

De implementatie en het gebruik van het eHealth platform Minddistrict door behandelaren in de forensische geestelijke gezondheidszorg

Karen Rienks

S1693743

25-06-18

Universiteit Twente

Faculteit Behavioural, Management and Social Sciences

Opleiding Psychologie

Vakgroep Psychologie, Gezondheid & Technologie

Bachelorthesis

1^e Begeleider: H. Kip, MSc

2^e Begeleider: Dr. F. Sieverink

Abstract

Background: In the treatment of patients in forensic psychiatry is room for improvement, among other things due to the heterogenic aspects of the patients. The use of patient-centred care can address this heterogeneity. eHealth can contribute to the treatment in forensic psychiatry, for example by tuning into the patient-centred aspect of the treatment because eHealth interventions are often customisable. However, the implementation of eHealth interventions in practice has proven to be difficult. Minddistrict, an eHealth intervention based on cognitive behavioural therapy, is an example of this. Especially in forensic psychiatry, insight in important factors that make an eHealth intervention (un)successful is missing. Research shows that therapist-, context- and technology related factors play an important role in this process of implementation.

Objective: This study has examined the factors that therapists encounter when using Minddistrict, with a focus on the associated technological aspects and aspects related to the forensic context.

Method: Eighteen therapists from outpatient clinic de Tender from Transfore Enschede participated in the study. A semi-structured interview scheme based on the NASSS-Framework (Greenhalgh et al., 2017) was used to address the objective. Subsequently, the interviews were inductively coded based on the ‘constant comparison’ method.

Results: Eighteen codes emerged from the study, divided in to therapist-, technological- and contextual factors. The knowledge and skills, the treatment routine, the ideas about requirements of health insurers, the attention from the management and the communication between colleagues have shown to be the most important aspects. The therapist-, contextual- and technological factors are interrelated and the combination of this causes Minddistrict not to be in the routine of the therapists.

Discussion: Adding an eHealth intervention to the routine of the therapists is complex, because it changes the role of the therapist. Therefore, the implementation should not solely consist of introducing the technology: this change should be facilitated by the contextual factors. In case of Minddistrict, the management can do this for example by giving Minddistrict more attention and make sure the therapists have enough knowledge to use it, hopefully causing Minddistrict to become a part of the routine of therapists. In this way, a great deal of the barriers can be overcome and the advantages of Minddistrict will become more visible.

Abstract

Inleiding: Bij de behandeling van patiënten in de forensische geestelijke gezondheidszorg (FGGZ) is ruimte voor verbetering, onder andere door de heterogeniteit van de patiëntenpopulatie. Het toepassen van patiënt-gecentreerde zorg kan aansluiten op deze heterogeniteit en bijdragen aan verbetering. eHealth kan de behandeling verbeteren door onder andere bij te dragen aan het patiënt-gecentreerde aspect van de behandeling, aangezien eHealth interventies in veel gevallen personaliseerbaar zijn. Echter blijkt het implementeren van dergelijke interventies in de praktijk lastig. Dit is ook het geval bij Minddistrict, een eHealth interventie gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. Met name in de FGGZ ontbreekt inzicht in de achterliggende factoren die maken dat een eHealth interventie niet slaagt. Uit onderzoek blijken de behandelars-, patiënt-, technologische- en contextuele factoren een belangrijke rol te spelen bij het implementatieproces.

Doel: In dit onderzoek is gekeken naar de factoren waar behandelaren tegenaanlopen bij het gebruik van Minddistrict, met een focus op de technologische aspecten en aspecten met betrekking tot de forensische context die hiermee samenhangen.

Methode: Achttien behandelaren van polikliniek de Tender van Transfore Enschede namen deel aan het onderzoek. Er is gebruik gemaakt van een semigestructureerd interviewschema op basis van het NASSS-Framework van Greenhalgh et al. (2017). Vervolgens zijn de interviews inductief gecodeerd op basis van de ‘constant comparison’ methode.

Resultaten: Uit het onderzoek kwamen achttien codes naar voren, opgedeeld in behandelars- technologische- en contextuele factoren. Hierbij waren de kennis en vaardigheden, de behandelroutine, de ideeën over eisen van zorgverzekeraars, de aandacht vanuit het management en de communicatie tussen collega's het meest van belang. De behandelars-, technologische- en contextuele factoren zijn intergerelateerd en de combinatie hiervan zorgt ervoor dat Minddistrict niet bij de behandelaren in het systeem zit.

Discussie: Het toevoegen van een eHealth interventie aan de behandeling is complex, aangezien het een verandering in de rol van de behandelaar met zich meebrengt. De implementatie moet daarom niet enkel bestaan uit het introduceren van de technologie: deze verandering moet gefaciliteerd worden door de context. In het geval van Minddistrict kan dit onder andere gedaan worden door vanuit het management meer aandacht te besteden aan Minddistrict en door de kennis van behandelaren up to date te houden, waardoor Minddistrict meer in het systeem van de behandelaren terecht zal komen. Op deze manier kunnen een groot deel van de barrières overkomen worden en zullen de voordelen van Minddistrict nog meer zichtbaar worden in de praktijk.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	5
2. Methode.....	9
2.1 Setting.....	9
2.2 Participanten	9
2.3 Materialen en procedure	10
2.4 Data-analyse	11
3. Resultaten.....	11
3.1 Cijfers gebruik en oordeel behandelaren	12
3.2 Codeerschema.....	12
3.2.1 Behandelaarsfactoren	13
3.2.2 Technologische factoren	17
3.2.3 Contextuele factoren	19
4. Discussie en Conclusie.....	22
4.1 Samenvatting resultaten.....	22
4.2 Mogelijke verklaringen resultaten	24
4.3 Sterke en zwakke punten onderzoek	25
4.4 Aanbevelingen vervolgonderzoek en praktijk.....	27
4.5 Conclusie	28
Referenties.....	29
Appendix A: Interviewschema.....	32
Appendix B: Informatieflyer participanten	35
Appendix C: Informed Consent	36

1. Inleiding

De forensische geestelijke gezondheidszorg (FGGZ) is een combinatie van diagnostiek en behandeling van mensen met een psychopathologie van wie het gedrag leidde of zou kunnen leiden tot criminele daden. Hierbij is een opgelegde behandeling eerder regel dan uitzondering (Arboleda-Flórez, 2006; Mullen, 2000). Dit alles maakt de FGGZ een unieke tak van de zorg. Het verminderen van de kans op recidive, risico inschatting en risicomanagement zijn de belangrijkste taken van de forensische zorg (Mullen, 2000; van der Veeken, Lucieer, & Bogaerts, 2018). Twee verschillende soorten behandelingen kunnen toegepast worden: klinisch, waarbij de patiënt in de instelling verblijft, en ambulant, waarbij de patiënt vanuit het eigen verblijf de behandelaar op de instelling bezoekt (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2018). Bij behandelingen in de (F)GGZ wordt steeds meer gebruik gemaakt van eHealth, omdat eHealth interventies kunnen dienen als aanvulling op bestaande face-to-face behandelingen (Garber et al., 2014; Livingston, Nijdam-Jones, & Brink, 2012). De World Health Organisation (WHO, 2018) omschrijft eHealth als het gebruik van technologie, vaak ICT, om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen. De implementatie van dergelijke eHealth interventies blijkt echter een heikel punt. Vaak slaan eHealth interventies niet aan en in de FGGZ is weinig onderzoek verricht naar de oorzaak hiervan (Kip, Bouman, Kelders, & van Gemert-Pijnen, 2018).

De grote heterogeniteit van de forensische populatie zou het gebruik van eHealth lastig kunnen maken, aangezien dit ook een complicerende factor vormt bij de reguliere behandeling. Bij de forensische patiëntenpopulatie is namelijk sprake van grote variatie in het type psychopathologie, comorbiditeit, de soort overtreding en de risicofactoren voor recidive (van der Veeken et al., 2018; Young et al., 2018). Eigenschappen van forensische patiënten kunnen een belemmering vormen voor de behandeling, bijvoorbeeld een antisociale persoonlijkheidsstoornis, niet therapiegetrouw zijn, agressie en slecht inzicht hebben in de eigen gezondheid (Green, Batson, & Gudjonsson, 2011). Tevens is bij patiënten in veel gevallen sprake van een lage motivatie ten opzichte van de behandeling (Barello et al., 2015; Buntin, Burke, Hoaglin, & Blumenthal, 2011; Drieschner & Boomsma, 2008; Pereira-Azevedo & Venderbos, 2018). Ook is er vaak sprake van een laag opleidingsniveau en laaggeletterdheid (Greenberg, Dunleavy & Kutner, 2007). De complexiteit van deze patiëntpopulatie maakt het lastig om een gestandaardiseerd behandelprogramma aan te bieden en kan tevens een barrière vormen bij het inzetten van eHealth. Bijvoorbeeld, de effectiviteit van eHealth in de GGZ is met name aangetoond bij patiënten met minder complexe problematiek dan de problematiek die met name voorkomt in de FGGZ (Bierbooms et al.,

2015). Differentiatie binnen de behandeling is daarom van belang, dit kan gedaan worden door het aanbieden van patiëntgecentreerde zorg. Patiëntgecentreerde zorg houdt in dat de patiënt een actieve rol speelt in zijn behandeling, de behoeften en belangen van deze voorop staan en de behandeling wordt aangepast op de eigenschappen van de individuele patiënt (Geller, 2012). Een van de meest gebruikte modellen bij een patiëntgecentreerde behandeling in de FGGZ is het Risk-Need Responsivity Model (RNR-Model) van Bonta en Andrews (2007). Dit model omvat het idee dat de intensiteit en frequentie van de behandeling gebaseerd moeten worden op het criminele gedrag en dat de risicofactoren van het criminele gedrag van de individuele patiënt aan bod moeten komen. Met name het 'Responsivity' principe sluit aan bij het idee van een patiëntgecentreerde behandeling door bij de behandeling rekening te houden met de eigenschappen, vaardigheden en achtergrond van de dader. Dit model speelt dus in op de heterogeniteit van de forensische populatie waardoor de behandeling beter aanslaat (Bonta & Andrews, 2007).

Wanneer eHealth op de juiste manier ontwikkeld en geïmplementeerd wordt, kan het dienen als een aanvulling op het RNR-Model en zou het kunnen inspelen op de huidige knelpunten in de FGGZ. In veel gevallen is het personaliseren van een eHealth interventie mogelijk, dit houdt in dat de inhoud van een eHealth interventie aangepast kan worden op de behoeften, interesses en persoonlijkheid van de patiënt (Oinas-Kukkonen & Harjumaa, 2009). Een personaliseerbare interventie zorgt ervoor dat de technologie bij een individu past en aansluit op de complexiteit van de forensische patiëntenpopulatie (Kip et al., 2018). Tevens kan eHealth patiënten meer motiveren voor de behandeling door zeggenschap en betrokkenheid bij de eigen behandeling te bieden en aan te sluiten op de interesses van de patiënt (Barello et al., 2015; Buntin, Burke, Hoaglin, & Blumenthal, 2011; Pereira-Azevedo & Venderbos, 2018). Ook kan technologie rekening houden met de laaggeletterdheid van patiënten in de FGGZ, bijvoorbeeld door het gebruik van afbeeldingen en video's (Greenberg et al., 2017). Deze kenmerken van eHealth interventies maakt dat het aansluit bij de complexe aspecten van de forensische populatie. Er kan dus gesteld worden dat eHealth een toegevoegde waarde kan hebben bij de behandelingen in de FGGZ, echter blijft het onderzoek naar dergelijke eHealth interventies in de FGGZ achter (Kip et al., 2018).

