingen (Van Gemert-Pijnen et al, 2012) en wellicht ook een andere vorm van therapie geven dan bij het face-to-face contact.

Het spreekt dat inschakeling van een ict-deskundige vanaf het allereerste begin, zoals aangegeven, essentieel is. Deze moet, zoals vermeld, in ieder geval tijdens het ontwerpproces letten op de gebruiksvriendelijkheid van het systeem, bijvoorbeeld door middel van een

“cognitieve walkthrough.” Het systeem zal uitgebreid getest moeten worden alvorens er gestart kan worden met de implementatie. De implementatie kan pas als de techniek (bijna) foutloos is. Tijdens de implementatie is het van belang dat patiënten de ruimte krijgen vertrouwd te raken met het beeldbellen door hen meer beeldbeltijd te geven dan de, zoals in dit onderzoek, voorgeschreven duur van slechts tien minuten per sessie.

Tenslotte: de kracht van het beeldbellen is dat deze onafhankelijk van tijd en plaats kan worden uitgevoerd. De praktijk zou hier invulling aan kunnen geven door te streven naar een 24 uren beschikbaarheid, althans zo maximaal mogelijk, al dan niet als aanvulling op het face-to-face contact en nadat alle randvoorwaarden zijn vervuld. Hiermee zou bereikt kunnen worden dat de (psychotische) patiënt, althans de (psychotische) patient die daarvoor geschikt wordt beoordeeld, het gehele etmaal, of een groot deel daarvan, op eigen initiatief direct een beroep kan doen op een behandelaar, indien hij dat wenst. Dit zal niet altijd zijn eigen behandelaar kunnen zijn, hetgeen dus betekent dat hiervoor organisatie vereist is. Behalve als relevant hulpmiddel zou het beeldbellen aldus ook zijn betekenis kunnen krijgen als een (mogelijk) preventief in te zetten instrument. Interessant om dit eens als pilot study uit te proberen.

5 Referenties

- Abbott, J., Klein, B., & Ciechomski, L. (2008). Best practices in online therapy. *Journal of Technology in Human Services*, 26, 360-375.
- Chester, A., & Glass, C. A. (2006). Online counseling: A descriptive analysis of therapy services on the Internet. *British Journal of Guidance and Counselling*, 34, 145–160.
- Gemert-Pijnen J.E.W.C., Peters O., Ossebaard H.C., (2013) Improving eHealth *Eleven International Publishing The Hague*
- Gilkey, S., Carey, J., & Wade, S. (2009). Families in crisis: Considerations for the use of web-based treatment models in family therapy. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 90, 37-45.
- Grohol, J. M. (2004). Online counseling: A historical perspective. In R. Kraus, J. Zack, & G. Stricker (Eds.), *Online counseling: A handbook for mental health professionals* (pp. 51–68). San Diego, CA: Elsevier Academic Press.
- Hak T., vd Veer K., Jansen H., The Tree-Step-interview (TSTI) An observational instrument for pretending self-completion questionnaires *Erasmus research institute of management report series research in management*
- Jones B.N., Johnston D, Reboussin B, McCall W.V. Reliability of telepsychiatry assessments: subjective versus observational ratings. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2001;14:66-71
- Lester, D. (2006). Etherapy: Caveats from experiences with telephone therapy. *Psychological Reports*, 99, 894–896.
- Lewis, J., Coursol, D., & Herting, W. (2004). Researching the cybercounseling process: A study of the client and counselor experience. In J. W. Bloom & G. R. Walz (Eds.), *Cybercounseling & cyberlearning: An encore* (pp. 307–325). Alexandria, VA: American Counseling Association
- Liebert, T., Archer, A., Munson, J., & York, G. (2006). An exploratory study of client perceptions of Internet counseling and the therapeutic alliance. *Journal of Mental Health Counseling*, 28, 69-83.
- Michael, J., Mallen, David L., Vogel & Aaron B. (2005) Rochlen The Practical Aspects of Online Counseling: Ethics, Training, Technology, and Competency DOI: 10.1177/0011000005278625 *The Counseling Psychologist* 2005; 33; 776
- Mitchell, J.E., Crosby R.D., Wonderlich S.A., Crow S., Lancaster K., Simonich H., et al. (2008) randomized trial comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behaviour Research and Therapy* 2008;46:581-592

Morland L.A., Greene C.J., Rosen C.S., Foy D., Reilly P., Shore J (2010). Telemedicine for anger management therapy in a rural population of combat veterans with posttraumatic stress disorder: a randomized noninferiority trial. *Journal of Clinical Psychiatry* 2010 ;71:855-863.