De verwachte voordelen van eHealth interventies zijn in veel gevallen in de praktijk nog niet te zien, onder andere omdat er weinig onderzoek is gedaan naar de implementatie (Bierbooms et al., 2015; Kip et al., 2018). Systematisch onderzoek met betrekking tot de implementatie van eHealth in de FGGZ ontbreekt (Kip et al., 2018). Veelvoorkomende problemen met de implementatie van eHealth in het algemeen zijn een slechte adoptie van de

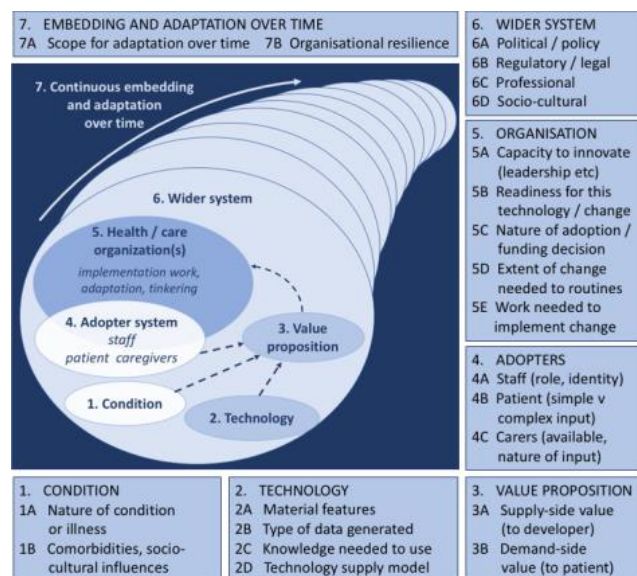
interventie door de behandelaren en patiënten die het gebruik staken (van Limburg et al., 2011). Verwacht wordt dat dit met name in de forensische sector van toepassing is aangezien de kans van slagen van implementatie nog kleiner is in een complexe setting, zoals het geval is bij de complexe patiëntenpopulatie in de FGGZ (Greenhalgh et al., 2017; van der Veeke et al., 2018; Young et al., 2018). Tevens worden stakeholders niet voldoende betrokken bij de implementatie, waardoor de interventie niet aansluit op de wensen van de eindgebruikers (van Limburg et al., 2011). Uit kleinschalig onderzoek in de FGGZ bleek het nalaten van het aanbieden van voldoende scholingsmogelijkheden voor behandelaren tevens een belangrijk probleem (Bierbooms et al., 2015). Het aanwijzen van een behandelaar als ‘voorloper’ met betrekking tot eHealth bleek een succesfactor te zijn. Deze voorloper zou als taak hebben om overige behandelaren te enthousiasmeren. Tevens bleek het stimuleren vanuit het management belangrijk en het faciliteren van benodigde middelen (Bierbooms et al., 2015).

Implementatie van een eHealth interventie is complex, omdat er rekening gehouden moet worden met verscheidene factoren. Volgens het op literatuuronderzoek gebaseerde

Nonadoption, Abandonment, Scale-up, Spread and Sustainability (NASSS) framework van Greenhalgh et al. (2017) zijn dit de aandoening, de technologie, de toegevoegde waarde, het adoptiesysteem, de organisatie en de context. Een combinatie van deze factoren en de interactie hiertussen zorgt voor het slagen of falen van een technologische interventie. Deze zeven factoren hangen allemaal samen met behandelars-, technologische-, contextuele- en patiëntaspecten (Greenhalgh et al., 2017; Pereira-Azevedo & Venderbos, 2018). Een holistische benadering is hierbij van belang,

aangezien alle aspecten samenhangen en invloed op elkaar uitoefenen (Bowen, 2016). Een uitgebreidere verklaring van het NASSS-model is te zien in Figuur 1. In een ideale situatie wordt rekening gehouden met alle genoemde factoren bij het implementeren van een eHealth interventie en het gebruik op lange termijn en slaagt de interventie (Greenhalgh et al., 2017).

Behandelaren spelen een belangrijke rol in de implementatie van een eHealth interventie (Greenhalgh et al., 2017). De eHealth Monitor 2017 (Wouters et al., 2017) laat zien



Figuur 1. NASSS-Framewerk. Het figuur omschrijft de subcategorieën van belangrijke implementatiefactoren (Greenhalgh et al., 2017).

dat eHealth in veel gevallen nog onvoldoende gebruikt wordt door behandelaren. Uit een meta-analyse waarin het effect van eHealth onderzocht werd, bleek een sterke connectie tussen tevredenheid over eHealth bij behandelaren en het effect van eHealth. Hierbij hadden studies die de tevredenheid van behandelaren wel in kaart brachten, minder vaak een positieve conclusie over eHealth dan wanneer dit niet gedaan werd (Buntin et al., 2011). Het belang van acceptatie door behandelaren en het huidige gebrek hieraan wordt ook in andere onderzoeken onderstreept (Absalom-Hornby, Hare, Gooding, & Tarrier, 2012; Kip et al., 2018). Om deze reden is het van belang de rol van behandelaren bij de implementatie te onderzoeken, want behandelaren zullen eHealth hoogstwaarschijnlijk niet toepassen in de behandeling wanneer zij niet achter het gebruik hiervan staan.

EHealth interventies gebaseerd op cognitieve gedragstherapie worden relatief veel gebruikt en onderzocht in de FGGZ (Kip et al., 2018). Een voorbeeld van een dergelijke interventie is Minddistrict. Minddistrict belooft persoonlijke zorg te leveren die aansluit bij de patiënt, en kan ook gebruikt worden in de FGGZ. Hierin kan ook het Responsivity-principe van het RNR-model worden herkend (Bonta & Andrews, 2007). Er is sprake van een heterogene aanpak om gedragsverandering te bewerkstelligen door middel van de vele aanpasbare functionaliteiten. Behandelaren kunnen bepaalde modules klaarzetten voor hun patiënten, en de patiënten kunnen deze doorlopen. Ook is het mogelijk een dagboek bij te houden, berichten te versturen, plannen te maken, vragenlijsten af te nemen, trainingen te volgen, te videobellen en een social-supportnetwerk op te bouwen (Minddistrict, 2018). Echter blijkt uit de praktijk dat het potentieel van Minddistrict in de FGGZ nog niet voldoende wordt benut (Bierbooms et al., 2015).

Al met al blijkt dat implementatie van eHealth in de FGGZ complex is waardoor het in veel gevallen nog onvoldoende wordt toegepast (Kip et al., 2018; Wouters et al., 2017). Het huidige onderzoek is van belang, aangezien het de promotende en belemmerende factoren ten opzichte van eHealth in de FGGZ vanuit behandelaarsperspectief in kaart zal brengen. Door inzicht te verkrijgen in deze factoren kan een eHealth interventie op de manier geïntroduceerd worden die behandelaren het meeste aanspreekt en kunnen behandelaren ondersteund worden in het gebruik op lange termijn. Hierdoor zullen behandelaren het eerder toepassen in de behandeling wat verscheidene voordelen kan opleveren (e.g. Barelo et al., 2015; Buntin, Burke, Hoaglin, & Blumenthal, 2011; Garber et al., 2014; Pereira-Azevedo & Venderbos, 2018). De vraag die centraal staat in dit onderzoek luidt daarom als volgt: Welke factoren hangen samen met het gebruik van Minddistrict in de ambulante FGGZ bij de behandeling van patiënten volgens behandelaren? Hierbij zullen de volgende deelvragen gehanteerd

worden, gebaseerd op het NASSS-Framework van Greenhalgh et al. (2017): Welke factoren gerelateerd aan de technologie hangen samen met het gebruik van Minddistrict in de behandeling volgens behandelaren?; Welke factoren gerelateerd aan de forensische context hangen samen met het gebruik van Minddistrict in de behandeling volgens behandelaren? Het onderzoek zal uitgevoerd worden bij Transfore, polikliniek de Tender locatie Enschede.

2. Methode

2.1 Setting

Het onderzoek is uitgevoerd op polikliniek de Tender van Transfore Enschede. Hier wordt ambulante behandeling geboden aan patiënten die met name problemen ondervinden op het gebied van agressie en seksualiteit (Transfore, 2018). Op de Tender in Enschede zijn tevens behandelaren werkzaam bij het forensisch Flexible Assertive Community Treatment (FACT) dat patiënten thuis langdurig behandelt. Op de Tender wordt al langere tijd gewerkt met Minddistrict. De pilottests zijn begonnen in 2012 en rond 2015 is Minddistrict aan alle behandelaren op de Tender geïntroduceerd.

2.2 Participanten

De doelgroep van het onderzoek waren alle behandelaren van de Tender Enschede. Het inclusiecriteria hield in dat de participant geschoold moest zijn in het gebruik van Minddistrict door middel van een cursus of uitleg door collega-behandelaar. In totaal namen 20 participanten deel aan het onderzoek. Van deze participanten bleken naderhand 2 niet aan de inclusiecriteria te voldoen gezien het gebrek aan scholing en zijn dus niet meegenomen in de verdere analyse. Uiteindelijk bleven er 18 participanten over, waarvan 10 vrouwen en 8 mannen. De participanten waren tussen de 28 jaar en 60 jaar, met een gemiddelde leeftijd van $M = 42.5$ jaar, $SD = 10.46$. Drie in de functie van maatschappelijk werker, twee systeemtherapeut, vier basispsycholoog, een psycholoog in opleiding tot GZ-psycholoog, een forensisch psychiatrisch medewerker, een traumatherapeut, twee GZ-psycholoog, twee agoog, een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige en een klinisch psycholoog. Acht behandelaren waren werkzaam bij het FACT, de overige 10 behandelaren waren werkzaam op de polikliniek. De behandelaren werkten 6 maanden tot 5 jaar op deze locatie, met een gemiddelde van $M = 3.2$ jaar en $SD = 1.5$. De participanten waren 8 maanden tot 29 jaar werkzaam in het forensische werkveld, met $M = 13.18$ jaar en $SD = 8.68$.

2.3 Materialen en procedure

Het onderzoek is voorgelegd aan zowel de ethische commissie van de Universiteit Twente als aan de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van Dimence Groep en is door beide instanties goedgekeurd. Er is bekendheid voor het onderzoek verworven door middel van een introductie in de teamvergadering van de Tender en flyers in de postvakjes van behandelaren (Appendix B). In het onderzoek werd gebruik gemaakt van een semigestructureerd interviewschema, te vinden in Appendix A. De interviews vonden plaats op polikliniek de Tender te Enschede. Voorafgaand aan het onderzoek zijn twee pilot-interviews uitgevoerd met twee leden van de E-Mental Health projectgroep van de Tender, om de toepasbaarheid van het interviewschema te analyseren en eventuele verbeterpunten te identificeren. Op basis hiervan zijn enkele verbeteringen doorgevoerd in het definitieve interviewschema. Er bleek bijvoorbeeld dat er behandelaren waren die op het moment geen gebruik maakten van Minddistrict. In verband met irrelevantie van een aantal vragen in deze situatie, zijn er enkele aanpassingen gedaan. In de categorie ‘Huidig gebruik’ moesten de vragen 8, 9, 11 en 12 overgeslagen worden en wat betreft de categorie ‘Voordelen voor gebruik’ zijn er vervangende, meer hypothetische vragen bedacht. Een voorbeeld hiervan is vraag 15: *“Welke voordelen zou u kunnen ervaren bij het gebruik van Minddistrict?”* De veranderingen aan het interviewschema waren echter zo miniem dat is besloten om de pilotinterviews wel mee te nemen in de analyse.

Het interview startte met een korte uitleg van het onderzoek, plus het aanbieden van een informed consent (Appendix C). Hierna volgden 22 open vragen, onderverdeeld in zes categorieën, te vinden in Tabel 1. Enkele vragen werden gesteld in meerkeuzevorm, waarbij de participant op een vijfpunts-Likertschaal antwoord kon geven, hierbij werd ‘waarom’ gebruikt als probe.

Tabel 1. *Opbouw interview met categorieën, aantal vragen en voorbeeldvraag*

Categorie	Aantal vragen	Voorbeeldvraag
Demografische gegevens	3	Hoelang bent u in dienst bij Transfore?
Implementatie	3	Hoe en wanneer bent u voor het eerst in aanraking gekomen met Minddistrict?
Huidig gebruik	8	Gebruikt u altijd alle sessies uit alle modules of maakt u keuzes?

Voordelen voor gebruik	3	Welke voordelen ervaart u bij het gebruik van Minddistrict?
Optimale situatie	1	Stel, we gaan twee/drie jaar vooruit in de tijd. Hoe ziet u het gebruik van Minddistrict dan voor u in de optimale situatie?
Barrières voor gebruik	4	Zijn er ook nog factoren die te maken hebben met behandelaars waardoor het gebruik van Minddistrict soms lastig is?

Het interviewschema is gebaseerd op het NASSS-framework van Greenhalgh et al. (2017). Dit is met name terug te zien in de categorie ‘Barrières voor gebruik’. In deze categorie zijn de behandelaars-, patiënt-, context- en techniekfactoren uitgevraagd. In totaal duurden de interviews gemiddeld $M = 41$ minuten met $SD = 10$ minuten, met een minimum van 26 minuten en een maximum van 61 minuten.

2.4 Data-analyse

Na de interviews zijn de opnames verbatim getranscribeerd, met uitzondering van de privacygevoelige data. Vervolgens zijn deze inductief gecodeerd. Dit is gedaan door middel van de ‘constant comparison’ methode, waarbij nieuwe interviews vergeleken worden met bestaande codes. Het codeerschema is gedurende het iteratieve codeerproces meerdere malen aangepast om zo data-saturatie te bereiken. Dit proces begon met het doornemen van 10 interviews. Op basis hiervan zijn overkoepelende thema’s in kaart gebracht door de onderzoeker. Hieruit zijn de initiële codes met definities voortgekomen. Vervolgens zijn 2 interviews gefragmenteerd: het selecteren en markeren van zinsdelen op basis van de relevantie voor de onderzoeksvragen. Codes zijn toegekend aan deze fragmenten. Dit proces van coderen en aanpassen is herhaald totdat alle interviews gecodeerd waren.

3. Resultaten

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden wordt als eerste kort de achtergrond van het gebruik van Minddistrict beschreven. Vervolgens zal dieper in worden gegaan op de codes die voortgekomen zijn uit de interviews.

3.1 Cijfers gebruik en oordeel behandelaren

In de interviews gaven de behandelaren aan Minddistrict op het moment te gebruiken bij 0 tot maximaal 8 patiënten, met $M = 2.17$ en $SD = 2.43$. Op het moment van het interview gebruikten zeven behandelaren Minddistrict bij geen enkele patiënt. Hiervan hadden twee behandelaren Minddistrict nog nooit gebruikt, ondanks dat deze wel geschoold waren. De uitkomsten van de meerkeuzevragen uit het interview zijn opgenomen in Tabel 2. Op alle categorieën wordt rond de 3 gescoord, wat aangeeft dat de behandelaren gemiddeld de eerste indruk, de introductie en het huidige gebruik van Minddistrict als neutraal ervaren.

Tabel 2. Oordeel behandelaren over eerste indruk, implementatie en huidig gebruik ($n = 17^*$)

Categorie vraag	Minimum score	Maximum score	M	SD
Eerste indruk	2	5	3.59	.69
Introductie	2	5	3.76	.73
Huidig gebruik	2	4	3.41	.77

Noot. Score 1 = zeer slecht (minimum), score 5 = zeer goed (maximum)

* Elke vraag kon afwisselend door een participant niet beantwoord worden

3.2 Codeerschema

De behandelaren uitten een grote variëteit aan factoren die samenhangen met behandelaren, de techniek en de context in de interviews. Op basis hiervan is een codeerschema ontwikkeld. De codes zijn opgedeeld in drie categorieën: Behandelaarsfactoren, Technologische factoren en Contextuele factoren.

Tabel 3. Codeerschema interviews met definities, opgedeeld factoren die samenhangen met het gebruik van Minddistrict (MD)

Code	n= (n*=)	Definitie code
<i>Behandelaarsfactoren</i>		
Tijd	59 (18)	Behandelaren denken dat Minddistrict een tijdsinvestering van de behandelaar vergt, maar ook een tijdsvoordeel op kan leveren.
Attitude MD	47 (16)	De mening en ideeën van behandelaren ten opzichte van het werken met MD
Behandelroutine	47 (13)	Mate waarin MD geïntegreerd is in de standaard manier van behandelen
Patiëntcontact	45 (14)	De mening van behandelaren over MD als een andere manier om contact te maken met patiënten, naast regulier face-to-face contact

Kennis en vaardigheden	42 (16)	Hoe de behandelaren de eigen kennis van MD inschatten en of ze kunnen werken met MD
Affiniteit technologie	23 (8)	Interesse en handigheid van gebruik van behandelaren van technische apparaten
Aannames over patiënt	22 (10)	Behandelaren gebruiken vermoedens over eigenschappen van de patiënt als reden om MD niet te gebruiken of geven juist aan dat dit geen reden zou moeten zijn om MD niet te gebruiken
Structuur	19 (9)	Het gebruik van MD kan de face-to-face behandeling ordenen
<i>Technologische factoren</i>		
Gebruiksvriendelijkheid	74 (17)	De hanteerbaarheid van de functies en opties binnen MD
Overzicht modules	25 (12)	Het grote aantal modules zorgt ervoor dat behandelaren zich hierin lastig kunnen oriënteren
Inhoud MD	20 (10)	De mening van behandelaren over de inhoudelijke strekking van MD
<i>Contextuele factoren</i>		
Aandacht MD vanuit management	55 (17)	In welke mate het management van Transfore aandacht schenkt aan MD
Inhoudelijke ondersteuning	53 (14)	Hulp zoals uitleg en cursussen, en hulpmiddelen voor het gebruik van MD
Ideeën eisen zorgverzekeraars	32 (13)	Ideeën van behandelaren over de verplichtingen en achterliggende motieven van zorgverzekeraars met betrekking tot het gebruik van MD
Introductie MD	28 (14)	De mening van behandelaren over hun eerste kennismaking met MD
Communicatie collega's MD	24 (11)	MD als informeel gespreksonderwerp tussen collega's buiten vergaderingen
Technische randvoorwaarden	21 (8)	De middelen en faciliteiten die nodig zijn om gebruik te maken van MD op locatie
Behandelaanbod	7 (5)	MD maakt dat Transfore meer manieren van behandeling aan kan bieden

Noot. *Aantal verschillende behandelaren dat de factor die samenhangt met gebruik heeft genoemd

3.2.1 Behandelaarsfactoren

Tijd

De code 'Tijd' geeft weer dat behandelaren dachten dat het gebruiken van Minddistrict een tijdsinvestering van de behandelaar vergt, maar ook een tijdsvoordeel op kan leveren. Uit de interviews bleek namelijk dat behandelaren Minddistrict door een groot aantal behandelaren werd ervaren als een factor die extra tijd kost, zowel om deze te integreren als werkende te

houden in de behandeling. Het integreren van Minddistrict kostte tijd omdat de behandelaar voor aanvang van het gebruik zich moest verdiepen in het programma. Ook het ‘actief’ houden van Minddistrict tijdens de behandeling werd als lastig ervaren. Afspraken maken over het nakijken van modules met de patiënt en tijd inplannen in de eigen agenda vormden hierbij knelpunten. De behandelaars gaven aan de noodzaak van deze tijdsinvestering te zien, maar ervoeren dit als onmogelijk vanwege de werkdruk. Minddistrict had in deze situaties niet de prioriteit en werd ervaren als een extra last.

Wanneer Minddistrict wel werd ingezet, kostte dit volgens een aantal behandelaars minder tijd dan een reguliere face-to-facebehandeling. Minddistrict kwam bijvoorbeeld direct ter zake, terwijl in de reguliere behandeling eerst nog allerlei randzaken behandeld werden. Tevens konden de behandelaars Minddistrict gebruiken en inplannen wanneer ze dit zelf wilden, dit was eenvoudiger dan het plannen van een afspraak met een patiënt.

Attitude MD

De code ‘Attitude Minddistrict’ beschrijft de mening en ideeën van behandelaars ten opzichte van het werken met Minddistrict. Binnen deze code valt een tweescheiding te maken tussen een positieve en een negatieve attitude. Een deel van de behandelaars gaf aan niet enthousiast te zijn over het gebruik. Ze gaven aan het gebruik oninteressant te vinden en vonden het lastig om motivatie hiervoor te vinden. Tevens werd er gesproken over twijfels over de werking en de meerwaarde, niet altijd gebaseerd op eigen ervaringen met Minddistrict. Sommige behandelaars hadden een negatieve attitude op het moment van afnemen van het interview, anderen gaven aan dit in het verleden te hebben gevoeld.

Een groot deel van de behandelaars gaf aan het potentieel van Minddistrict wel te zien en ervoerde het als belangrijk om erin te investeren, omdat het een steeds grotere rol zou gaan spelen. Minddistrict werd ervaren als een aanvulling op de behandeling en met name de ‘blended’ behandeling, een combinatie van face-to-facegesprekken en Minddistrict, werd positief ervaren. Om deze redenen waren deze behandelaars gemotiveerd voor het gebruik. Enkelingen waren oprecht heel erg enthousiast over Minddistrict. Een voorbeeld hiervan is Behandelaar 13:

Als ik ermee bezig ben en ik heb een patiënt, ik vind het prachtig. Ik vind het leuk om te doen. En dat is denk ik ook van belang dat de patiënt een behandelaar heeft die er enthousiast over is. Die dat enthousiasme heeft. Heb je dat enthousiasme niet, forget it (Behandelaar 13, 2018).

Behandelroutine

De code ‘Behandelroutine’ houdt in dat Minddistrict nog niet geïntegreerd blijkt in de standaard manier van behandelen. Een groot deel van de behandelaars vond ook dat ze zelf meer gebruik van Minddistrict moesten maken, maar omdat het nog geen onderdeel was van de standaard behandelroutine werd er niet aan gedacht om het in te zetten. Behandelaar 10 omschreef dit als volgt:

Ja het eerste wat mij te binnen schiet is dat het niet voor de hand liggend is, van oh ik zal EMH even raadplegen. Je bent heel erg geneigd om als je ergens tegenaan loopt dat te bespreken met collega's of de regiebehandelaar opzoeken. Je gaat niet meteen naar EMH en kijken of daar de oplossing kan liggen (Behandelaar 10, 2018).