Nijland, N. (2011). *Grounding eHealth, barriers and facilitators for the uptake and impact of eHealth interventions*. Dissertations. Enschede: University of Twente.

Rees, C. S., & Stone, S. (2005). Therapeutic alliance in face-to-face versus videoconferenced psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 649–653.

Robinson, E., (2009) Online counselling, therapy and dispute resolution: A review of research and its application to family relationship services AFRC Briefing No.

Ruskin P.E., Silver-Aylaian M., Kling M.A., Reed S.A., Bradham D.D., Hebel J.R., et al.(2004) Treatment outcomes in depression: comparison of remote treatment through telepsychiatry to in-person treatment. *Am J Psychiatry* 2004;161:1471-1476

Saurman E., Perkins D., Roberts R., Roberts A., Patfield M., Lyle D.(2011) Responding to mental health emergencies: implementation of an innovative telehealth service in rural and remote new South Wales, Australia. *J Emerg Nurs* 201;37:453-459.

Simpson S. (2009) Psychotherapy via videoconferencing: a review. *British Journal of Guidance & Counselling* 2009;37:271-286.

Skinner, A.E.G., & Latchford, G. (2006). Attitudes to counselling via the Internet: A comparison between in-person counselling clients and Internet support group users. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6, 158–163

Tsai H.H., & Tsai Y.F. (2011) Changes in depressive symptoms, social support, and loneliness over 1 year after a minimum 3-month videoconference program for older nursing home residents. *J Med Internet Res* 2011;13:e93

Van Gemert-Pijnen, J.E.W.C., Wynchank, S., Covvey, H.D., & Ossebaard, H. (2012) Improving credibility of electronic health technologies. *Bulletin of World Health Organization* 90: 323-323.

Wells, M., Mitchell, K. J., Finkelhor, D., & Becker-Blease, K. A. (2007). Online mental health treatment: Concerns and considerations. *CyberPsychology & Behavior*, 10, 453–459.

Yuen, E. K., Goetter, E. M., Herbert, J. D., & Forman, E. M. (2012). Challenges and opportunities in Internet-mediated telemental health. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 1–8.

Yuen, E. K., Herbert, J. D., Forman, E. M., Goetter, E. M., Juarascio, A. S., Rabin, S. J., Bouchard. S. (2010). Using Skype videoconferencing and Second Life virtual environments to deliver acceptancebased behavior therapy for social anxiety disorder. *Paper presented at the*

44th Annual Convention of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, San Francisco, CA

6 BIJLAGEN

6.1 *Bijlage 1: informed consent*

Universiteit Twente

Faculteit Gedragwetenschappen

Postbus 217

7500 AE Enschede

Enschede, juni 2015

Toestemmingsverklaring deelname inzake beeldbellen

Titel: Wat voor zienswijze hebben psychotische patiënten op het beeldbellen en hoe kan het beeldbellen als therapeutisch instrument meer geschikt gemaakt worden voor deze doelgroep?

Kenmerk: 2015 onderzoek_beeldbellen

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze (mondeling en schriftelijk) te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en belasting van het onderzoek.

Inleiding

Mijn zorgverlener heeft mij voorgesteld aan dit onderzoek deel te nemen en heeft daar al het een en ander over uitgelegd. Om een weloverwogen afweging te kunnen maken om al dan niet deel te nemen aan dit onderzoek, vind ik hieronder nog wat extra informatie.

Doel en achtergrond onderzoek

Het betreft hier een onderzoek naar het zelf installeren van het beeldbellen op een mobiel/tablet of laptop (al of niet van de afdeling) en het gedurende een maand gebruik maken van het beeldbellen. Het doel hiervan is om kennis te nemen van uw zienswijze over het beeldbellen en eventuele technische, procedurele en andere problemen vast te stellen. Ik word hierover geïnterviewd. De interviews worden opgenomen met behulp van geluidsapparatuur ten behoeve van de resultaatverwerking. De opname is niet beschikbaar voor derden en wordt na afloop van het onderzoek vernietigd

Wanneer kom ik in aanmerking voor dit onderzoek?

Ik kan meedoen aan dit onderzoek als ik in behandeling ben voor psychoses. En ik na overleg met mijn hulpverlener in staat wordt geacht dit onderzoek uit te voeren.

Wat houdt het onderzoek voor mij in?

Ik word één of twee keer geïnterviewd. En in ieder geval over mijn ervaringen met beeldbellen en mogelijk ook tijdens de installatie van de beeld bel software. Alle deelnemers worden na enkele weken geïnterviewd over de ervaringen met beeldbellen. De tijdsinspanning zal ongeveer 45-90 minuten zijn.