De oude manier van werken was voor een aantal behandelaars het meest voor de hand liggend en daardoor het meest makkelijk. Omdat Minddistrict een verandering in de manier van werken vereiste, bevond bij veel behandelaars de barrière voor gebruik zich in deze omschakeling.

Patiëntcontact

‘Patiëntcontact’ omschrijft de mening van behandelaars over het feit dat Minddistrict een andere manier is om contact te maken met patiënten, naast regulier face-to-face contact. De meningen hierover waren verdeeld. Aan de ene kant werd genoemd dat het door Minddistrict mogelijk is om patiënten te bereiken die eerder niet bereikt konden worden. Behandelaars waren niet meer afhankelijk van de behandelafspraken, maar konden op ieder gewenst moment en op afstand contact opnemen met de patiënt. Er werd genoemd dat patiënten in veel gevallen niet op kwamen dagen en Minddistrict een manier kon zijn om toch contact op te nemen met deze patiënten. Aan de andere kant werd gevreesd dat het face-to-facecontact af zou nemen door het gebruik van Minddistrict. Enkele behandelaars ervoeren Minddistrict als afstandelijker dan face-to-facecontact. Contact opbouwen op deze manier zou lastiger zijn. Meerdere malen werd genoemd dat behandelaars dit beroep hadden gekozen vanwege het werken met mensen en dat ze het jammer vinden dat ze in plaats daarvan veel met de computer moesten werken. De volgende uitspraak is hier een voorbeeld van:

En je moet al zoveel achter de computer zitten, weet je. En dan vind ik het soms wel jammer, het moet niet zo zijn dat het 55% van het behandelcontact vervangt, vooral niet in het forensische denk ik hoor (Behandelaar 5, 2018).

Echter waren niet alle behandelaars het hier mee eens. Behandelaar 9 gaf bijvoorbeeld aan dat dit een manier van kijken naar de GGZ was en was van mening dat patiënten goed in staat waren om thuis een deel van de behandeling te doorlopen.

Kennis en vaardigheden

De code ‘Kennis en vaardigheden’ gaat over hoe de behandelaars de eigen kennis van Minddistrict inschatten en of ze kunnen werken met Minddistrict. Ongeveer de helft van de behandelaars gaf aan genoeg kennis te hebben over Minddistrict, de andere helft had behoefte aan extra uitleg. Geen inzicht in de beschikbare functies, geen kennis over modules en een gebrek aan algemene kennis over Minddistrict werden als barrières genoemd. Wanneer Minddistrict niet gebruikt werd, gaven behandelaars aan er niet ‘in’ te zitten. Behandelaar 13 gebruikte een metafoor om dit fenomeen te omschrijven:

Als je een keer, als je het snapt moet je er gewoon doorheen gaan en het aanklikken en het proberen en oefenen en hoe vaker je het doet, hetzelfde met autorijden, hoe vaker je het doet hoe beter je kan autorijden. Maar als jij nooit autorijdt kan je wel een rijbewijs hebben maar dat wordt niks, haha (Behandelaar 13, 2018).

Behandelaar 20 zag dit ook gebeuren bij het gebruik van Minddistrict van enkele andere behandelaars. Deze gaf aan dat behandelaars met meer kennis en ervaring met betrekking tot Minddistrict ook vaker patiënten toegewezen kregen die dit nodig hadden. Volgens deze behandelaar hield dit het gebrek aan kennis van de eerdergenoemde groep behandelaars in stand.

Affiniteit Technologie

De code ‘Affiniteit technologie’ beschrijft de interesse en handigheid van gebruik van technische apparaten van de behandelaar. Dit hing volgens de behandelaars in veel gevallen samen met de leeftijd. Een aantal behandelaars gaf aan niets te hebben met technische apparaten als computers en moderne mobiele telefoons. Deze vonden het niet leuk om hiermee te werken en in veel gevallen ook lastig. Er werd ervaren dat enkele oudere collega’s meer moeite hadden met het werken met technologie dan de jongere collega’s.

Aannames over patiënt

‘Aannames over patiënt’ omschrijft de situaties waarin behandelaars vermoedens over de eigenschappen van de patiënt als reden gebruikten om Minddistrict niet te gebruiken of gaven juist aan dat dit geen reden zou moeten zijn om Minddistrict niet te gebruiken. Er werden door

meerdere behandelaren aannames gedaan over de motivatie van de patiënt: doordat de motivatie bij de patiënt in sommige gevallen ontbrak volgens de behandelaar, werd de motivatie van de behandelaren zelf ook verminderd. Een andere aanname die een aantal keren werd teruggevonden komt naar voren in de volgende uitspraak:

Soms weet ik van tevoren al 'deze gaat het toch niet gebruiken' en misschien is dat dan wel zo'n selffulfilling prophecy, dat zou kunnen. Maar ja, dan ben ik al niet zo heel geneigd om het dan op te gaan zetten (Behandelaar 9, 2018).

Dat het wel inzetten van Minddistrict ondanks dergelijke vermoedens toch succesvol kon zijn, bewees Behandelaar 13:

Er zijn volgens mij geen redenen om het niet te doen. Waarom? Omdat ik erachter ben gekomen toen ik dacht 'bij die man moet je het nooit doen, kan niet goed komen' en blijkt dus dat, het is bijna een succesverhaal. Dus ik zie dan ook een kant van een patiënt waarvan ik denk die heb ik nog nooit gehad joh. Wat goed... (Behandelaar 13, 2018).

Structuur

De code 'Structuur' geeft aan dat het gebruik van Minddistrict de behandeling kan ordenen. Minddistrict kon als een basis voor de behandeling worden gebruikt, wat volgens behandelaren maakte dat de behandeling geven makkelijker was omdat de lijn van de behandeling duidelijk was en vaststond. Dit was met name handig bij de patiëntenpopulatie die Transfore behandeld, omdat de behandeling met deze patiënten in veel gevallen chaotisch verliep. Minddistrict hielp de therapie te kaderen. Bovendien kon Minddistrict volgens Behandelaar 9 ook structuur aanbrengen op een hoger niveau, namelijk tussen patiënten:

Dat patiënten bepaalde stukken van hun zorg altijd hetzelfde krijgen, dus ongeacht bij welke behandelaar ze zitten. Ongeacht welke therapievorm. Dus bepaalde stukken, waarvan ik vind dat forensische patiënten ze altijd zouden moeten doen, dat die dan ook altijd worden gedaan (Behandelaar 9, 2018).

3.2.2 Technologische factoren

Gebruiksvriendelijkheid

De code 'Gebruiksvriendelijkheid' beschrijft de hanteerbaarheid van de functies en opties binnen Minddistrict. Behandelaren ervaarden verschillende problemen met de gebruiksvriendelijkheid van Minddistrict, maar noemden ook eigenschappen die wel gebruiksvriendelijk waren. Volgens alle behandelaren werkte Minddistrict vrijwel altijd, en

liep weinig vast. Tevens werd het programma door het grootste deel van de behandelaren niet als ingewikkeld ervaren, maar als begrijpelijk. Wat betreft het oriënteren binnen het programma gaf een kleine meerderheid aan hier geen problemen mee te ervaren, terwijl de overige behandelaren het oriënteren lastig vonden. Een aantal behandelaren gaf tevens aan functies te missen, zoals een optie om modules te printen of reminders wanneer een patiënt niets doet binnen Minddistrict. Ook werden er een aantal functies van Minddistrict genoemd die lastig te hanteren zijn, of niet zo werkten als de behandelaar had gewild. De volgende uitspraak is daar een voorbeeld van:

Nou dat was dus met dat koppelen met de andere behandelaar. Daar snapte ik in het begin niet zo veel van. En toen ik het toch voor elkaar had, had ik er geen ruk aan, omdat er maar één iemand de huiswerk opdrachten kan bekijken. En dat nadat je zo druk bezig was geweest. Dat vind ik stom (Behandelaar 16).

Overzicht modules

De code ‘Overzicht modules’ omvat het idee dat het grote aantal modules ervoor zorgt dat behandelaren zich hierin lastig kunnen oriënteren. De grote hoeveelheid modules is door enkelingen genoemd als een voordeel, dit zorgt voor een ruime keuze. Echter bleek dit voor het merendeel van de behandelaren een nadeel. Wel bevatte Minddistrict een zoekfunctie, waarmee specifieke modules kunnen worden gevonden. Een deel van de behandelaren was echter niet op de hoogte van het bestaan van deze functie. De volgende quote geeft aan hoe het gebrek aan overzicht ervoor zorgt dat behandelaren Minddistrict niet gebruiken:

Ehm, ja want er zijn soms wel dingen dat ik denk 'oh er zal vast iets voor in Minddistrict staan, maar dan moet ik dat helemaal doorzoeken', en ik weet niet precies hoe ik dat op een makkelijke manier kan zoeken, dus laat maar (Behandelaar 11, 2018).

Tevens verlangden behandelaren naar een papieren lijst die een overzicht van alle modules bevat, omdat ze van mening waren dat dit zou kunnen helpen bij het uitkiezen van de juiste module. Echter gaven andere behandelaren aan dat een dergelijke lijst al bestond.

Inhoud Minddistrict

‘Inhoud Minddistrict’ dekt de mening van behandelaren over de inhoudelijke strekking van Minddistrict. Het overgrote deel van de behandelaren was positief over de inhoud van Minddistrict. Deze vonden de modules inhoudelijk goed, met goede informatie. Behandelaren gaven bijvoorbeeld aan dat deze informatie ook voor henzelf kon dienen als geheugensteuntje

of opfrisser. Behandelaar 18 was echter als enige kritischer over de inhoud van de modules, zoals naar voren komt in een uitspraak over de psycho-educatie module over een narcistische persoonlijkheidsstoornis:

Dan zeg je tegen de patiënt, ik vermoed dat u een narcistische persoonlijkheidsstoornis heeft, lees dit maar eens. En dan staan er dingen zoals: onaangenaam persoon, uhm en dat soort dingen. Dan denk ik, HALLO dat leest hij over zichzelf?! (Behandelaar 18, 2018).

3.2.3 Contextuele factoren

Aandacht Minddistrict vanuit management

‘Aandacht Minddistrict vanuit management’ omvat de uitspraken die aangeven in welke mate het management van Transfore aandacht schenkt aan Minddistrict, bijvoorbeeld in de intake en de MDO’s. Uit de interviews kwam naar voren dat Transfore als organisatie volgens behandelaren meer zou kunnen doen om Minddistrict op de werkvloer op de voorgrond te plaatsen en deze hier te houden. De aandacht voor Minddistrict leek met ‘vlagen’ te komen, zo laat ook de volgende uitspraak zien:

Misschien toch wat vaker op de voorgrond plaatsen, nu hoor ik het weinig. In het begin had ik het wel eventjes gehoord, maar het is weer helemaal weg volgens mij. Het is in het begin even 'hot' weet je, en dan hoor je het, en dan in een keer wordt het toch wel weer snel vergeten (Behandelaar 5, 2018).

De behandelaren gaven aan wel e-mails van het management te ontvangen met betrekking tot Minddistrict, echter heerste de overtuiging dat dit voor de behandelaren niet de manier was om enthousiast te worden. Of Minddistrict moet worden toegepast in de behandeling wordt in veel gevallen besloten in de intake of in het daaropvolgende MDO, alleen werd hierin niet voldoende aandacht besteed aan Minddistrict volgens de behandelaren. Er werd genoemd dat deze vergaderingen haastig verlopen, waardoor er makkelijk over Minddistrict heen gekeken wordt en het geen prioriteit is. Vanuit de deelnemers aan deze vergadering werd het ook weinig geïndiceerd. Echter zijn er ook twee behandelaren, duidelijk de minderheid, die aangeven dat Transfore Minddistrict juist wel onder de aandacht brengt en dat deze hier geen barrière voor Minddistrict in zien.