Mogelijke bijwerkingen en risico's

Het valt gezien het onderwerp van het interview niet te verwachten dat dit emotioneel belastend of ontregelend zal zijn.

Uiteraard is het zo dat wanneer u merkt dat sommige vragen uit het onderzoek u blijven bezighouden of u merkt dat u hierdoor onrust ervaart u dit kan bespreken met uw zorgverlener.

Vertrouwelijkheid

Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. De gegevens die gedurende het onderzoek over mij verzameld zijn zullen vertrouwelijk behandeld worden volgens (inter)nationale regels en wetten, waaronder de Wet Bescherming Persoonsgegevens. De gegevens zullen zodanig gecodeerd worden dat ze niet tot mij te herleiden zijn. De codering is dan ook niet gebaseerd op bijvoorbeeld mijn geboortedatum, initialen of mijn geslacht.

Vrijwillige deelname

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen. Ik zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden. Zo zal mijn besluit om al of niet deel te nemen aan dit onderzoek nimmer van invloed zijn op mijn behandeling op de afdeling.

Wanneer ik merk dat sommige vragen uit het onderzoek mij blijven bezighouden of ik merk dat ik hierdoor onrust ervaar kan ik dit bespreken met mijn zorgverlener.

Deze toestemmingsverklaring wordt gescheiden van de onderzoeksgegevens bewaard.

Naast de informatiebrief heb ik ook een kopie voor eigen gebruik van deze verklaring gekregen. De door mij getekende verklaring zal in mijn hulpverleningsdossier bewaard worden.

Ik geef toestemming om de gegevens te verwerken voor de doeleinden zoals beschreven in de informatiebrief met kenmerk: 2015onderzoek_beeldbellen

Naam deelnemer:

Geboortedatum:

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

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

Naam onderzoeker:

.....

Datum: Handtekening onderzoeker:

6.2 Bijlage 2: onderzoeksprotocol Tree-Step Test Interview

Laat de patiënt het toestemmingsformulier lezen. Herhaal de belangrijkste zaken uit het toestemmingsformulier en beantwoordt eventuele vragen. Wacht tot de patiënt het formulier heeft ondertekend en geef de patiënt een kopie van het toestemmingsformulier mee.

Instructie

Lees de schuin gedrukte instructie letterlijk voor:

Tijdens dit interview lees ik de uitleg van de opdracht en de vragen letterlijk voor. Hierdoor zal er geen verschil ontstaan in de manier waarop het interview wordt afgenomen, waardoor de resultaten goed met elkaar vergeleken kunnen worden.

Gedurende dit onderzoek wordt u onder andere gevraagd een beeld bel programma te installeren. Het is straks de bedoeling dat u met behulp van het protocol dat ik u overhandigd heb, het beeld bel programma gaat installeren waarbij u hardop nadenkt. Bij het uitvoeren van de installatie is het de bedoeling dat u al uw gedachten over de taak uit. U hoeft geen verklaringen te geven voor uw gedachten, u moet ze alleen uitten. Er mogen wel stiltes vallen tijdens het hardop nadenken. Ik zal u echter tijdens de installatie wel aanmoedigen uw gedachten te verwoorden. Zoals in het toestemmingsformulier al naar voren kwam wordt met deze opdracht onderzocht hoe het beeldbellen meer geschikt kan worden gemaakt voor bepaalde doelgroepen. Tijdens het hardop nadenken bij de installatie procedure zal ik u observeren, waarbij ik ook aantekeningen maak. Daarbij ben ik niet zozeer geïnteresseerd in uw vaardigheden alswel in de duidelijkheid van het installatie protocol. Niks wat u doet is goed of fout het gaat mij dus niet om uw prestatie. In het uiterste geval kunt u ook uw begeleider om hulp vragen, maar probeer het zo veel als mogelijk zelf uit te voeren Na de installatie stel ik u nog wat aanvullende vragen en over een maand kom ik nog een keer terug om te vragen naar uw ervaringen met beeldbellen.

Heeft u tot nu toe nog vragen?

Oefening: Hardop denken

Voordat u het beeld bel programma gaat installeren, gaan we eerst nog even oefenen met het hardop uitspreken van gedachten. Tijdens het oefenen kan ik nog eventuele vragen beantwoorden. Maar straks bij het installeren van het beeld bel programma niet meer.

De onderzoeker moedigt hardop denken aan door de patiënt te prijzen en te motiveren. Bijvoorbeeld door te zeggen: 'Ga zo door,' prima!, 'zegt u alstublieft hardop wat u denkt.' En mocht het nodig zijn dan kan de onderzoeker zeggen: 'U hoeft uw gedachten niet aan mij uit te leggen, probeert u niet op mij te letten.'