Inhoudelijke ondersteuning

‘Inhoudelijke ondersteuning’ omvat hulp zoals uitleg, cursussen en hulpmiddelen voor het gebruik van Minddistrict. De behandelaren benoemden de inhoudelijke ondersteuning waar ze

op het moment al beschikking tot hadden, maar ook suggesties voor een verbeterde ondersteuning. Het merendeel van de behandelaren dacht dat er qua collega's voldoende mensen waren die gevraagd konden worden voor de benodigde ondersteuning. Tevens bestond er al een coördinator binnen het behandelteam die ondersteuning kon bieden, hoewel niet elke behandelaar hiervan op de hoogte leek te zijn. Een groot aantal behandelaren gaf aan een bijeenkomst of cursus te willen met collega's en eventueel een medewerker van Minddistrict, om op deze manier de kennis op te frissen. Behandelaar 18 noemt een aantal suggesties voor inhoudelijke ondersteuning:

Uhm een cursus (lacht), maar ook dat collega's die er meer mee bezig zijn, ja dat zou leuker zijn dan een cursus, dat zij laten zien hoe zij ermee gewerkt hebben. Dat ze inzicht geven in het behandelproces. Ja, dat vind ik ook leuk om te zien. Dan hoor je ook waar ze tegenaan lopen. Dus gewoon een team die daar mee bezig is. En ook een terugkoppeling van dit onderzoek, dat vind ik ook leuk (Behandelaar 18).

Echter waren er ook behandelaren die twijfelden of dit voor hen ondersteunend zou zijn. Ook vonden de behandelaren het lastig om te bepalen wie ze moesten bellen wanneer ze problemen ondervonden bij het gebruik van Minddistrict wanneer ze niet op de Tender aanwezig waren.

Ideeën eisen zorgverzekeraars

De code 'Eisen zorgverzekeraars' omvat ideeën van behandelaren over de verplichtingen en achterliggende motieven van zorgverzekeraars met betrekking tot het gebruik van MD, onder andere over financiële middelen. De behandelaren vermoedden dat de zorgverzekeraar het gebruik van eHealth eiste en dat er een quatum was waar ze aan moesten voldoen, en dat Minddistrict geld opleverde voor Transfore. Echter wisten de behandelaren niets te vertellen over de manier waarop dit gebeurt. Er was echter een behandelaar die wel uitlegde hoe een specifieke regel van zorgverzekeraars hem belemmerde om Minddistrict te gebruiken:

Nou, we mogen een half uur per dag niet-patiëntgebonden schrijven, dus dat betekent ja, je pauze en die ben je dan kwijt. Je moet het allemaal op patiënt schuiven. Dat betekent dat als ik een module wil zoeken voor jou, dat ik in jouw naam een uur lang die module moet gaan zoeken (Behandelaar 2, 2018).

Introductie MD

'Introductie Minddistrict' omvat de mening van behandelaren over hun eerste kennismaking met Minddistrict. Het merendeel van de behandelaren kreeg een Minddistrict-cursus

aangeboden toen de implementatie van Minddistrict bij Transfore plaatsvond, of wanneer ze bij Transfore kwamen werken. De behandelaren waarbij dit van toepassing was, waren zeer tevreden over de manier waarop dit is gegaan. Ze gaven aan dat de persoon die de cursus gaf enthousiast was en ervaaarden de uitleg als duidelijk. Echter waren er ook nog enkele uitzonderingen, die op andere manieren voor het eerst in aanraking kwamen met Minddistrict. Enkele behandelaren bijvoorbeeld hadden bij een vorige werkgever al gewerkt met Minddistrict en kregen niet opnieuw een cursus bij de introductie van Minddistrict bij Transfore zelf. Dit werd door Behandelaar 7 als volgt ervaren:

Maar als ik kijk naar de kennismaking heb ik meer het idee van 'jullie hebben destijds die cursus al gedaan dus ga maar gewoon beginnen', had ik meer het idee
(Behandelaar 7, 2018).

Tevens waren er nog behandelaren die bij aanvang van hun diensttijd bij Transfore geen cursus aangeboden hadden gekregen. Deze ontvingen enkel uitleg van collega's, maar ervaaarden dit wel als voldoende.

Communicatie collega's MD

De code 'Communicatie collega's MD' omschrijft hoe MD als informeel gespreksonderwerp terugkomt tussen collega's. Uit de interviews bleek echter dat Minddistrict nauwelijks werd besproken in de wandelgangen. Uit vrijwel alle interviews is gebleken dat behandelaren onderling niet tot nauwelijks over Minddistrict praten; op de werkvloer bleek Minddistrict niet te leven. Het was onder behandelaren onduidelijk hoe andere behandelaren over Minddistrict denken en of andere behandelaren dezelfde problemen en voordelen ervaaarden als zij. De volgende uitspraak illustreert dat behandelaren zelf de communicatie over Minddistrict wel van belang vonden:

Ik denk dat we het een beetje warm moeten houden met elkaar. Dat we het met elkaar erover hebben, want dan gaat het ook weer een beetje leven. Ik denk dat het hier nu niet echt leeft (Behandelaar 7, 2018).

Technische randvoorwaarden

'Technische randvoorwaarden' zijn de middelen en faciliteiten die nodig zijn om gebruik te maken van Minddistrict. Het ontbreken van deze randvoorwaarden maakt het gebruik van Minddistrict lastig of zelfs onmogelijk voor de behandelaren. Meerdere malen is aangegeven dat het internet op de Tender zeer traag is, wat het gebruik van Minddistrict in de weg staat. Tevens maakte het vastlopen van de computer het gebruik van Minddistrict lastig en werden

problemen ervaren bij het afspelen van de filmpjes binnen Minddistrict. Deze filmpjes wilden in sommige gevallen helemaal niet afspelen en in andere gevallen wilden deze enkel afspelen zonder geluid. Bij de vraag over de ideale situatie kon behandelaar 4 nog een aantal middelen noemen die voor haar tot de randvoorwaarden behoorden:

Ja, maar ook dat het (Minddistrict) aan de EPD wordt gekoppeld en het digibord. Dat je makkelijk het erbij kan pakken als de patiënt vragen heeft. Dan hoef je niet alles te herkauwen en kan je makkelijk kijken wat er al eerder is ingevuld (Behandelaar 4, 2018).

Behandelaanbod

De code ‘Behandelaanbod’ houdt in dat Minddistrict ervoor zorgt dat Transfore meer manieren van behandeling kan aanbieden. Er konden patiënten bereikt worden die voorheen met de reguliere behandeling niet of minder goed te bereiken vielen. Het toevoegen van Minddistrict aan het behandelaanbod zorgde er volgens de behandelaars voor dat de behandeling op de individuele patiënt aangepast kon worden. Volgens Behandelaar 2 niet alleen op patiëntniveau, maar ook op behandelaarsniveau:

Nou ja weet je, niet iedereen is geschikt voor EMH en niet iedereen behaalt dezelfde resultaten in de gesprekken. Je hebt dan gewoon een grote reach zeg maar. Ze kunnen dan zelf pakken wat ze willen (Behandelaar 2, 2018).

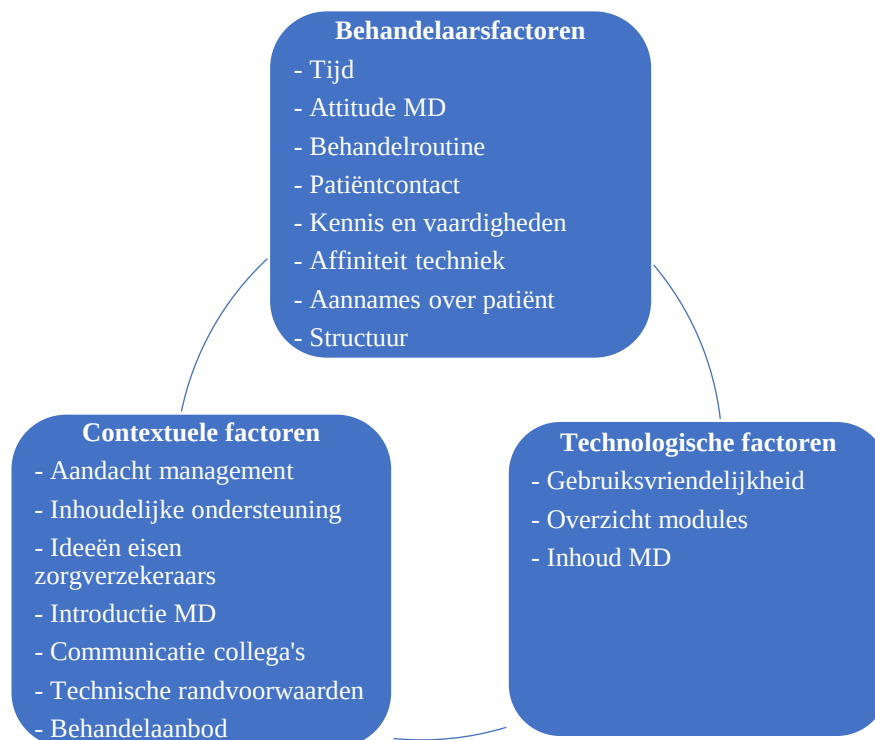
Door middel van Minddistrict konden behandelaars kiezen welke behandelmethode het best aansloot op de vaardigheden en capaciteiten die zij bezaten, waardoor ze de behandeling zo konden indelen dat deze de beste resultaten opleverde.

4. Discussie en Conclusie

4.1 Samenvatting resultaten

Het doel van het onderzoek was om de factoren die volgens behandelaars samenhangen met het gebruik van Minddistrict in de ambulante FGGZ in kaart te brengen. Het blijkt dat de barrières bij het gebruik van Minddistrict de voordelen overschaduwden. Uit de interviews kwam naar voren dat Minddistrict niet bij de behandelaars in het systeem zit. Dit wordt veroorzaakt door een combinatie van behandelaars-, technologische- en contextuele factoren. Qua behandelaarsfactoren maakten een negatieve houding ten opzichte van Minddistrict en het gebrek aan geroutineerd gebruik dat Minddistrict niet in het systeem van de behandelaars zit. Tevens ervaren behandelaars reeds een hoge werkdruk en hierbij werd Minddistrict beschouwd als extra werk, in plaats van als onderdeel van de behandeling. Vermoedelijk

hangt dit samen met het gebrek aan kennis over Mindddistrict: Wanneer een behandelaar niet voldoende op de hoogte is van de functionaliteiten van Mindddistrict zal het uitzoeken van bijvoorbeeld de juiste modules meer tijd kosten. Door het gebrek aan kennis kost het gebruiken van Mindddistrict meer tijd en doordat behandelaars het idee hebben dat Mindddistrict veel tijd kost zullen ze het niet inzetten, waardoor de kennis van Mindddistrict niet verbetert. Hierdoor komt Mindddistrict niet in de behandelroutine terecht. Tevens maakten contextuele factoren bij Transfore dat Mindddistrict niet bij de behandelaars in het systeem zit. Het gebrek aan inhoudelijke ondersteuning van Mindddistrict vormt voor een aantal behandelaars een barrière, iets wat direct gelinkt is aan de behandelersfactor kennis. Tevens is er sprake van een gebrek aan aandacht voor Mindddistrict, zowel vanuit het management als tijdens informeel contact onder collega's. Bovendien zijn behandelaars niet op de hoogte van de eisen die zorgverzekeraars stellen aan het gebruik van eHealth, waardoor de noodzaak van het gebruik niet wordt gezien. Het niet in het systeem zitten werd tevens gefaciliteerd door technologische factoren, aangezien behandelaars in sommige gevallen minder geneigd waren Mindddistrict te gebruiken vanwege problemen met het functioneren van het programma. Wanneer vanuit de technologische en contextuele aspecten niet voldoende gefaciliteerd wordt, zullen behandelaars Mindddistrict niet gebruiken en hetzelfde geldt omgekeerd. De behandelers-, technologische en contextuele factoren blijken daarom intergerelateerd en oefenen invloed op elkaar uit (Figuur 2).



Figuur 2: Verbanden tussen de categorieën van de codes: behandelersfactoren, technologische factoren en contextuele factoren

4.2 Mogelijke verklaringen resultaten

De bevinding dat behandelaars-, technologische en contextuele factoren samenhangen kan ook teruggevonden worden in het NASSS-Framework (Greenhalgh et al., 2017). Een holistische visie is nodig om het potentieel van Minddistrict te benutten. In de huidige situatie hebben de behandelaren in het verleden een enkele cursus aangeboden gekregen en is een behandelaar aangewezen als Minddistrict-coördinator. Het implementeren van een technologische interventie vereist echter meer dan alleen de techniek introduceren: contextuele en behandelaarsfactoren moeten mee veranderen. Het toevoegen van eHealth aan de behandeling zorgt ervoor dat de rol van de behandelaar verandert. In plaats van enkel de behandeling leiden en faciliteren wordt de behandelaar door eHealth een coördinator, een tussenpersoon tussen patiënt en techniek (Bowen, 2016). De behandelaarsfactoren van het huidige onderzoek reflecteren dit gegeven: behandelaren hebben moeite met het integreren van Minddistrict in de behandelroutine en vrezen voor verminderd patiëntencontact door de toevoeging van technologie. Deze verwachting van ingeperkte professionele relaties met patiënten komt ook in overige onderzoeken naar voren (e.g. Greenhalgh et al, 2017).

Het gebrek aan kennis van Minddistrict levert tevens problemen op bij het gebruik. Dat voldoende kennis van een eHealth interventie een essentiële factor is voor het accepteren en toepassen blijkt tevens uit verscheidene onderzoeken (Bierbooms et al., 2015; Li, Talaei-Khoei, Seale, Ray, & Macintyre, 2013). Een enkele Minddistrict cursus blijkt niet voldoende. Enkele behandelaren gaven aan voldoende kennis te hebben, maar uit de gegeven antwoorden op enkele vragen bleek dit niet het geval te zijn. Het toevoegen van een zoekfunctie binnen Minddistrict werd bijvoorbeeld genoemd als verbetering, hoewel deze reeds bestaat (Minddistrict, 2017). Tevens gebruikt een aantal behandelaren Minddistrict om de behandeling te standaardiseren in plaats van personaliseren, hoewel het laatstgenoemde juist een groot voordeel kan zijn van het inzetten van eHealth (Kip et al., 2018; Oinas-Kukkonen & Harjumaa, 2009; Talboom-Kamp, 2017). Door beperkte kennis maken de behandelaren dus niet optimaal gebruik van de verschillende mogelijkheden tot personalisering binnen Minddistrict.

Wat betreft organisatorische factoren is de toewijding van Transfore als organisatie aan Minddistrict een belangrijk punt. Het feit dat Minddistrict nog niet in het systeem van de behandelaren zit, wordt naar verwachting deels veroorzaakt door het gebrek aan aandacht vanuit het management. Dat een gebrek aan aandacht het gebruik negatief kan beïnvloeden en dat stimulans vanuit het management van belang is, werd ook in de literatuur gevonden (Bierbooms et al., 2015; Kifle, Payton, Mbarika & Meso, 2010; Li et al., 2013; Morton,

2009). Op de Tender wordt bijvoorbeeld volgens de behandelaren niet consequent genoeg aandacht besteed aan Minddistrict tijdens de intake en MDO-vergaderingen en behandelaren ervaren de ondersteuning vanuit Transfore nog niet als voldoende. Om deze redenen wordt verwacht dat het gebrek aan aandacht voor de implementatie het gebruik van Minddistrict in de weg staat.

De onwetendheid van behandelaren betreffende de eisen van zorgverzekeraars speelt tevens een rol bij het (niet) gebruiken van Minddistrict. Een systematic review die de voor- en nadelen van eHealth interventies in de FGGZ in kaart bracht observeerde ook het gebrek aan duidelijke regels en wetten met betrekking tot eHealth als barrière voor gebruik (Kip et al., 2018). De eisen met betrekking tot eHealth verschillen echter per verzekeraar. Dit maakt het voor Transfore als zorgaanbieder lastig om aan te voldoen, plus het feit dat de eisen niet concreet geformuleerd zijn (NVZ et al., 2017). Vanuit Transfore zelf is het percentage van 35% eHealth opgelegd, echter wist geen enkele behandelaar zich dit te herinneren.

De sociale context is tevens van belang. Behandelaren communiceren onderling weinig over Minddistrict maar geven wel aan behoefte te hebben aan uitwisselingen van ideeën over Minddistrict met collega's. Het aanwijzen van een aantal behandelaren dat de overige collega's enthousiasmeert en informeert werd door Bierbooms et al. (2015) teruggevonden als succesfactor voor implementatie. Bovendien wordt verwacht dat sociale normen een belangrijke rol bij spelen bij het besluit van behandelaren om Minddistrict te gebruiken, aangezien deze een voorspeller zijn van gedrag (McDonald, Crandall, Crockett, & Cuddy, 2015; Terry, Hogg, & White, 1999). In de interviews gaf een behandelaar bijvoorbeeld aan eerst fanatiek met Minddistrict te werken totdat deze merkte dat de overige behandelaren dit niet deden.

4.3 Sterke en zwakke punten onderzoek

De gebruikte methoden van het onderzoek hadden sterke en zwakke punten die invloed gehad zouden kunnen hebben op de kwaliteit van het onderzoek. Een mogelijke beperking van de gebruikte methoden is de sociale wenselijkheid in de interviews. Opgemerkt is dat een deel van de participanten sociaal wenselijke antwoorden gaf. Daarnaast kostte het interviewen in sommige gevallen redelijk wat moeite, omdat de behandelaar bijvoorbeeld de vraag ontweek en een ander onderwerp aanhaalde. Dit kan ervoor hebben gezorgd dat de eigenlijke mening van een deel van de behandelaren niet is opgenomen in het onderzoek. Echter zijn een aantal maatregelen genomen met betrekking tot het voorkomen van sociale wenselijkheid. De participanten kenden de onderzoekers voorafgaand aan het onderzoek niet en het feit dat de

interviews anoniem verwerkt zouden worden is meermaals benadrukt. De onderzoekers waren tevens onafhankelijk en hadden geen voordeel bij een bepaalde uitkomst van het onderzoek. Hierdoor hadden deze geen baat hadden bij het sturen van de participanten in een bepaalde richting. Om deze redenen wordt verwacht dat de hoeveelheid informatie die ontbreekt vanwege sociale wenselijkheid gering is.

Het includeren van behandelaren die wel een Minddistrict cursus hadden gevolgd, maar het programma nog nooit hadden gebruikt is tevens een mogelijke beperking. Deze behandelaren hadden in veel gevallen minstens 4 jaar geleden de Minddistrict cursus gevolgd maar Minddistrict vervolgens nooit zelf geopend. Dit maakte dat de antwoorden van deze behandelaren op bepaalde inhoudelijke vragen meer een inschatting waren dan een feit, wat tevens de validiteit negatief beïnvloedde. In de interviews was duidelijk terug te zien dat de behandelaren die Minddistrict wel gebruikten of gebruikt hadden meer inhoudelijke punten van Minddistrict noemden. Deze behandelaren zijn bewust wel geïncludeerd, aangezien deze wel waardevolle informatie konden geven over de reden waarom Minddistrict niet ingezet werd.

Een overige beperking is het verschil tussen het forensisch FACT en de polikliniek. Uit de interviews bleek dat behandelaren op de polikliniek meer werkdruk ervaarden en de behandelaren van het forensisch FACT meer samenwerkten. Er bestaat de mogelijkheid dat er binnen deze twee groepen ook sprake is van twee verschillende manieren van het gebruik van Minddistrict. Door het gelijktijdig onderzoeken van het forensisch FACT en de polikliniek is echter wel een volledig beeld verkregen van Transfore Enschede.

Tevens kan de generaliseerbaarheid van het onderzoek naar andere locaties van Transfore en naar andere FGGZ-instellingen in twijfel worden getrokken, bijvoorbeeld vanwege het verschil tussen de klinische en ambulante behandeling. Bovendien zou op andere locaties sprake kunnen zijn van een andere organisatiecultuur, wat volgens het huidige onderzoek een belangrijke factor bleek voor het gebruik van Minddistrict.

Wat betreft het analyseren van de resultaten is het een nadeel dat het ontwikkelen van het codeerschema en het coderen van de interviews is gedaan door dezelfde onderzoeker. Hierdoor bestaat de kans dat eenzelfde resultaten of codes niet exact teruggevonden worden bij het coderen door een externe onderzoeker. Dit zou de betrouwbaarheid van het onderzoek negatief beïnvloed kunnen hebben. Het codeerschema is echter wel uitgebreid besproken met andere onderzoekers. Derhalve wordt verwacht dat de rode draad van de resultaten niet drastisch zal veranderen bij het coderen door een externe onderzoeker.

Het feit dat het interview is gepilottest is een sterk punt van het onderzoek. Dit heeft gezorgd dat het interviewschema zo goed mogelijk afgestemd kon worden op de behandelaren en de onderzoeksvragen. Ten slotte is het feit dat het interviewschema op het NASSS-Framework is gebaseerd een sterk punt. Op deze manier is het onderzoek verricht op basis van een theoretische fundatie. Dit maakt dat tijdens de interviews de focus op factoren lag die belangrijk zijn voor de implementatie, waardoor relevante informatie is verkregen.

4.4 Aanbevelingen vervolgonderzoek en praktijk

Voor vervolgonderzoek is het van belang om in te spelen op de beperkingen van het huidige onderzoek. Om deze reden wordt aanbevolen de behandelaren extra te vragen of een uitspraak gebaseerd is op een ervaring of op een inschatting, om deze tweescheiding duidelijk te krijgen. Tevens zou het aanvulling kunnen zijn op toekomstig onderzoek om de behandelaren van het FACT en de polikliniek gescheiden te onderzoeken. Bij de implementatie zou op de verschillen kunnen worden ingespeeld. Wat betreft de sociale wenselijkheid wordt aanbevolen om de anonimiteit van de participanten en de neutrale positie van de onderzoekers nog meer te benadrukken. Tevens wordt een kwantitatief onderzoek aanbevolen, waarbij de correlaties tussen de gevonden factoren worden berekend. Op deze manier kan onderzocht worden of er eventueel sprake is van een causaal verband.