Oefening 1: Neem uw woning in gedachten. Denk er hardop over na hoeveel ramen uw woning heeft, wanneer u de ramen telt, vertelt u mij wat u ziet en waarover u nadenkt.

Mocht het nodig zijn dan kan er een tweede oefening doorlopen worden

Oefening 2: Wanneer was de laatste keer dat u uit eten bent geweest in een restaurant? Bij het achterhalen van dit tijdstip uit het geheugen, benoemt u alles hardop wat er in uw gedachten passeert bij het herinneren van dat tijdstip.

Stap 1: Hardop denken

Begin alleen met deze stap zodra de procedure voor de patiënt duidelijk is

Het is nu de bedoeling dat u met behulp van het protocol dat ik u overhandigd heb, het beeld bel programma gaat installeren. Lees de stappen uit het protocol hardop voor en voer ze vervolgens uit, waarbij u hardop uw gedachten uitspreekt, op dezelfde manier zoals we het daarstraks geoefend hebben. Eventuele vragen die u heeft tijdens het installeren kan ik niet beantwoorden. In het uiterste geval kan u uw begeleider u wel helpen maar probeer het zoveel mogelijk zelf uit te zoeken, zonder hulp. Na afloop van deze eerste stap bespreken we uw gedachten en eventuele onduidelijkheden. De geluidsopname start zodra u begint.

De onderzoeker observeert het gedrag van de patiënt tijdens de installatie: zoals het overslaan van stappen, correcties van gekozen stappen, aarzeling, stress. De onderzoeker maakt aantekeningen van de geobserveerde gedragingen en van de geuite gedachten die een indicatie kunnen geven van mogelijke problemen bij de installatie. De onderzoeker kan de patiënt af en toe aanmoedigen om hardop te denken (zie ook oefening) Verder houdt de onderzoeker zich afzijdig. Start de geluidsopname

Stap 2: Retrospectief interview

Het is belangrijk dat na stap 1 geen pauze genomen wordt.

Patiënt wordt gevraagd te verklaren waarom hij op een bepaalde manier reageerde vooral op momenten dat er een bepaald probleem ontstond. Hij kan dan verklaren wat hij dacht en wat precies het probleem was en waarom hij reageerde zoals hij reageerde. Er wordt dus niet gevraagd naar interpretaties van de gedachten die de patiënt had maar naar wat hij feitelijk dacht op dat moment.

Bedankt voor het uitvoeren van de installatie, ik wil u nu wat aanvullende vragen stellen.

Vragen die gesteld kunnen worden zijn: wat gebeurde er erna? Of 'u zei/deed dit.....en toen heeft u vervolgens een tijdje niet je gedachten uitgesproken. Wat dacht u op dat moment?

Pauze

Wanneer er behoefte aan is kan er nu 5 minuten pauze ingelast worden.

Stap 3: Semi-gestructureerd interview

Tenslotte wil ik u nog een aantal vragen stellen

De vragen aan de patiënt worden voorbereid en volgens een bepaald stappenplan afgenomen (volgens de TSTI methode). De vragen komen voort uit wat in de literatuur al bekend is over de voor- en nadelen van beeldbellen.

- 1 Vond u de stappen in het installeringsprotocol duidelijk? Of waren er bepaalde stappen die u miste?*
- 2 Kon u het 'start video gesprek' icoontje makkelijk vinden?*
- 3 Hoe vaak per week maakt u gebruik van het internet?*
- 4 Wat verwacht u van het beeldbellen?*
- 5 Wat zijn volgens u de voor en nadelen van beeld bel therapie?*
- 6 Wanneer verwacht u te beeldbellen?*
- 7 (heeft u het beeld bel programma kunnen downloaden?)*

Semi-gestructureerd interview maand later

U heeft inmiddels al een maand ervaring met het beeldbellen, ik wil u daar graag wat vragen over stellen

Dit interview wordt mondeling (telefonisch?) worden afgenomen. Tijdens het interview kan de onderzoeker doorvragen

- 1. Hoe ervaart u het beeldbellen in vergelijking met face-to-face contact?*
- 2. Ervoer u de band met uw therapeut anders dan bij normale therapie sessies?*
- 3. Heeft u het idee dat u meer open bent tijdens een beeld bel sessie dan tijdens een normale sessie?*
- 4. Op welke momenten gebruikte u en uw therapeut het beeldbellen?*
- 5. Heeft u last gehad van vertraging op de lijn tijdens het beeldbellen?*
- 6. Is er sprake geweest van slechte videokwaliteit of geluidskwaliteit tijdens het beeldbellen?*
- 7. Wat voor verwachtingen heeft u voor de toekomst wat betreft het beeldbellen?*