Tevens zijn er enkele aanbevelingen voor de praktijk opgesteld. Instellingen zouden verscheidene dingen kunnen doen om eHealth meer in het systeem van de behandelaren te krijgen. Werknemers informeren over de veranderende rol van behandelaren is hierbij van belang. Behandelaren dienen te weten dat er sprake is van een rolverandering en wat dit inhoudt, opdat ze de manier van werken hierop kunnen aanpassen. Meer dan alleen een cursus is nodig; de context moet ook veranderen. Ook is het belangrijk om de kennis van behandelaren van eHealth up-to-date te houden. Instellingen zouden alle behandelaren bij de aanvang van het dienstverband een cursus kunnen geven, waarbij behandelaren goed geïnformeerd en geënthousiasmeerd worden aangezien uit het huidige onderzoek bleek dat dit de behandelaren aansprak. Tevens kunnen er vervolgcursussen worden aangeboden om ervoor te zorgen dat alle behandelaren te allen tijde over voldoende kennis beschikken. Dit zou tevens de barrière dat behandelaren onvoldoende tijd hebben om zich in Minddistrict te verdiepen gedeeltelijk oplossen, aangezien dit in de eigen tijd dan overbodig is. Bij dergelijke bijeenkomsten kan het tevens van belang zijn om de voordelen van Minddistrict te benadrukken die in eerder en huidig onderzoek zijn gevonden, om behandelaren de relevantie te laten inzien. Tevens zou het kunnen helpen om bij de behandelaren duidelijkheid te

scheppen over de eisen die zorgverzekeraars stellen, opdat behandelaren weten waar de eisen vandaan komen. Aandacht schenken aan een eHealth interventie vanuit het management is tevens een belangrijk punt. Behandelaren gaven hiervoor al vele suggesties in de interviews. Enkele voorbeelden zijn om Minddistrict een standaard onderwerp te maken in de intakes en MDO's, een bijeenkomst te organiseren met collega's, kennis uit te wisselen en een enthousiaste behandelaar in te zetten om de overige behandelaren te enthousiasmeren. Hierbij is het belangrijk dat behandelaren te allen tijde duidelijk hebben bij wie ze terecht kunnen voor vragen. Ten slotte zou het helpen wanneer instellingen ervoor zorgen dat elke behandelaar beschikt over de randvoorwaarden om gebruik te maken van eHealth, zoals internet, een goed werkende laptop en de mogelijkheid tot het afspelen van filmpjes. Op deze manier kan eHealth meer in het systeem van de behandelaren terechtkomen, waardoor de in het onderzoek gevonden voordelen een grotere rol zullen gaan spelen.

4.5 Conclusie

Behandelaren lopen in de ambulante FGGZ bij het gebruik van eHealth aan tegen een samenhang van behandelaars-, technologische- en contextuele factoren, welke intergerelateerd zijn. EHealth komt in de praktijk niet tot zijn recht, de barrières overschaduwden de voordelen. De belangrijkste uitkomst is dat Minddistrict niet bij de behandelaren in het systeem zit: eHealth is niet een hulpmiddel waarvoor een enkele cursus voldoende is, het verandert de rol van de behandelaar. De behandelaren moeten zich hier bewust van worden en deze verandering moet gefaciliteerd worden vanuit de context.

Referenties

- Absalom-Hornby, V., Hare, D. J., Gooding, P., & Tarrier, N. (2012). Attitudes of relatives and staff towards family intervention in forensic services using Q methodology. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(2), 162–173.
doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01770.x
- Arboleda-Flórez, J. (2006). Forensic psychiatry: contemporary scope, challenges and controversies. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 5(2), 87–91.
- Babcock, J. C., Green, C. E., & Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1023–53
- Barello, S., Triberti, S., Graffigna, G., Libreri, C., Serino, S., Hibbard, J., & Riva, G. (2015). eHealth for Patient Engagement: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 6, 2013. doi:10.3389/fpsyg.2015.02013
- Bierbooms, J., Bouman, Y., Dijkslag, D., Kimpfen, R., Muller, J., & Wieske, R. (2015). Do's en don'ts van e-health in de forensische ggz. Verkregen van:
<https://files.enflow.nl/fd9938a8-0039-4987-ae4-d3773cabfd43/c3fe5633-659c-46d0-b624-70920d1cd024/projecten/call-2014-26-kfz--dos-en-donts-e-health-in-de-fggz-definitief.pdf>
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). Risk-Need-Responsivity Model for Offender Assessment and Rehabilitation 2007-06. Verkregen van:
<https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/rsk-nd-rspnsvty-eng.pdf>
- Bowen, D. E. (2016). The changing role of employees in service theory and practice: An interdisciplinary view. *Human Resource Management Review*, 26(1), 4–13.
doi:10.1016/J.HRMR.2015.09.002
- Buntin, M. B., Burke, M. F., Hoaglin, M. C., & Blumenthal, D. (2011). The Benefits Of Health Information Technology: A Review Of The Recent Literature Shows Predominantly Positive Results. *Health Affairs*, 30(3), 464–471.
doi:10.1377/hlthaff.2011.0178
- Coulter, M., & VandeWeerd, C. (2009). Reducing domestic violence and other criminal recidivism: effectiveness of a multilevel batterers intervention program. *Violence and Victims*, 24(2), 139–52.
- De Ruiter, C., & Hildebrand, M. (2007). Risk assessment and treatment in Dutch forensic psychiatry. *Netherlands Journal of Psychology*, 63(4), 152–160.
doi:10.1007/BF03061078
- Garber, S., Gates, S. M., Keeler, E. B., Vaiana, M. E., Mulcahy, A. W., Lau, C., & Kellermann, A. L. (2014). *Redirecting Innovation in U.S. Health Care*. Verkregen van: https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR308.html
- Geller, J. L. (2012). Patient-Centered, Recovery-Oriented Psychiatric Care and Treatment Are Not Always Voluntary. *Psychiatric Services*, 63(5), 493–495.
doi:10.1176/appi.ps.201100503

- Green, T., Batson, A., & Gudjonsson, G. (2011). The development and initial validation of a service-user led measure for recovery of mentally disordered offenders. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(2), 252–265.
doi:10.1080/14789949.2010.541271
- Greenberg, E., Dunleavy, E., & Kutner, M. (2007). Literacy behind Bars: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy Prison Survey. NCES 2007-473. National Center for Education Statistics
- Greenhalgh, T., Wherton, J., Papoutsis, C., Lynch, J., Hughes, G., A’Court, C., ... Shaw, S. (2017). Beyond Adoption: A New Framework for Theorizing and Evaluating Nonadoption, Abandonment, and Challenges to the Scale-Up, Spread, and Sustainability of Health and Care Technologies. *Journal of Medical Internet Research*, 19(11), 367. doi:10.2196/jmir.8775
- Kifle, M., Payton, F. C., Mbarika, V., & Meso, P. (2010). Transfer and Adoption of Advanced Information Technology Solutions in Resource-Poor Environments: The Case of Telemedicine Systems Adoption in Ethiopia. *Telemedicine and E-Health*, 16(3), 327–343. doi: 10.1089/tmj.2009.0008
- Kip, H., Bouman, Y. H. A., Kelders, S. M., & van Gemert-Pijnen, L. J. E. W. C. (2018). eHealth in Treatment of Offenders in Forensic Mental Health: A Review of the Current State. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 42. doi:10.3389/fpsy.2018.00042
- Li, J., Talaei-Khoei, A., Seale, H., Ray, P., & Macintyre, C. R. (2013). Health Care Provider Adoption of eHealth: Systematic Literature Review. *Interactive Journal of Medical Research*, 2(1). doi:10.2196/ijmr.2468
- Livingston, J. D., Nijdam-Jones, A., & Brink, J. (2012). A tale of two cultures: examining patient-centered care in a forensic mental health hospital. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 23(3), 345–360. doi:10.1080/14789949.2012.668214
- Mcdonald, R. I., Crandall, C. S., Crockett, M. J., & Cuddy, A. (2015). Social norms and social influence. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 3, 147–151.
doi:10.1016/j.cobeha.2015.04.006
- Minddistrict (2018). Grip op geluk en gezondheid. Verkregen van <https://www.minddistrict.com/>
- Ministerie van Justitie en Veiligheid (2018). *Handboek Forensische Zorg*. 4^{de} Editie.
- Morton, M. E. (2008). *Use and acceptance of an electronic health record: Factors affecting physician attitudes* (masterthesis). Verkregen van Drexel University.
- Mullen, P. E. (2000). Forensic mental health. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 176(4), 307–11. doi: 10.1192/BJP.176.4.307
- NVZ, VGN, Actiz, GGZ Nederland, NEVI, Intrakoop, IAZ & Santeon (2017). *Algemene inkoopvoorwaarden Gezondheidszorg (AIVG)*. Verkregen van https://www.dimencegroep.nl/sites/default/files/files/aivg_2017_module_ict_28_2_2017.pdf
- Oinas-Kukkonen, H., & Harjumaa, M. (2009). Persuasive Systems Design: Key Issues, Process Model, and System Features. *Communications of the Association for Information Systems*, 24(28), 485–500.

- Pereira-Azevedo, N. M., & Venderbos, L. D. F. (2018). eHealth and mHealth in prostate cancer detection and active surveillance. *Translational Andrology and Urology*, 7(1), 170–181. doi:10.21037/tau.2017.12.22
- Terry, D. J., Hogg, M. A., & White, K. M. (1999). The theory of planned behaviour: Self-identity, social identity and group norms. *British Journal of Social Psychology*, 38(3), 225–244. doi: 10.1348/014466699164149
- Transfore (2018). *Transfore maakt de samenleving veiliger*. Verkregen van <https://www.transfore.nl/transfore-maakt-de-samenleving-veiliger>
- van der Veecken, F. C. A., Lucieer, J., & Bogaerts, S. (2018). Forensic psychiatric treatment evaluation: The clinical evaluation of treatment progress with repeated forensic routine outcome monitoring measures. *International Journal of Law and Psychiatry*, 57, 9–16. doi:10.1016/j.ijlp.2017.12.002
- Van Gemert-Pijnen, J. E. W. C., Kip, H., Kelders, S. M., Sanderman, R. et al. (2018). Introducing eHealth. In: van Gemert-Pijnen J. E. W. C., editor. *eHealth Research, Theory and Development: A Multi-Disciplinary Approach*. Abington, UK: Routledge.
- van Limburg, M., van Gemert-Pijnen, J. E., Nijland, N., Ossebaard, H. C., Hendrix, R. M., & Seydel, E. R. (2011). Why Business Modeling is Crucial in the Development of eHealth Technologies. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4). doi:10.2196/jmir.1674
- World Health Organisation (2018). *eHealth*. Verkregen van <http://www.who.int/ehealth/en/>
- Wouters, M., Swinkels, I., Sinnige, J., De Jong, J., Brabers, A., van Lettow, B., . . . Van Gennip, L. (2017) *Kies bewust voor eHealth: eHealth monitor 2017*. Verkregen van <https://www.nictiz.nl/SiteCollectionDocuments/Rapporten/eHealth-monitor%202017.pdf>
- Young, S., González, R. A., Mullens, H., Mutch, L., Malet-Lambert, I., & Gudjonsson, G. H. (2018). Neurodevelopmental disorders in prison inmates: comorbidity and combined associations with psychiatric symptoms and behavioural disturbance. *Psychiatry Research*, 261, 109–115. doi:10.1016/j.psychres.2017.12.036

Appendix A: Interviewschema

Interviewschema behandelaren Transfore

In dit interview gaan we op zoek naar factoren die het gebruik van Mindddistrict in de behandeling promoten, maar ook belemmeren. Dit onderzoek is deel van een gedeeld project van Transfore en de Universiteit Twente naar het gebruik van Mindddistrict in de forensische ggz. Wij doen dit onderzoek vanuit de Universiteit Twente, voor onze bachelor opdracht. Wij kijken hiernaar, omdat uit onderzoek en de praktijk is gebleken dat de implementatie en gebruik van EMH niet altijd even soepel verlopen en er ruimte is voor verbetering. Daarom gaan we in dit interview op zoek naar factoren die het gebruik van Mindddistrict in de behandeling positief of negatief beïnvloeden. Denk hierbij aan factoren die samenhangen met patiënten, de organisatie Transfore, de forensische context de technologie zelf, en behandelaren.

We beginnen eerst met wat vragen over de implementatie van Mindddistrict in aanraking bent gekomen en over uw huidige gebruik. Daarna gaan we kijken naar de toegevoegde waarde die Mindddistrict kan hebben, en hoe het gebruik van Mindddistrict er in de ideale situatie uit zou zien. Vervolgens zullen we gaan bespreken wat ervoor zorgt dat de toegevoegde waarde niet altijd even merkbaar is en alle voordelen niet altijd ervaren worden. Ten slotte zal ik vragen naar wat er nodig is om zo optimaal gebruik te maken van Mindddistrict: wat er wel en juist niet moet gebeuren. De resultaten van dit onderzoek worden anoniem verwerkt, en de uitkomsten worden eventueel alleen in samengevatte vorm teruggekoppeld naar de teamleiders. Uw naam zal dus alleen bij ons als onderzoekers bekend zijn. Heeft u hier nog vragen over?

Om aan te tonen dat u dit heeft begrepen en akkoord gaat met het onderzoek hebben wij een informed consent, zou u deze in willen vullen?

Demografische gegevens

Ten eerste zouden wij iets over u persoonlijk willen weten om een overzicht te krijgen van de verschillende deelnemers.

1. Hoe oud bent u?
2. Hoe lang bent u in dienst bij Transfore? En hoe lang in het forensische werkveld?
3. Wat is uw functie binnen Transfore?

Implementatie Mindddistrict

Nu zouden wij meer willen weten over hoe uw eerste kennismaking met Mindddistrict eruitzag.

4. Hoe en wanneer bent u voor het eerst in aanraking gekomen met Mindddistrict?
5. Wat was uw eerste indruk van Mindddistrict? **Zeer goed/goed/neutraal/slecht/zeer slecht -> waarom**
6. Hoe ervaaarde u de manier waarop Mindddistrict aan u geïntroduceerd werd? **Ze**
er goed/goed/neutraal/slecht/zeer slecht -> waarom

Huidig gebruik

Geen gebruik? Sla vraag 8, 9, 11, 12 over

De volgende vragen gaan over uw huidige gebruik van Minddistrict. Ik ben een buitenstaander, vandaar dat ik graag eerst een goed beeld willen krijgen van hoe de situatie er op dit moment uitziet, dus hoe Minddistrict nu gebruikt wordt in de behandeling. Deze vragen gaan nog niet over uw mening over Minddistrict, maar zijn bedoeld om meer een feitelijk beeld te krijgen.

7. Bij hoeveel patiënten gebruikt u Minddistrict op dit moment?
 1. Hoeveel patiënten heeft u in totaal?
 2. Bij hoeveel patiënten heeft u Minddistrict ooit gebruikt?
8. Zou u mij kunnen uitleggen hoe u Minddistrict gebruikt bij een patiënt? Dus vanaf het moment dat u hem/haar voor het eerst ziet tot een behandeling is afgelopen?
9. Hoe gebruikt u de antwoorden van cliënten in uw behandeling?
10. Zijn er ook type patiënten waarbij u Minddistrict niet gebruikt? Hoe komt dit?
11. Hoe bepaalt u welke module bij welke cliënt/problematiek hoort?
12. Gebruikt u altijd alle sessies uit alle modules of maakt u keuzes?
13. In deze vraag gaan we op zoek naar redenen voor het wel of niet afmaken van modules. In uw ervaring, worden modules vaak afgemaakt door patiënten?
 1. Stel dat een patiënt de module niet afmaakt, wat zijn de redenen?
 2. Stel dat een patiënt lijkt te stoppen met het gebruik/sessies niet meer af maakt, wat doet u dan? Waarom?
 3. Stel dat een patiënt de module wel afmaakt, wat draagt daar volgens u aan bij? Wat zijn de redenen voor het wel afmaken van een module?
14. Concluderend, hoe ervaart u het huidige gebruik van Minddistrict? **Ze**er **goed/goed/neutraal/slecht/zeer slecht** -> **waarom**

Voordelen voor gebruik

U heeft gezegd dat het was, toch was dit niet **zeer slecht**. Dus u ervaart waarschijnlijk wel voordelen aan Minddistrict. Eerst zouden wij deze voordelen graag van u willen weten, vervolgens zullen we vragen wat de optimale situatie zou zijn en daarna zullen we ingaan op de barrières voor het gebruik van Minddistrict.

15. Welke voordelen ervaart u bij het gebruik van Minddistrict?
 - a. Welke voordelen ervaren collega's?
16. Welke voordelen heeft het gebruik van Minddistrict voor de patiënt?
17. Welke voordelen heeft het gebruik van Minddistrict voor Transfore?

U gebruikt Minddistrict zelf niet, maar toch zouden wij nog graag willen weten welke mogelijke voordelen u ziet en welke voordelen u observeert bij collega-behandelaren. Vervolgens zullen we vragen wat de optimale situatie zou zijn en daarna zullen we ingaan op de barrières voor het gebruik van Minddistrict.

15. Welke voordelen zou u kunnen ervaren bij het gebruik van Minddistrict?
 - a. Welke voordelen ervaren collega's?
16. Welke voordelen zou het gebruik van Minddistrict kunnen hebben voor de patiënt?
17. Welke voordelen zou het gebruik van Minddistrict zou kunnen hebben voor Transfore?

Optimale situatie

18. Stel, we gaan twee/drie jaar vooruit in de tijd. Hoe ziet u het gebruik van Minddistrict dan voor u in de ideale situatie?
- Welke voordelen ervaart u, de patiënt en Transfore?

Barrières voor gebruik

We gaan nu op zoek naar redenen waarom de ideale situatie zoals u die hiervoor heeft beschreven er nog niet is. We kijken dus eigenlijk naar wat barrières voor gebruik zijn. Hierin maken we onderscheid tussen barrières die voortkomen uit patiënten, Transfore en de forensische context, Minddistrict als technologie/platform, en behandelaren.

19. Wat zijn volgens u belangrijke barrières voor het gebruik van Minddistrict?
- Zijn er ook nog (andere) factoren die te maken hebben met **individuele patiënten** waardoor het soms lastig is?
 - Hebben zij voldoende kennis/vaardigheden naar uw idee?
 - Waar ligt dit aan?
 - Wat maakt dat het bij de ene patiënt beter gaat dan bij de andere?
 - Zijn er ook nog (andere) factoren die te maken hebben met **behandelaren** waardoor het soms lastig is?
 - Hebben zij voldoende kennis/vaardigheden naar uw idee?
 - Waar ligt dit aan?
 - Wat zouden behandelaren anders/beter kunnen doen?
 - Wat zou **Transfore** beter kunnen doen om het gebruik van Minddistrict beter te ondersteunen?
 - Wat kunnen ze doen om dit nog beter te laten verlopen?
 - Heeft u er werk in gestoken om Minddistrict te gebruiken naast uw normale behandel routine? Hoeveel?
 - Zijn er nog andere zaken die vanuit de overkoepelende context van invloed zijn op het gebruik van Minddistrict? Bijvoorbeeld zorgverzekeraars, ministerie, wetgeving etc.?
 - Zijn er bepaalde **eigenschappen** van Minddistrict die het gebruik lastiger maken?
 - Waar loopt u tegenaan in het gebruik van het Minddistrict platform?
 - Is de website makkelijk te oriënteren?
 - Zijn er functies die niet duidelijk zijn?
 - Zijn er functies die niet naar behoren werken?
20. Wat zou er op dit moment gedaan kunnen worden om u te ondersteunen in Minddistrict?
- Wat moet er volgens u gebeuren om meer voordelen te ervaren van Minddistrict? Nu (*wifi*) en op de lange termijn (*training*)?

Appendix B: Informatieflyer participanten

TRANSFORE



VERDER MET MINDDISTRICT: DENK MEE!



EMH BINNEN TRANSFORE: WAT GAAT GOED, WAT KAN BETER?

Uit onderzoek blijkt dat EMH een goede aanvulling kan zijn op de 'normale' behandeling. Er gaat al veel goed, maar er is ook nog ruimte voor verbetering. Denkt u met ons mee over hoe we Minddistrict zo goed mogelijk in kunnen zetten?

HELP MEE HET GEBRUIK VAN MIINDDISTRICT IN DE BEHANDELING TE VERBETEREN

- Er wordt steeds meer onderzoek gedaan naar de toegevoegde waarde van EMH voor de (forensische) ggz. Echter wordt bij veel van deze onderzoeken de behandelaar vaak buiten beschouwing gelaten, terwijl deze juist de expert is op dit gebied! Daarom zijn wij benieuwd naar uw ervaringen met en de mening over Minddistrict en willen we u vragen om samen met ons mee te denken over verbeterpunten. Op deze manier kunnen we ervoor zorgen dat Minddistrict zo goed mogelijk ingezet wordt.
- Het interview zal maximaal één uur duren.
- Het onderzoek is een gedeeld project van Transfore en de Universiteit Twente. De interviews worden uitgevoerd door twee studenten van de opleiding Psychologie. Dit zal gebeuren onder begeleiding van de hoofdonderzoekers Hanneke Kip, MSc en dr. Floor Sieverink.
- Uw resultaten worden anoniem verwerkt en zullen alleen ingezien worden door de bij dit project betrokken onderzoekers.
- Het interview zal worden opgenomen. Uit de interviews zullen aanbevelingen aan Transfore volgen met betrekking tot het gebruik van Minddistrict in de behandeling.
- Tijdens het interview zal er aanvullende informatie gegeven worden. Ook zal dan de mogelijkheid zijn om vragen te stellen.
- De interviews staan al ingepland in uw rooster, u hoeft hiervoor geen actie te ondernemen. Mocht dit problemen opleveren, kunt u contact opnemen met Daphne Velds. Wij zien u dan graag!
- Heeft u nog vragen? Neem dan contact op met Nathalie ten Cate (n.tencate@student.utwente.nl) of Karen Rienks (k.rienks@student.utwente.nl)

WAT HOUDT HET IN?
Door middel van een interview zullen wij u vragen naar uw ervaringen met Minddistrict. In dit interview zal worden ingegaan op de eerste kennismaking met Minddistrict, de manier waarop u Minddistrict in uw behandelingen gebruikt, de voordelen die u ervaart, de verbeterpunten voor Minddistrict en de barrières voor gebruik.

DIRECTIEBUREAU
NICO BOLKESTEINLAAN 1
7416 SE Deventer
0570604445
INFO@TRANSFORE.NL

TRANSFORE



Appendix C: Informed Consent

Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)

Titel onderzoek: eHealth in de forensische ggz

Verantwoordelijke onderzoekers: Nathalie ten Cate en Karen Rienks

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en [indien aanwezig] 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 film-, foto, en videomateriaal 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 opgaaft van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

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

Naam onderzoeker:
.....

Datum: Handtekening onderzoeker: