

25-6-2018

De implementatie van eHealth in de praktijk

De invloed van patiënt-gerelateerde factoren in de forensische geestelijke gezondheidszorg volgens de behandelaren



Auteur: Nathalie ten Cate
Studentnr.: s1567675
Opleiding: Bachelor psychologie
Instelling: Universiteit Twente, Enschede
Begeleiders: Hanneke Kip (Universiteit Twente)
Floor Sieverink (Universiteit Twente)
Daphne Velds (Transfore)
Vakgroep: Positieve Psychologie & Technologie

UNIVERSITEIT TWENTE.

Abstract

Background: eHealth, a communication and information technology to improve and healthcare, is lagging within the forensic mental healthcare (forensische geestelijke gezondheidszorg, fggz). The fggz is psychiatric care that focuses on transgressive behaviour. The use of eHealth can be increased if the implementation runs smoothly, this happens when the therapist-related, patient-related, contextual and technological factors are taken into account. Little research has been done on the influence of the patient-related factors on the use and implementation of eHealth within the fggz. This research will therefore focus (especially) on these factors. This research will be conducted within the institution Tender of the organization Transfore, which is an institution that offers ambulant fggz care. Within this organisation the eHealth intervention, Minddistrict, is used.

Method: The study was conducted among all therapists (n = 20) who worked at the Tender. They have been approached by their team leader. The therapists were screened, based on the inclusion criteria. The inclusion criteria were that the therapists treated fggz patients and that they were trained in the use of Minddistrict. The interviews were based on the non-adoption, abandonment, scale-up, spread and sustainability (NASSS) framework. Afterwards, the interviews were inductively coded.

Results: Obstructing and stimulating patient-related factors for the use and implementation of eHealth have been found, based on the interviews with the therapists. The obstructive patient factors that emerged were for example, that the therapist did not want to introduce the online treatment program, as they thought that patients did not have the proper abilities to be able to use the online treatment. A related stimulating factor was the ability to work independently at home, because the patient could organize his or her own time. Furthermore, the technology turned out to obstruct the use of the online treatment if the level of the online treatment did not match the skills of the patient. The technology also stimulated the use of eHealth because the technology could add structure to the face-to-face treatment. Lastly, the context of the patients turned out to obstruct the use of eHealth, because of the private barriers of the patients. An example of a private barrier is the absence of rest in the patient's life. In this case the patient would not be able to focus on the treatment. A stimulating contextual factor was the possibility to involve family members in the online treatment.

Discussion: The results show that the main cause for the lagging in the use and the implementation of the online treatment program, is the lack of personalization possibilities of the online treatment program. This causes that the online treatment does not fully connect with the patients. However, there are also barriers that can be attributed to patients who may rely on the estimation of the therapists rather than on their experience, for example the influence of the private barriers of patients. This makes it important to conduct research with patients, for example with interviews, in which patients can give their opinions on the obstructing and stimulating patient-related factors for the use and the implementation of eHealth.

Samenvatting

Achtergrond: Binnen de forensische geestelijke gezondheidszorg (fggz), psychiatrische zorg die zich richt op grensoverschrijdend gedrag, wordt er nog weinig gebruik gemaakt van eHealth. eHealth is het gebruik van communicatie- en informatietechnologie om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. Het gebruik van eHealth kan verhoogd worden als de implementatie optimaal verloopt. Dit gebeurt, wanneer rekening gehouden wordt met de behandelaar-gerelateerd, patiënt-gerelateerde, de contextuele en technologische factoren. Over de invloed van de patiënt-gerelateerde factoren op het gebruik en de implementatie van eHealth binnen de fggz is weinig onderzoek gedaan, waardoor dit onderzoek zich daarop zal richten. Er is gekozen om dit onderzoek uit te voeren binnen een instelling die ambulante fggz zorg aanbiedt, namelijk de Tender van de organisatie Transfore. Hier wordt gebruik gemaakt van het online behandelprogramma Minddistrict.

Methode: Het onderzoek is uitgevoerd onder alle behandelaren (n=20) die bij de Tender werken. Zij zijn benaderd door hun teamleider. De behandelaren zijn gescreend aan de hand van de inclusiecriteria, welke waren dat de behandelaren patiënten in de fggz behandelden en geschoold waren in Minddistrict. De interviews waren gebaseerd op het non-adoption, abandonment, scale-up, spread and sustainability (NASSS) framework. De interviews zijn naderhand inductief gecodeerd.

Resultaten: Er zijn bevorderende en belemmerende patiënt-gerelateerde factoren voor het gebruik en de implementatie van eHealth gevonden die gelden volgens de behandelaren. De belemmerende patiëntfactoren waren bijvoorbeeld dat de behandelaren het online behandelprogramma niet wilden introduceren aangezien zij dachten dat patiënten niet over de juiste capaciteiten beschikten om gebruik te kunnen maken van de online behandeling. Een bijbehorende gevonden bevorderende factor was de mogelijkheid om zelfstandig thuis te werken, aangezien de patiënt dan bijvoorbeeld zelf zijn/haar eigen tijd in kon delen. Verder bleek de technologie het beginnen aan de online behandeling te belemmeren als het niveau van de online behandeling niet overeen kwam met de vaardigheden van de patiënt. De technologie bevorderde het gebruik van eHealth doordat de technologie structuur toevoegde aan de face-to-face behandeling. Als laatste bleek een belemmerende contextuele factor, de privé barrières van de patiënten, zoals de afwezigheid van rust in het leven van de patiënt, waardoor de patiënt zich niet zou kunnen focussen op de behandeling. Een bevorderende contextuele factor was de mogelijkheid om naasten te betrekken bij de online behandeling.

Discussie: Uit de resultaten blijkt dat de belangrijkste oorzaak voor het achterblijven van het gebruik en de implementatie van het online behandelprogramma, het gebrek aan personalisatie mogelijkheden van het online behandelprogramma. Dit zorgt er namelijk voor dat de online behandeling niet volledig aansluit op de patiënten. Er zijn echter ook belemmerende factoren genoemd door behandelaren die zouden kunnen berusten op de inschatting van de behandelaren in plaats van op hun ervaring, zoals de invloed van de privé barrières van patiënten. Hierdoor is het van belang om onderzoek bij de patiënten uit te voeren, bijvoorbeeld met interviews, waarin de patiënten hun mening over de belemmerende en bevorderende patiënt-gerelateerde factoren kunnen geven.

Inhoudsopgave

Inleiding	4
Method	8
Setting.....	8
Participanten	8
Materialen en procedure	9
Analyse	10
Resultaten	11
Belemmerende patiënt-gerelateerde factoren.....	12
Belemmerende en bevorderende patiënt-gerelateerde factor	16
Bevorderende patiënt-gerelateerde factoren.....	17
Discussie	20
Samenvatting resultaten	20
Interpretatie resultaten.....	20
Praktische aanbeveling.....	22
Sterke punten	23
Beperkingen.....	23
Conclusie	24
Referenties	25
Bijlagen	30
Bijlage 1: De flyer.....	30
Bijlage 2: Het informed consent.....	32
Bijlage 3: Het interviewschema	33

Inleiding

Al sinds 1976 bestaat de mogelijkheid om de gezondheidszorg van een afstand te kunnen leveren (Ax et al., 2007). Pas in de jaren '90 werd eHealth, wat toentertijd nog telehealth genoemd werd, meer toegepast binnen de geestelijke gezondheidszorg (Ax et al., 2007). In de forensische geestelijke gezondheidszorg (fggz) werd sinds 2001 gebruik gemaakt van telehealth, wat begon als een hulpmiddel voor het beoordelen van patiënten en voor het uitschrijven van medicatie (Larsen, Stamm, Davis, & Magaletta, 2004). De fggz bevat psychiatrische zorg die zich richt op grensoverschrijdend gedrag. Het primaire doel van deze forensische geestelijke gezondheidszorg (fggz) is het verminderen van de kans op recidive, ofwel het voorkomen dat de patiënt weer een strafbaar feit pleegt (Zijlstra & Wishman, 2012). Deze zorg kan op vrijwillige basis plaatsvinden, echter wordt dit vaker gegeven op basis van een strafrechtelijke titel (Zijlstra & Wishman, 2012). Hierdoor is de motivatie van deze patiëntenpopulatie vaak extrinsiek (Dam & Mulder, 2008), waardoor de patiënten lage betrokkenheid en motivatie tonen ten opzichte van de behandeling (Van der Veen, Lucieer & Bogaerts, 2018). Daarnaast is de patiëntenpopulatie van de fggz heterogeen, wat bijvoorbeeld terug te zien is in het verschil in intelligentieniveau binnen de patiëntenpopulatie van de fggz (Nathan, Cramond, Brown, McEllin & Whittington, 2012). Bij de patiëntenpopulaties van andere geestelijke gezondheidszorg instellingen ligt het intelligentieniveau vaak dicht bij elkaar (Popma, Blaauw & Bijlsma, 2012). Daarnaast komen er ook veel verschillende combinaties van comorbiditeit voor binnen de fggz (Popma, Blaauw & Bijlsma, 2012). De heterogeniteit van de patiënten binnen de fggz zorgt ervoor dat de behandeling niet geheel aansluit op de patiënt, terwijl dit volgens het meest gebruikte behandelmodel binnen de fggz, namelijk het Risk-Need-Responsivity (RNR) model van Bonta en Andrews (2007), wel van belang is. In dit model wordt gesteld dat de responsiviteit van de patiënt op de behandeling ervoor kan zorgen dat de kans op recidive wordt verminderd. Responsiviteit wordt bereikt wanneer de behandeling aandacht heeft voor de persoonlijke factoren van de patiënten, waardoor het van belang is om de behandeling zo veel mogelijk aan te laten sluiten op de patiënten (Bonta & Andrews, 2007).

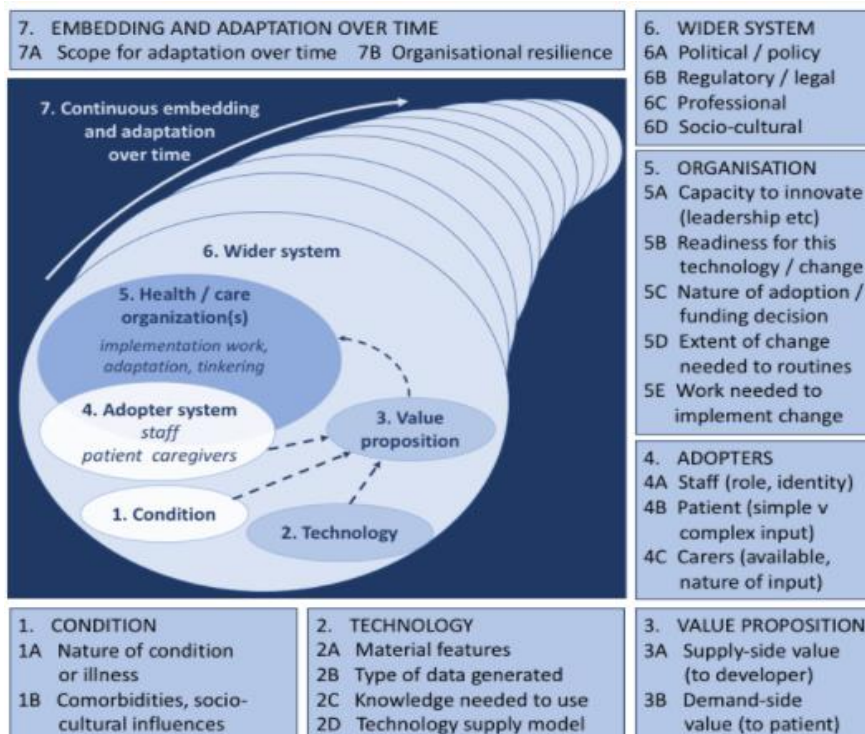
eHealth biedt de mogelijkheden om een gestandaardiseerde behandeling aan te bieden die voor elke patiënt gepersonaliseerd kan worden (Tozzi, Nicolaidou, Galani & Antoniadis, 2018; Hollis et al., 2017). eHealth is het gebruik van communicatie- en informatietechnologie om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren (KNMG, 2018). eHealth biedt de mogelijkheid om tijdens het ontwerp de interventie zo goed mogelijk aan te passen op de patiënten (Tozzi, Nicolaidou, Galani & Antoniadis, 2018; Hollis et al., 2017). Ook biedt eHealth de optie om de interventie tijdens de behandeling te personaliseren, zodat bijvoorbeeld het niveau van de online behandeling aangepast kan worden aan de patiënt (Eng, Gustafson, Henderson, Jimison & Patrick, 1999). Verder bieden sommige eHealth interventies de mogelijkheid voor de patiënten om de gegeven informatie op een zelfgekozen plaats en tijdstip terug te lezen (Huson, Nordeman, Bos & Knuttel, 2008). Hierdoor kunnen de patiënt zelf meer beslissingen maken over hun eigen zorg, wat hen meer controle geeft over

hun eigen leven. (Notenboom, Blankers, Goudriaan & Groot, 2012). Dit kan volgens Kip et al. (2018) bijdragen aan de motivatie van de fggz patiënten voor de behandeling. Kortom biedt eHealth de mogelijkheid om de responsiviteit van fggz patiënten voor hun behandeling te vergroten, door de behandeling beter aan te laten sluiten op de individuele patiënt.

Ondanks de voordelen die eHealth kan hebben op de behandeling van fggz patiënten, wordt eHealth nog niet standaard binnen elke behandeling gebruikt (eHealth monitor, 2017). Dit komt onder andere doordat er, voor zowel behandelaren als voor patiënten, redenen kunnen zijn om geen gebruik te maken van een eHealth interventie. Behandelaren voelen bijvoorbeeld weerstand voor het gebruik van eHealth, omdat zij denken dat het geen positief effect op de behandeling zou hebben (Zijlstra, Kelders, Kip & Beverdam, 2016; Sävenstedt, Sandman & Zingmark, 2006). Daarnaast hechten behandelaren veel waarde aan het persoonlijk contact met de patiënten (Nugteren et al., 2017), aangezien behandelaren aangeven dat met behulp van persoonlijk contact een beter beeld van de context van de patiënt geschetst kan worden (Nijland, Van Gemert-Pijnen, Boer, Steehouder, & Seydel, 2008). Verder zijn veel patiënten en behandelaren vaak niet op de hoogte van het beschikbare aanbod van eHealth. Wanneer behandelaren wel afweten van het aanbod van eHealth, is het voor hen vaak onduidelijk hoe zij de mogelijke toepassingen van eHealth concreet in kunnen zetten (eHealth monitor, 2017). Een patiënt-gerelateerde factor die een rol speelt bij het niet uitbreiden van het gebruik van eHealth is, dat veel fggz patiënten werkloos zijn. Door deze werkloosheid kunnen zij wellicht niet investeren in een elektronisch apparaat, zoals een laptop of een mobiele telefoon, die nodig is voor het gebruik van de eHealth interventie (Hellman, Cass, Cathey, Smith & Hurley, 2018). Daarnaast zijn patiënten vaak laaggeletterd, waardoor het niveau van het online behandelprogramma niet aan zou kunnen sluiten op deze patiënten (Bastert, Schläfke, Pein, Kupke & Fegert, 2012). Ten slotte hebben sommige patiënten een lage behandelmotivatie, waardoor het hen te veel moeite zou kunnen kosten om gebruik te maken van een online behandeling, wat maakt dat zij hier niet aan willen beginnen (Greenhalgh et al., 2017; Dam & Mulder, 2008). Deze behandelaar-gerelateerde en patiënt-gerelateerde factoren kunnen ervoor zorgen dat er weinig gebruik wordt gemaakt van de eHealth. Over de invloed van deze factoren op het gebruik van eHealth binnen de fggz is nog weinig onderzoek gedaan. Dit maakt het van belang om de invloed van deze, en mogelijk andere, factoren op het gebruik van eHealth binnen de fggz te onderzoeken.

Kip en Van Gemert-Pijnen (2018) geven aan dat er rekening gehouden moet worden met deze behandelaars-gerelateerde en patiënt-gerelateerde factoren tijdens de implementatie van een eHealth interventie. Implementatie is het proces om de interventie te laten samensmelten met de organisatie, zodat het zowel aansluit bij de werkwijzen van de behandelaren als de werkwijzen van de patiënten. Dit bekleedt de periode na het maken van de beslissing om een eHealth interventie te gaan gebruiken tot het routinematige gebruik (Damschroder et al., 2009). Door tijdens de implementatie rekening te houden met de behandelaars-gerelateerde, patiënt-gerelateerde en andere belangrijke factoren, zoals effectiviteit, toegankelijkheid en manier van gebruiken, zal de kans vergroot worden dat de

behandelaren en patiënten van onder andere de fggz, gebruik willen maken van de eHealth interventie (Pieterse, Kip & Martinez, 2018). Voor de implementatie en de ontwikkeling van een eHealth interventie, zijn verschillende frameworks ontworpen die de benodigde holistische benadering hanteren, waarbij de samenhang tussen de factoren van de gebruikers, de context en de technologie benadrukt wordt (Pieterse, Kip & Martinez, 2018). Van Gemert-Pijnen et al. (2011) geven aan dat binnen de holistische benadering alle fases van de implementatie van elkaar afhankelijk zijn en samen een geheel vormen. Dit maakt dat er meer aandacht is voor de samenhang tussen de gebruikers, context en technologie dan bij niet-holistische benaderingen. Hierdoor zal er meer aandacht zijn voor wat gebruikers aanspreekt en motiveert, waardoor de kans groter is dat de technologie effectief is (Greenhalgh et al., 2017). Een veelgebruikt, concreet voorbeeld van een holistische benadering is het ‘nonadoption, abandonment, scale-up, spread and sustainability’ (NASSS) framework van Greenhalgh et al. (2017), zie Figuur 1. In dit model worden de gebruikers, de contextuele en de technologische factoren die van belang zijn voor de implementatie van eHealth concreter benoemd, waardoor dit model direct bruikbaar is voor de implementatie van eHealth. De genoemde geschatte waarde en de gebruikers vallen namelijk onder de gebruikersfactoren. De conditie, organisatie en het bredere systeem vallen onder de contextfactoren. En de technologie en het aanpassen over tijd vallen onder de technologische factoren. In dit onderzoek worden de gebruikersfactoren opgedeeld in behandelagerelateerde en patiënt-gerelateerde factoren.



Figuur 1. Het NASSS framework. Herdrukt van “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”, door T. Greenhalgh, J. Wherton, C. Papoutsis, J. Lynch, G. Hughes, C. A’Court, S. Hinders, N. Fahy, R. Procter, en S. Shaw, 2017, *Journal of Medical Internet Research*, 19 (11), p.11. Copyright 2017 JMIR Publications.

Er is echter binnen de fggz nog maar weinig bekend over de invloed van de technologie en de context van de patiënten op de implementatie en het daadwerkelijke gebruik van het online behandelprogramma door patiënten (Ekeland, Bowes, & Flottorp, 2010). Dit maakt het van belang om onderzoek te doen naar de patiënt-gerelateerde factoren. Er is in binnen dit onderzoek gekozen om de behandelaren te betrekken bij het onderzoek, aangezien zij veel contact hebben met patiënten en zij, volgens de holistische benadering, ook invloed kunnen hebben op het gebruik van eHealth door de patiënten (Zijlstra, Kelders, Kip & Beverdam, 2016).

Voor dit onderzoek zal de implementatie en het gebruik van het online behandelprogramma Minddistrict in kaart gebracht worden. Minddistrict wordt gebruikt binnen de organisatie Transfore waarbij ambulante zorg wordt aangeboden aan patiënten die grensoverschrijdend gedrag hebben vertoond (Transfore, 2016). Daarnaast wordt Minddistrict sinds 2001 gebruikt binnen de organisatie, waardoor de implementatie van dit programma bijna compleet zal zijn. Dit zorgt ervoor dat alle mogelijke belemmerende en bevorderende factoren van het gebruik van het online behandelprogramma uit alle verschillende stadia van de implementatie naar voren kunnen komen. Hierdoor biedt onderzoek bij Transfore de mogelijkheid om de onderzoeksvraag van dit onderzoek te beantwoorden, deze is namelijk: *Welke patiënt-gerelateerde factoren spelen een rol in de implementatie en het gebruik van eHealth in de fggz, volgens de behandelaren?* Hierbij komen de volgende deelvragen naar voren:

1. Welke rol spelen de eigenschappen van de technologie voor de patiënten in de implementatie en het gebruik van eHealth in de fggz, volgens de behandelaren?
2. Welke rol speelt de persoonlijke context van de patiënten in de implementatie en het gebruik van eHealth in de fggz, volgens de behandelaren?

Methode

Setting

Om de patiënt-gerelateerde factoren die de implementatie en het gebruik van eHealth in de fggz beïnvloeden en de samenhang tussen de gebruikersfactoren, de contextuele factoren en de technologische factoren in kaart te brengen, werden interviews uitgevoerd onder de behandelaren van één van de twee vestigingen van de organisatie Transfore, namelijk de Tender in Enschede. Binnen de Tender wordt ambulante zorg geleverd aan patiënten, wat inhoudt dat patiënten niet worden opgenomen en minimaal een keer per week contact hebben met hun behandelaar (Transfore, 2016). Volgens Verbeek, Knispel en Nuijen (2015) wordt 95% van alle forensische behandelingen ambulant uitgevoerd, wat maakt dat er gekozen is om de behandelaren die ambulante zorg leveren te interviewen.

Binnen Transfore wordt gebruik gemaakt van het online behandelprogramma Minddistrict. In Minddistrict wordt informatie per onderwerp aangeboden, welke kunnen verschillen van psycho-educatie tot slaaploosheid. Binnen dit onderwerp moet de patiënt antwoorden geven op opdrachten waarop de behandelaar weer kan reageren door middel van feedback. Minddistrict biedt voor de behandelaar ook de mogelijkheid om contact te leggen met de patiënt of bijvoorbeeld een dagboek bij te houden. Minddistrict wordt gebruikt naast de face-to-face behandeling binnen Transfore.

Participanten

Het onderzoek is uitgevoerd onder alle behandelaren die bij de Tender werken (n=20). Deze behandelaren bestonden uit een basispsycholoog, maatschappelijk werker, systeemtherapeut, GZ-psycholoog (in opleiding), agoog, traumatherapeut, forensisch psychiatrisch medewerker, klinisch psycholoog en sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, allen werkzaam bij de Tender. Vanwege de diversiteit van deze groep, wordt er vanaf nu naar deze groep gerefereerd als ‘de behandelaren’. De behandelaren waren benaderd en geworven door de teamleider van de Tender. De behandelaren werden op de hoogte gebracht van het onderzoek door middel van flyers (bijlage 1) en de teamvergadering.

De behandelaren (n=20) zijn gescreend aan de hand van verschillende inclusiecriteria. Deze inclusiecriteria waren dat de behandelaren patiënten in de fggz behandelden en dat zij geschoold zijn in het gebruik van Minddistrict. Van de twintig behandelaren die werden uitgenodigd, konden 18 behandelaren worden geïnccludeerd. De 2 behandelaren die niet zijn geïnccludeerd, gaven aan niet geschoold te zijn in het gebruik van Minddistrict. Van de 18 deelnemende behandelaren hebben 13 behandelaren ooit Minddistrict gebruikt met patiënten en 5 nog nooit. De groep behandelaren (n=18) bestond uit 10 vrouwen en 8 mannen. De leeftijd van de groep verschilde van 28 jaar tot en met 60 jaar (M= 43, SD=10).

Materialen en procedure

Op basis van de onderdelen van het NASSS-framework (Greenhalgh et al., 2017) werd een interviewschema voor semi-gestructureerde interviews opgesteld. In Bijlage 2 is het interviewschema weergegeven waarbij is aangegeven welke vraag op welk onderdeel van het NASSS-framework is gebaseerd. Hierbij zijn de verschillende domeinen van het NASSS-framework onderzocht en zijn de meest belangrijke elementen uit het NASSS-framework bevraagd aan de hand van het gebruik van Minddistrict. Daarnaast is in de laatste categorie ‘de barrières voor gebruik’ meer de nadruk gelegd op de daadwerkelijke invloed van de contextuele, technologische, behandelaar en patiënt factoren op het gebruik van de eHealth interventie. Dit is gedaan door de behandelaren hun visie te laten geven over de mogelijke invloeden van deze factoren op het gebruik van Minddistrict.

Het interviewschema was daarna getest en hervormd met behulp van pilottesten. De pilottesten vonden plaats onder twee behandelaren van de Tender die zich bezighielden met de implementatie en het gebruik van Minddistrict. Door de pilottesten zijn enkele onduidelijke vragen verduidelijkt en zijn bepaalde onderdelen aan vragen toegevoegd of verwijderd, aangezien belangrijke elementen dan niet bevraagd of dubbel bevraagd werden. Echter, de aanpassingen waren klein, waardoor de pilottesten meegenomen zijn in de resultaten. Ethische toestemming voor dit onderzoek is verkregen via de ethische commissie van Universiteit Twente en de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO) van de Dimence Groep.

De interviews duurden 23 minuten tot 56 minuten. Het interview begon met een korte introductie waarin informatie werd gegeven over het doel en de structuur van het onderzoek. Ook werd benadrukt dat de gegevens van de behandelaren anoniem verwerkt zouden worden. Daarna werden de behandelaren gevraagd om de informed consent (bijlage 3) in te vullen.

Na de introductie startte het interview, waarvan de structuur is beschreven in Tabel 1. De vragen zijn gebaseerd op het NASSS-framework (Greenhalgh et al., 2017). Er zijn met name vragen gesteld over de implementatie en de rollen van de gebruikers.

Tabel 1 De structuur van het interviewschema per categorie aan de hand van een voorbeeldvraag.

Categorie	Voorbeeldvraag
Demografische gegevens	‘Wat is uw functie binnen Transfore?’
De implementatie van Minddistrict	‘Hoe en wanneer bent u voor het eerst in aanraking gekomen met Minddistrict?’
Het huidige gebruik van de behandelaar	‘Zou u mij kunnen uitleggen hoe u Minddistrict gebruikt bij een patiënt?’
De optimale situatie	‘Stel, we gaan twee/drie jaar vooruit in de tijd. Hoe ziet u het gebruik van Minddistrict dan voor u in de optimale situatie?’
De barrières voor het gebruik	‘Zijn er nog (andere) factoren die te maken hebben met individuele patiënten wat het gebruik soms lastig maakt?’
Afsluiting	‘Wat zou er op dit moment gedaan kunnen worden om u te ondersteunen in Minddistrict?’

De vragen over het gebruik van Minddistrict werden vervangen voor de behandelaren die geen gebruik maakten van Minddistrict. Waar mogelijk, werden de vragen aangepast, zodat de behandelaren niet uit hun eigen ervaring hoefden te spreken, dit kon bijvoorbeeld gebeuren bij de vraag ‘Welke voordelen ervaart u bij het gebruik van Minddistrict?’. Dit werd veranderd in ‘Welke voordelen zou u kunnen ervaren bij het gebruik van Minddistrict?’.

Analyse

De interviews waren verbatim getranscribeerd, op namen, data en locaties na. Deze werden vervangen door functionele codes om vertrouwelijkheid te kunnen waarborgen.

De antwoorden op de vragen zijn inductief gecodeerd. De antwoorden die aansloten op de onderzoeksvraag en deelvragen werden als eerste gefragmenteerd. De fragmenten bestonden uit één of meerdere zinnen die relevant waren voor de onderzoeksvraag en/of deelvragen. Eén onderzoeker heeft het codeerschema opgesteld door eerst de interviews door te lezen en belangrijke informatie te markeren. Daarna werden drie interviews gecodeerd, waar de eerste codes uit voort zijn gekomen. Op basis van de volgende vijf interviews werd er een definitie aan de codes gegeven, zodat de omvang van de codes werd verduidelijkt. Vervolgens werden de rest van de interviews gecodeerd, waardoor de codes opnieuw werden aangepast of verschillende overlappende codes werden samengevoegd. Aangezien er veel diversiteit was binnen één code zijn er verschillende subcodes toegevoegd aan bepaalde codes. Er werd toen echter duidelijk dat de originele code geen toegevoegde waarde had, waardoor de subcodes veranderd werden in hoofdcodes.

Resultaten

Om de patiënt-gerelateerde factoren met de daarbij behorende contextuele en technologische factoren, die volgens de behandelaren belangrijk zijn voor de implementatie en het gebruik van eHealth in de fggz, te onderzoeken is een codeerschema opgesteld. De codes van het codeerschema zijn in Tabel 2 weergegeven, waarbij de codes zijn opgedeeld in belemmerende patiënt-gerelateerde factoren en bevorderende patiënt-gerelateerde factoren. Daarnaast zijn de codes gecategoriseerd aan de hand van het NASSS-framework (Greenhalg et al., 2017). Hiervoor zijn de volgende abstracte termen van het holistische framework gebruikt: patiëntfactoren, technologische factoren en contextuele factoren. Als laatste wordt er een korte omschrijving van de codes weergegeven. De codes worden onder deze tabel verder uitgelegd.

Tabel 1: Het codeerschema voor de interviews met daarin de codes, de bijbehorende omschrijving, de categorieën en de mogelijke bijbehorende subcodes.

Bijbehorende categorieën	Codes	n= (n*=)	Omschrijving
<i>Belemmerende patiënt-gerelateerde factoren</i>			
Patiëntfactoren	Niet introduceren van online behandelprogramma door behandelaren	40 (17)	Het geschatte tekort aan capaciteiten van patiënten door behandelaren, waardoor de behandelaren niet beginnen met het online behandelprogramma.
	Afwezigheid behandelaren	10 (7)	De invloed van de afwezigheid van de behandelaren bij het gebruik van het online behandelprogramma.
	Afwezigheid van technologie	41 (13)	De oorzaken en gevolgen van de afwezigheid van technologie, zoals een computer, op het beginnen met het online behandelprogramma.
Technologische factoren	Motivatie	81 (18)	De invloed van de motivatie van de patiënten voor het beginnen en het afronden van het online behandelprogramma.
	Niveau van inhoud van online behandeling	88 (18)	In hoeverre de vaardigheden van de patiënten overeenkwam met het niveau van het online behandelprogramma.
	Gebruiksvriendelijkheid van technologie	23 (14)	De invloed van de gebruiksvriendelijkheid van de technologie op het gebruik van het online behandelprogramma
Contextuele factoren	Privé barrières	60 (17)	De invloed van de persoonlijke omstandigheden in de privésfeer op het gebruik van het online behandelprogramma

Belemmerende en bevorderende patiënt-gerelateerde factor

Technologische factor	Ervaren effectiviteit	36 (15)	De positieve en negatieve invloed van de ervaren effectiviteit van het online behandelprogramma voor de patiënten.
-----------------------	-----------------------	------------	--

Bevorderende patiënt-gerelateerde factoren

Patiëntfactoren	Zelfstandig thuis werken	29 (16)	Het belang van het zelfstandig thuis werken voor het gebruik van het online behandelprogramma.
	Opener vertellen	8 (4)	De openheid van de patiënten als gevolg van het online behandelprogramma.
Technologische factoren	Structuur	48 (13)	De gevolgen van de structuur die het online behandelprogramma biedt voor de face-to-face behandeling.
Contextuele factoren	Naasten betrekken	5 (4)	Het belang van de optie om naasten van de patiënt mee te kunnen betrekken in de behandeling van de patiënt.

Note. n= het aantal keer dat de code voorkwam in de interviews. n*= het aantal behandelaren die de code hebben genoemd, hierbij geldt n*=18 is maximaal.

Belemmerende patiënt-gerelateerde factoren

Patiëntfactoren

Niet introduceren van online behandelprogramma door behandelaren

Met het niet introduceren van het online behandelprogramma door behandelaren werd de inschatting bedoeld, die behandelaren maakten over de capaciteiten van patiënten. Door dit ingeschatte tekort aan capaciteiten wilden behandelaren het online behandelprogramma niet introduceren, waardoor de implementatie van de eHealth interventie stagneerde. Deze inschatting kon ontstaan door eerdere ervaringen of vooroordelen. De meest genoemde factor was dat de online behandeling niet zou passen bij bepaalde groepen patiënten. Behandelaren gaven bijvoorbeeld aan dat ze verwachtten dat het niet zou werken bij patiënten met ADHD, aangezien deze patiënten het lastig zouden vinden om zich lang te focussen op de online behandeling, zoals blijkt uit de volgende quote:

“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” (Interview 9)

Daarnaast maakten behandelaren de aanname dat kwetsbare patiënten het lastig konden vinden om over hun emoties te praten, wat ervoor zorgde dat de behandelaren het online behandelprogramma niet introduceerden bij deze patiënten.

Verder hadden behandelaren de ervaring dat sommige patiënten hun inloggegevens kwijtraakten of zich vergaten aan te melden, waardoor behandelaren het opstarten van de online behandeling niet meer wilden proberen bij andere patiënten.

Behandelaren gaven ook aan dat ze vaak twijfelden over de eerlijkheid van patiënten. Een behandelaar gaf aan:

“Want ze kunnen daar ook heel makkelijk een loopje met je nemen, dus ja om die redenen moet je maar af gaan op wat iemand typt ofzo, weet ik veel. En je weet ook niet wie het typt, misschien typt iemand anders het wel.” (Interview 3)

In dit geval maakten behandelaren de aanname dat de patiënt niets zou leren van de online behandeling, waardoor de behandelaar geen energie wilde steken in het opstarten van deze behandeling en het onlinebehandelprogramma dus niet wilden introduceren.

Als laatste gaven sommige behandelaren aan, dat ze het behandelaanbod binnen het online behandelprogramma niet vonden passen bij de mogelijke problematiek van de patiënten, waardoor zij het niet wilden introduceren aan de patiënten.

Afwezigheid behandelaren

Deze subcode afwezigheid behandelaren beschreef de invloed van de afwezigheid van de behandelaren tijdens het gebruik van de onlinebehandeling op de patiënt zelf. Een behandelaar gaf aan:

“Je moet wel een uitgestelde behoeftebevrediging hebben dat je niet gelijk die avond of de volgende ochtend een antwoord erop hebt. Je moet kunnen verdragen dat de problemen waar je mee zit of daar waar je tegenaan loopt, om dan de oplossing uit te stellen.” (Interview 10)

Behandelaren gaven dus aan dat zij patiënten niet direct konden helpen wanneer patiënten in de stress raakten door de onlinebehandeling. Volgens behandelaren hebben patiënten vaak het coping mechanisme om de schuld bij de buitenwereld te leggen en niet zichzelf. De confrontatie met de informatie uit de online behandeling zou dan kunnen zorgen dat dit coping mechanisme niet meer werkte, waardoor de patiënt in de stress kon raken. De patiënt zou dan een gevaar kunnen vormen voor zijn/haar eigen omgeving. In dit geval was het van belang dat er wel een behandelaar aanwezig zou zijn bij de patiënt, waardoor de online behandeling gepauzeerd moest worden. Patiënten konden dan negatieve ervaringen krijgen met de online behandeling, waardoor zij de behandeling niet opnieuw wilden oppakken. Desondanks deze mogelijke problemen was een behandelaar toch begonnen met de online behandeling wat goed was uitgekapt, zoals blijkt uit de volgende quote:

“. . . omdat hij een verkeerd antwoord geeft, verbouwt hij het hele huis. Met de buurvrouw erbij. Dus dat was mijn eerste indruk, en toch ben ik het aangegaan. Toch heb ik het gedaan, en het is fantastisch gegaan.” (Interview 13)

Afwezigheid van technologie

Deze code gaf een oorzaak aan om niet te beginnen met het online behandelprogramma en waardoor de implementatie van het online behandelprogramma stagneerde, namelijk de afwezigheid van technologie bij de patiënten. Onder de technologie vielen computers en mobieltjes.

Vaak was de oorzaak voor het gebrek aan technologie geldgebrek. Patiënten konden zich geen internetverbinding veroorloven of hadden geen vaste woning. Een behandelaar gaf aan:

“ . . . ja dan kan je echt wel denken aan praktische dingen, huisvesting, werk, geldproblemen. Die zijn daar heel erg mee bezig waardoor je eigenlijk al van tevoren weet als je hiermee bezig gaat dat het niet gaat lukken ” (Interview 15)

Echter, behandelaren gaven ook aan dat sommige patiënten wel geld hadden maar dit niet wilden investeren in de benodigde technologie.

Motivatie

Deze code beschreef de gevolgen van de motivatie van de patiënten, voor het beginnen en het afronden van het online behandelprogramma. Behandelaars gaven aan dat het gebrek aan intrinsieke motivatie van patiënten een veel voorkomende reden waardoor ze een drempel ervaarden met het starten van het onlineprogramma, zoals blijkt uit de volgende quote:

“ . . . de doelgroep die wij hebben, die ga je niet bereiken met uhm andere vorm van reclame. Die zal je toch moeten motiveren. Die zal je eerst moeten uitleggen waarom, op een enkeling na natuurlijk. Maar doorgaans bij mij, gewoon, dan moet ik aanbieden, het verkopen, zorgen dat mensen het doen. ” (Interview 2)

Behandelaars gaven aan dat het gebrek aan motivatie zich vaak liet zien in het geen zin hebben om de inhoud van de online behandeling te lezen, of het beantwoorden van de vragen uit te stellen. Patiënten waren, volgens de behandelaren, extrinsiek gemotiveerd, wat ervoor zorgde dat de patiënten het belang van de online behandeling niet inzagen en hierdoor niet wilden beginnen.

Wanneer patiënten de intrinsieke motivatie hadden om te beginnen met de online behandeling, kon het voorkomen dat deze patiënten ophielden met het invullen van de antwoorden. Dit kwam volgens behandelaren doordat de intrinsieke motivatie verdween, zoals blijkt uit de volgende quote:

“Het kan bij patiënten ook heel erg verschillen, van dag tot dag, dat ze de ene avond heel gemotiveerd zijn om toch het probleem aan te pakken. En dan de volgende dag het gevoel hebben van uhm ja ik ben daar wel aan begonnen, maar wat doe ik daar toch allemaal mee en uhm het leidt toch allemaal tot niets. ” (Interview 10)

Als laatste gaven behandelaren aan dat de online behandeling voor patiënten als onpersoonlijk kon worden ervaren, waardoor de patiënten geen druk voelden om de vragen uit het online behandelprogramma te beantwoorden. Hierdoor stagneerde vaak het gebruik van het online behandelprogramma.

Technologische factoren

Niveau van de inhoud van de online behandeling

Met het niveau van de inhoud van de online behandeling werd bedoeld, in hoeverre de vaardigheden van de patiënten overeenkwamen aan het niveau dat gevraagd werd om gebruik te kunnen maken van het online behandelprogramma. Behandelaars gaven namelijk aan dat sommige patiënten niet konden lezen en schrijven, waardoor zij niet deel konden nemen aan dit onlineprogramma. De behandelaren

die patiënten beschreven die wel konden lezen en schrijven, gaven aan dat er veel vakjargon werd gebruikt. Een behandelaar gaf aan:

“Ik zou wel voorstander zijn van dat het wat eenvoudiger is, als het voor mij al ingewikkeld is, laat staan voor cliënten” (Interview 1)

Daarnaast was de online behandeling, volgens behandelaren, veel leeswerk voor de meeste patiënten, waardoor de patiënten de samenhang van de gegeven informatie niet meer zagen. Dit zorgde ervoor dat patiënten eerder afhaakten van de online behandeling en de implementatie dus stagneerde.

Verder konden sommige patiënten de gestelde vragen niet altijd begrijpen, waardoor zij het geven van antwoorden lastig konden vinden, zoals blijkt uit de volgende quote:

“Ik denk dat sommige vragen wel lastig zijn, tenminste ik heb ervaren dat sommige mensen dan zeggen van 'ja wat moet ik daar invullen dan' op dat antwoord. Soms een hele simpele vraag, maar dan weten mensen niet van moet ik dat wel of niet zeggen, of ja zulk soort vragen van 'zeg eens hoe jij erover denkt' vinden ze ook wel lastig” (Interview 7)

Wanneer patiënten wel begrepen wat ze moesten antwoorden, konden ze, volgens behandelaren, het lastig vinden om juist gespelde en opgebouwde zinnen te vormen. Echter gaf een behandelaar ook aan dat haar patiënten wel alles begrepen en het niveau van de inhoud van de behandeling wel passend was bij de patiënten.

Gebruiksvriendelijkheid van de technologie

Met de gebruiksvriendelijkheid van de technologie werd de invloed van deze gebruiksvriendelijkheid bedoeld op het gebruik van het online behandelprogramma. Een aantal behandelaren gaven namelijk aan dat patiënten vaak moeite hadden met inloggen en niet overweg konden met de website van het online behandelprogramma. Hierdoor konden de patiënten niet beginnen met het gebruik van de online behandeling. Daarnaast gaven behandelaren aan dat het online behandelprogramma vereiste dat de patiënten hun wachtwoorden moesten wijzigen tijdens het gebruik van de online behandeling. Behandelaren merkten dat de patiënten dit vaak niet deden waardoor het gebruik en de implementatie van het online behandelprogramma stagneerde.

Contextuele factoren

Privé barrières

Met deze code werd de invloed van de persoonlijke omstandigheden in de privésfeer, op het starten met of het afronden van het online behandelprogramma bedoeld. Volgens behandelaren was de rust in het leven van de patiënten hierin het meest belangrijkste, zoals blijkt uit de volgende quote:

“Je moet dan wel echt in rustiger vaarwater komen, voordat ze überhaupt, ja dat is een beetje mijn ervaring, voordat je aansluiting hebt met iemand die dan volop in de stress zit. Als je bijvoorbeeld trammelant hebt over je uitkeren of trammelant met je burens of trammelant met je vrouw of man, dan werkt het op een of andere manier niet meer bij mensen” (Interview 10)

De online behandeling kon wel op de langere termijn beginnen, wanneer deze rust meer aanwezig was. De afwezigheid van deze rust zou dus de implementatie kunnen vertragen, maar zou de implementatie niet laten stuklopen.

Verder konden patiënten op persoonlijke vlak veel hebben meegemaakt, waardoor ze hun omgeving konden gaan wantrouwen. Een behandelaar zei hierover:

“Patiënten die heel erg veel wantrouwen hebben naar politie, justitie, hulpverlening. Over het algemeen werken die niet zo meteen heel erg goed met EMH, omdat ze denken 'Waar gaat mijn informatie naar toe, wie gebruikt dat, wie ziet dat, kan de reclassering het ook zien' ”

(Interview 9)

Patiënten konden ook veel psychische klachten hebben, of terugvallen in het oude ziektepatroon, waar eerst aan gewerkt moest worden voordat er rust en ruimte in het leven van de patiënt was om te beginnen aan de online behandeling. Dit ziektepatroon kon ervoor zorgen dat patiënten andere verwachtingen had ten opzichte van de behandeling. Een behandelaar gaf aan:

“Ook patiënten kunnen 'ga maar achter de computer zitten en vul maar in' ervaren als hup? Uhm zeker deze doelgroep die toch wel vaak geschaard zijn in hun vertrouwen, die niet de fijnste jeugd hebben gehad. Dan ga je er toch eerst op in, wat breng je hier? Hoe is het om hier te zijn? Wat is er volgens jou nodig?” (Interview 4)

Verder gaven behandelaren aan dat patiënten het druk konden hebben in hun normale, dagelijkse leven. Zo was er een patiënt die overdag moest werken en 's avonds moest zorgen voor zijn drie kinderen, waardoor het lastig was een geschikt moment te vinden om de online behandeling te bekijken en hiervoor privacy te krijgen. Deze privacy kon volgens behandelaren ook onder druk komen te staan, als patiënten in een woongroep leefden waar de behandeling niet geaccepteerd werd, of wanneer ouders aangaven dat zij de online behandeling onzin vonden en afkeurden.

Belemmerende en bevorderende patiënt-gerelateerde factor

Technologische factoren

Ervaren effectiviteit

Deze code belemmerde en bevorderde het gebruik van eHealth tijdens de behandeling, aangezien de ervaren effectiviteit van de online behandeling negatieve en positieve gevolgen heeft op het gebruik van het online behandelprogramma. Het negatieve gevolg, volgens de behandelaren, was dat patiënten eerder geneigd waren te stoppen met de online behandeling als de patiënten ervoeren dat de effectiviteit van de inhoud laag was. Dit leek het geval te zijn wanneer snel resultaat uitbleef. Patiënten zagen dan niet meer de meerwaarde van de online behandeling, waardoor de online behandeling werd afgekap en ook niet op de langere termijn weer opgepakt werd.

Daarentegen gaven behandelaren aan dat het een positief gevolg kon zijn wanneer de patiënten ervoeren dat de effectiviteit van de inhoud hoog was, zoals blijkt uit de volgende quote:

“Nou dat er snel een positief effect bereikt wordt. Dus als ze ervaren dat het ze helpt, nou dat motiveert om door te gaan.” (Interview 18)

Daarnaast gaven behandelaren aan dat de patiënten eerder zelfinzicht kregen, wanneer de gegeven voorbeelden uit de online behandeling aansloten bij de patiënten. Hierdoor werd de online behandeling eerder als effectief ervaren, wat ervoor zorgde dat de patiënten positieve ervaringen kregen met de online behandeling. Dit maakte dat de patiënten ook andere onderdelen uit het online behandelprogramma wilden gaan volgen.

Anderzijds kon het ook voorkomen dat de behandelaar en de patiënt, tijdens de online behandeling, erachter kwamen dat de behandeling niet meer effectief was voor de patiënt. Een behandelaar zei hierover:

“Het is soms dat je in de eerste instantie met iets begint maar dat je de echte problematiek pas een half jaar later in de kamer hebt. Waardoor je eigenlijk denk van 'het past niet meer', dus dan breek je gewoon af” (Interview 9)

Bevorderende patiënt-gerelateerde factoren

Patiëntfactoren

Zelfstandig thuis werken

De code hield het belang in van het zelfstandig thuis werken voor het gebruik van het online behandelprogramma. Behandelaren gaven vooral aan dat patiënten profiteerden van het zelfstandig thuis werken, aangezien dit in hun eigen tijd kon. Ze konden dan zelf de online behandeling invullen wanneer het hen uitkwam. Daarnaast hoefden ze niet meer te wachten op de bezoeken of naar de behandellocatie te reizen voor een deel van hun behandeling. Verder gaven behandelaren aan dat online behandeling aangepast kon worden aan het tempo van de patiënten. Sommige patiënten hadden namelijk meer tijd nodig dan beschikbaar was tijdens een bezoek aan de behandelaar. Een behandelaar gaf aan:

“Als ze in de kamer [van de behandelaar] zitten, heb ik best wel een behoorlijk tempo, ik zit dan te trekken en te duwen. Dat ze [thuis] in een rustige omgeving kunnen nadenken.”

(Interview 2)

Verder kregen de patiënten de mogelijkheid om de online behandeling terug te lezen en voorbeelden te bekijken. Ze hoefden niet alles te onthouden wat de behandelaren vertellen, wat er, volgens behandelaren, voor zorgt dat de behandeling beter beklijft. Dit zorgt dat het gebruik op de langere termijn gemakkelijker kon verlopen.

Als laatste gaven behandelaren aan dat patiënten de online behandeling zelfstandig deden en hierdoor trots konden zijn op zichzelf, zoals blijkt uit de volgende quote:

“Het feit dat iemand het zelf doet met de module, dat ze ook eerder trots zijn op zichzelf dat het is gelukt. Dat niet de therapeut je heeft geholpen, maar nu heb je het zelf gedaan. Je moet het namelijk zelf eigen maken.” (Interview 18)

Opener vertellen

Deze code hield de redenen in waarom de patiënten opener waren binnen een online behandelprogramma dan binnen de face-to-face behandeling. Patiënten konden het namelijk prettiger vinden om hun verhaal te vertellen in de online behandeling dan tijdens het face-to-face contact, waardoor het gemakkelijker was om het gebruik van de online behandeling voor deze groep patiënten op lange termijn te continueren. Verder gaven behandelaren aan dat sommige patiënten opener zouden durven te vertellen, omdat ze een gevoel van privacy ervaarden. Een behandelaar gaf aan:

“Ik denk dat ze weten dat het een afgeschermd iets is, waar ze veilig hun ding kunnen doen zeg maar, en waar alleen de behandelaar die is gekoppeld aan diegene die dingen kan zien. Dus de privacy is wel belangrijk. Iemand kan dan opener vertellen wat hij vindt.” (Interview 7)

Technologische factoren

Structuur

Deze code liet de structuur en de gevolgen van deze structuur zien die het online behandelprogramma toevoegde aan de face-to-face behandeling. De meeste behandelaren gaven immers aan dat ze tijdens dit face-to-face contact terugkwamen op de antwoorden uit het online behandelprogramma. Hierdoor volgden deze behandelaren de opzet van de online behandeling, wat zorgde voor structuur binnen de gehele behandeling. Behandelaren gaven namelijk aan dat zij vaak mee gingen in de bijzaken van de patiënt die ter tafel kwamen, terwijl dit geen onderdeel was van de hulpvraag.

Daarnaast zorgde de structuur ervoor dat behandelaren wisten wat de patiënten leerden, waardoor zij konden inhaken op de voorkennis van de patiënten, zoals blijkt uit de volgende quote:

“Ik merk wel dat het makkelijker is in de behandeling om het dan op te pakken dat ze [de patiënten] al ergens voorkennis in hebben en dat ze het hebben ervaren. . . . Ja, bijvoorbeeld bij piekeren, dan hebben ze een pieker momentje en dan hebben ze er dan al mee geoefend en dan kan je er wat makkelijker over napraten.” (Interview 8)

Ook zorgde de structuur ervoor dat patiënten volledig antwoord op hun hulpvraag ontvingen, aangezien behandelaren aangaven dat ze bepaalde onderwerpen konden vergeten of er niet aan toe gekomen waren in hun gesprekken. Daarnaast gaf een behandelaar het volgende voordeel:

“En het is minder tijdrovend, dan een face-to-face sessie, de koetjes en kalfjespraat noem ik dat dat, dat hoeft niet te worden gedaan.” (Interview 20)

Deze structuur was, volgens behandelaren, flexibel. Als de behandelaar merkte dat de patiënt behoefte had aan het oefenen van andere vaardigheden, kon er gemakkelijk een onderdeel toe worden gevoegd aan de online behandeling van de patiënt, zoals blijkt uit de volgende quote:

“. . . [Als de patiënt] toch wel wat meer wil lezen over bepaalde ontspanningsoefeningen en we zijn daar nog niet, dan haal ik die naar voren.” (Interview 9)

Deze voordelen zorgden ervoor dat het gebruik van eHealth naast het face-to-face contact op de langere termijn werd aangemoedigd en het belang van de online behandeling werd ingezien door behandelaren en patiënten.

Contextuele factoren

Naasten betrekken

Deze code omvatte het belang van de mogelijkheid van de online behandeling om naasten van de patiënt te betrekken in de behandeling van de patiënten. Behandelaren gaven aan dat de partners en/of kinderen mee konden kijken, zodat zij gemakkelijker betrokken werden bij de behandeling van de patiënt. De patiënt kon dan zijn/haar naasten makkelijker op de hoogte brengen hoe de behandeling eruitziet en ze konden gemakkelijker praten over de behandeling zelf, zoals blijkt uit de volgende quote:

“Vooral voor hun netwerk, dat ze dan denken van 'wat is dat dan forensisch' en uhm als ze dan samen dat doen, dat haalt wel een beetje het taboe erover weg.” (Interview 9)

Verder gaven behandelaren aan dat patiënten tijdens de online behandeling samen kon werken met een naaste, wanneer dit gewenst was. Hierdoor kon de naaste de patiënt motiveren, of duidelijk maken wat er gevraagd werd indien de patiënt dit niet begreep.

Discussie

Samenvatting resultaten

Het doel van dit onderzoek was om de invloed van de de patiënt-gerelateerde factoren en de daarbij horende contextuele en technologische factoren op de implementatie en het gebruik van eHealth in de fggz in kaart te brengen. Dit werd gedaan aan de hand van, door behandelaren benoemde, belemmerende en bevorderende patiënt-gerelateerde factoren. Een belangrijke belemmerende patiëntfactoren voor het gebruik van de online behandeling was, dat de behandelaren het online behandelprogramma niet wilden introduceren door het geschatte tekort aan capaciteiten en/of doordat patiënten een gevaar voor zichzelf en hun omgeving konden vormen. De afwezigheid van de benodigde computer of telefoon zorgde dat de patiënt niet aan de online behandeling kon beginnen. En het gebrek aan intrinsieke motivatie van de patiënt kon ervoor zorgen dat de online behandeling niet werd afgemaakt. De belangrijkste bevorderende patiëntfactoren voor het gebruik van de online behandeling waren de mogelijkheid om zelfstandig thuis te werken en de mogelijkheid voor de patiënt om opener te zijn, wanneer zij het lastig vonden om hun verhaal te delen tijdens het face-to-face contact. De belemmerende en bevorderende technologische factoren op de implementatie en het gebruik van eHealth in de fggz werden onderzocht met behulp van de eerste deelvraag. De belangrijkste belemmerende technologische factoren voor het beginnen met de online behandeling, waren de mate waarin de vaardigheden van de patiënten overeenkwamen met het niveau van het online behandelprogramma en de gebruiksvriendelijkheid van de technologie. De bevorderende factor voor het gebruik van de online behandeling was de structuur die het online behandelprogramma aanbracht in de face-to-face behandeling. Als laatste kon de effectiviteit van de online behandeling, die de patiënten ervaren bij het gebruik van de online behandeling, zowel een belemmerende en een bevorderende factor zijn. Lage effectiviteit kon namelijk ervoor zorgen dat de patiënten het nut van de behandeling niet inzagen, terwijl hoge effectiviteit patiënten kon motiveren om de behandeling door te zetten. De belemmerende en bevorderende contextuele factoren van de patiënt op de implementatie en het gebruik van eHealth in de fggz werden met behulp van deelvraag twee onderzocht. De belemmerende factor voor het gebruik van het online behandelprogramma was de invloed van de persoonlijke omstandigheden in de privésfeer van de patiënten. De bevorderende factor voor het gebruik was de mogelijkheid voor patiënten om hun naasten bij de behandeling te betrekken.

Interpretatie resultaten

De eerste patiënt-gerelateerde factor die opviel binnen de resultaten van dit onderzoek, was dat de, door Nathan et al. (2012) benoemde, heterogeniteit van de patiënten duidelijk naar voren kwam. Behandelaren gaven namelijk aan dat er grote verschillen zaten in de motivatie van de patiënten en in hoeverre het niveau van de inhoud van de online behandeling aansloot op de patiënten. Hierdoor kon de online behandeling niet voldoende op elke individuele patiënt aansluiten, terwijl dit wel van belang was volgens het RNR-model van Bonta en Andrews (2007). Minddistrict kan immers wel

gepersonaliseerd worden door de onderdelen van het programma te versnellen, terwijl bijvoorbeeld het niveau van de inhoud niet aangepast worden. Hierdoor was de responsiviteit van patiënten op Minddistrict laag, wat ervoor zorgde dat veel patiënten afhaakten (Greenhalg et al., 2017; Bastert et al., 2012). eHealth biedt echter ook de mogelijkheid deze responsiviteit te verhogen, aangezien eHealth voor elke individuele patiënt gepersonaliseerd kan worden (Tozzi, Nicolaidou, Galani & Antoniadou, 2018; Hollis et al., 2017). Hieruit komt de aanbeveling voort om de personalisatie mogelijkheden binnen het online behandelprogramma Minddistrict uit te breiden. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door verschillende versies van één behandelonderdeel van het online behandelprogramma te maken. De ene versie kan dan informatie bevatten wat wordt uitgelegd met eenvoudig taalgebruik en eenvoudige voorbeelden, terwijl het niveau van de inhoud in de andere versies steeds hoger zal liggen. Deze versies zouden gebaseerd kunnen worden op de verschillende taalniveaus van het referentiekader van de taalvaardigheid, wat is opgesteld door de Raad van Europa (NIOW, 2018). Met behulp van dit referentiekader kunnen de behandelaren en de patiënten dan samen bepalen welke versie de patiënt zal gaan gebruiken. Deze personalisatie mogelijkheden zijn ook te generaliseren naar andere eHealth interventies, aangezien volgens Price-Haywood, Harden-Barrios, Ulep en Luo (2017) en Wesselman et al. (2017) het personaliseren van eHealth van belang is voor het gebruik en de implementatie van de eHealth interventie.

Een belangrijke factor voor het (stoppen met het) gebruik van de eHealth interventie, volgens alle behandelaren, was het gebrek aan intrinsieke motivatie van de meeste patiënten. Dit kwam overeen met de bevindingen van Van der Veenen, Lucieer en Bogaerts (2018), zij vonden namelijk dat de fggz patiëntenpopulatie extrinsiek gemotiveerd zijn, waardoor zij een lage intrinsieke behandelmotivatie hebben. Orji, Vassileva en Greer (2018) gaven aan dat deze intrinsieke motivatie vergroot kon worden door persuasieve technologie binnen de eHealth interventie te gebruiken. Volgens Oinas-Kukkonen en Harjumaa (2009) zal een systeem dat de persuasieve technologie van het geven van beloningen ervoor zorgen dat de patiënten eerder gemotiveerd worden om de online behandeling af te maken. Daarnaast geven Oinas-Kukkonen en Harjumaa (2009) aan dat herinneringen van belang zijn voor het vervolgen van de eHealth interventie. De aanbeveling die hieruit volgt is het toevoegen van een optie in de online behandeling, die automatisch herinneringen verstuurt aan de patiënt, wanneer de patiënt geen activiteit heeft vertoond. De behandelaar moet dan de deadline voor het geven van de antwoorden opgeven, waardoor het systeem na het verstrijken van deze deadline per dag een reminder stuurt naar de patiënten. Daarnaast is de aanbeveling om een optie toe te voegen die automatisch beloningen, zoals virtuele trofeeën, stuurt aan de patiënten wanneer een sessie van de online behandeling hebben afgerond. Het is hierbij van belang dat de behandeling uit verschillende sessies bestaat, zoals het geval is bij Minddistrict, zodat de patiënt meerdere trofeeën kan behalen. De behaalde trofeeën zouden dan binnen de website te bekijken kunnen zijn, zodat de patiënt de behaalde trofeeën ook aan naasten zou kunnen laten zien. Deze virtuele beloningen en de optie om het aan naasten te laten zien, zal ervoor zorgen dat de patiënten meer intrinsieke motivatie ontwikkelen,

waardoor zij meer gebruik willen gaan maken van het online behandelprogramma (Oinas-Kukkonen & Harjumaa, 2009). Oinas-Kukkonen en Harjumaa (2009) geven bovendien aan dat de manier waarop de behandelaren de eHealth interventie introduceren van belang is voor het gebruik van de online behandeling door de patiënten. Behandelaren willen namelijk het online behandelprogramma niet introduceren, wanneer zij denken dat de introductie veel tijd en moeite zal kosten. De behandelaren hebben dus geen motivatie om de patiënten te motiveren (O’Conner, Kerr, Shields & Imms, 2017). Dit maakt dat het van belang is om ook de behandelaren te motiveren voor het gebruik van de eHealth interventie aan de hand van persuasieve technologie. Dit kan, volgens Oinas-Kukkonen en Harjumaa (2009) gebeuren door de geloofwaardigheid van de gegeven informatie van het online behandelprogramma te vergroten. Echter is de visie van de behandelaren op de geloofwaardigheid en de motivatie van de behandelaren niet onderzocht in dit onderzoek, waardoor het belangrijk is om dit verder te onderzoeken.

De context van de patiënten bleek, zoals genoemd door Kip et al. (2018), een belangrijke rol te spelen binnen het gebruik en het voortzetten van de implementatie van eHealth. 17 behandelaren gaven aan dat het beginnen met de online behandeling werd uitgesteld door de persoonlijke omstandigheden in de privésfeer van de patiënten. Er is echter nog weinig onderzoek gedaan naar de invloed van de privéomstandigheden van de patiënten. Het zou namelijk ook mogelijk kunnen zijn dat de patiënt wel de online behandeling kan volgen ondanks de persoonlijke omstandigheden uit de privésfeer. Behandelaren besluiten immers dat zij het online behandelprogramma niet introduceren wanneer de patiënt bijvoorbeeld aangeeft veel persoonlijke omstandigheden in de privésfeer te hebben. Een behandelaar gaf aan dat hij toch de online behandeling met een patiënt succesvol had afgerond, ondanks zijn eerste indruk dat de online behandeling niet zou werken bij de patiënt. Hieruit blijkt dat de beslissing voor het niet introduceren van de online behandeling niet altijd de juiste beslissing hoeft te zijn. Dit maakt het van belang is om meer onderzoek te doen naar de invloed van de persoonlijke omstandigheden in de privésfeer van de patiënten op het gebruik en de implementatie van eHealth. Dit zou bijvoorbeeld onderzocht kunnen worden door tijdens de intake gesprekken de mening van de patiënten te vragen of zij inschatten dat ze de online behandeling zouden kunnen volgen. Het gebruik van de online behandeling zou dan achteraf geëvalueerd kunnen worden, zodat de daadwerkelijke invloed van de persoonlijke omstandigheden onderzocht kan worden. Een ander voordeel van de mening van patiënten vragen tijdens de behandeling is, dat patiënten afweten van de mogelijkheden van eHealth. Wanneer patiënten dan graag gebruik willen maken van de online behandeling, zouden zij dit tijdens het interview kunnen aangeven.

Praktische aanbeveling

Een praktische aanbeveling voor het omgaan met de context van de patiënten is de huidige behandellocatie hierop aan te passen. Er werd namelijk aangegeven dat sommige patiënten thuis geen rust, privacy en/of technologische middelen hadden om aan de slag te gaan met de online behandeling.

Dit zou opgelost kunnen worden door een ruimte binnen de behandellocatie beschikbaar te stellen. In deze ruimte zouden computers aanwezig kunnen zijn met tussenborden en koptelefoons om de privacy van de aanwezige patiënten te waarborgen. Een bijkomend voordeel hiervan is, dat behandelaren meer zicht hebben op de patiënten, waardoor zij zeker weten dat de patiënt zelf de online behandeling invult. Echter is het van belang dat deze optie niet de optie om zelfstandig thuis te werken vervangt. Veel behandelaren (n=16) gaven namelijk aan dat de optie om zelfstandig thuis te kunnen werken een voordeel is van een eHealth interventie. De patiënten kunnen dan namelijk hun eigen behandeling inplannen, wat hen, zoals eerdergenoemd, in staat stelt om beslissingen te maken over hun eigen zorg. Volgens Notenboom, Blankers, Goudriaan en Groot (2012) zorgt dit ervoor dat de patiënten meer controle, dus meer zelfmanagement, hebben over hun eigen leven. Wanneer de patiënten veel zelfmanagement ervaren binnen een eHealth interventie, zal de behandeling eerder het gewenste doel op de meest efficiënte manier bereiken (Barret, 2013). Er zal dus een optie moeten komen voor patiënten om de online behandeling uit te voeren op de behandellocatie, echter is het van belang dit niet te promoten onder de patiënten, aangezien dan de mate van zelfmanagement van de patiënten achteruit gaat. Hierdoor zal de online behandeling minder snel het gewenste doel bereiken.

Sterke punten

De belemmerende en bevorderende factoren die door de behandelaren genoemd waren voor het gebruik en de implementatie van eHealth, kwamen grotendeels overeen, terwijl de functiegebieden en de achtergrond van de behandelaren uiteenlopend waren. Hierdoor is de kans groot dat de gevonden belemmerende en bevorderende factoren ook door behandelaren van andere ambulante fggz behandellocaties genoemd zullen worden. Daarnaast was er bij dit onderzoek geen sprake zijn van zelfselectie binnen de doelgroep, aangezien de teamleider de interviews had ingepland in de agenda's van alle behandelaren. Hierdoor ontstond echter wel de mogelijkheid dat de behandelaren sociaal-wenselijke antwoorden zouden gaan geven, wat ondervangen werd door tijdens de interviews te benadrukken dat de gegeven antwoorden alleen geanonimiseerd teruggekoppeld zouden worden aan de teamleider. De behandelaren leken hierdoor meer geneigd te zijn om geen sociaal-wenselijke antwoorden te geven.

Beperkingen

Een mogelijke beperking van dit onderzoek is het feit dat niet alle behandelaren (n=5) antwoord hebben gegeven op de vragen op basis van hun eigen directe ervaring met het online behandelprogramma. In dit onderzoek zijn namelijk ook de behandelaren geïnccludeerd die nog nooit gebruik hebben gemaakt van het online behandelprogramma, terwijl ze hier wel voor geschoold waren. Deze groep behandelaren heeft echter niet opvallend andere belemmerende en bevorderende factoren genoemd in vergelijking met de behandelaren die het online behandelprogramma wel gebruikten. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de patiënt-gerelateerde factoren

niet gebaseerd zijn op de ervaringen van de behandelaren. Het zou kunnen dat de behandelaren een inschatting hebben gemaakt over de mogelijke belemmerende en bevorderende factoren waardoor zij het online behandelprogramma wel of niet wilden introduceren. Blumenthal, Huckle, Czornyj, Craissati en Richardson (2010) en Tam en Law (2007) hebben gevonden dat de inschatting van de behandelaren over de fggz patiënten vaak niet overeen blijkt te komen met de inschatting van de patiënten over zichzelf. De ingeschatte belemmerende factoren zouden dus voor patiënten geen belemmeringen kunnen zijn. In dit onderzoek komt daarom niet duidelijk naar voren of de gevonden resultaten inschattingen of op ervaring gebaseerde patiënt-gerelateerde factoren zijn. Hierdoor is het van belang om, bijvoorbeeld met interviews, te onderzoeken of patiënten ongeveer dezelfde belemmerende en bevorderende factoren aangeven voor het gebruik van eHealth interventies.

Conclusie

Samenvattend blijkt dat het gebruik en de implementatie van de eHealth interventie binnen dit onderzoek achterblijft door het gebrek aan personalisatie mogelijkheden en het gebrek aan motivatie. De online behandeling kan meer gepersonaliseerd worden door onder andere rekening te houden met de verschillende taalniveaus van de patiënten, door verschillende versies van de online behandeling aan te bieden. De intrinsieke motivatie van de patiënten zou verhoogd kunnen worden met behulp van persuasieve technologie, zoals het geven van virtuele beloningen en herinneringen. Daarnaast bleek het ook van belang om de motivatie van de behandelaren voor het gebruik van de online behandeling te verhogen. Dit zou kunnen door de geloofwaardigheid van de gegeven informatie te vergroten, echter is hier weinig over bekend, dus is het van belang om hier meer onderzoek naar te doen. Verder bleek ook de omstandigheden uit de privésfeer van de patiënten een belangrijke belemmerende factor voor het gebruik en de implementatie van eHealth. Er bleek echter dat dit niet altijd een belemmerende factor hoefde te zijn, waardoor het van belang is om onderzoek te doen onder de patiënten naar hun mening over de invloed van hun privéomstandigheden op het gebruik van eHealth. Dit maakt het essentieel om de eHealth interventie aan te passen en meer onderzoek te doen naar de invloed van bevorderende en belemmerende factoren op het gebruik en de implementatie van eHealth, zodat alle patiënten de mogelijkheid krijgen om hun kans op recidive te verminderen met behulp van een gepersonaliseerde behandeling.

Referenties

- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct* (4th ed.). Newark, NJ: LexisNexis.
- Ax, R.K., Fagan, T.J., Magaletta, P.R., Morgan, R.D., Nussbaum, D., & White, T.W. (2007). Innovations in correctional assessment and treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 34(7), 893-905. doi: 10.1177/0093854807301555
- Barrett, D. I. (2013). Effectiveness of a telehealth and telecare learning resource within an undergraduate nursing curriculum. *Journal of the International Society for Telemedicine and eHealth*, 1(1), 12-18. doi: 10.1016/j.tele.2017.12.011
- Bastert, E., Schläfke, D., Pein, A., Kupke, F., Fegert, J.M. (2012). Mentally challenged patients in a forensic hospital. A feasibility study concerning the executive functions of forensic patients with organic brain disorder, learning disability, or mental retardation. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(3), 207-212. doi: 10.1016/j.ijlp.2012.02.010
- Bloem, O., Bulten, B., & Nijman, H. (2011). Psychopathologie onder gedetineerden. In Groen NH-editors. *Handboek Forensische Geestelijke Gezondheidszorg* (pp. 153–62). Nederland, Utrecht: De Tijdstroom
- Blumenthal, S., Huckle, C., Czornyj, R., Craissati, J., & Richardson, P. (2010). The role of affect in the estimation of risk. *Journal of Mental Health*, 19(5), 444-451. doi: 10.3109/09638231003728083
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). Risk-need-responsivity model for offender assessment and treatment (User Report No. 2007-06). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada. Retrieved from <http://www.courtinnovation.org>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci*, 4(1), 1-15. doi: 10.1186/1748-5908-4-50
- Davies, E.B. (2017). Annual Research Review: Digital health interventions for children and young people with mental health problems – a systematic and meta-review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 58 (4), 474-503. doi: 10.1111/jcpp.12663
- Ekeland, A. G., Bowes, A., & Flottorp, S. (2010). Effectiveness of telemedicine: a systematic review of reviews. *International journal of medical informatics*, 79(11), 736-771. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2010.08.006.
- eHealth monitor (2017). *Kies bewust voor eHealth: eHealth-monitor 2017*. Retrieved from Nictiz website: <https://nictiz.nl>
- Eng, T. R., Gustafson, D. H., Henderson, J., Jimison, H., & Patrick, K. (1999). Introduction to evaluation of interactive health communication applications. *American Journal of*

- Preventive Medicine*, 16(1). doi: 10.1016/S0749-3797(98)00107-X
- Greenberg, E., Dunleavy, E., & Kutner, M. (2007). *Literacy Behind Bars: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy Prison Survey*. NCES 2007-473. Washington, DC: National Center for Education Statistics
- Greenhalgh, T., Wharton, N. 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), 11. doi: 10.2196/jmir.8775
- Hakvoort, L., Bogaerts, S., Thaut, M. H., & Spreen, M. (2015). Influence of music therapy on coping skills and anger management in forensic psychiatric patients: an exploratory study. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 59(8), 810-836. doi: 10.1177/0306624X13516787
- Hellman, A.N., Cass, C., Cathey, H., Smith, S.L., Hurley, S. (2018). Understanding Poverty: Teaching Social Justice in Undergraduate Nursing Education. *Journal of Forensic Nursing*, 14 (1), pp. 11-17. DOI: 10.1097/JFN.0000000000000182
- Hollis, C., Falconer, C.J., Martin, J.L., Whittington, C., Stockton, S., Glazebrook, C., & Huson, A., Nordeman, L., Bos, F., & Knuttel, M. (2008). *Technologische ontwikkelingen in de GGZ: e-mental health en subsidies nader bekeken*. Nederland: Stichting Pandora.
- Kelders, S. M., Kok, R. N., Ossebaard, H. C., & Van Gemert-Pijnen, J. E. (2012). Persuasive System Design Does Matter: A Systematic Review of Adherence to Web-Based Interventions. *Journal of Medical Internet Research*, 14(6). doi: 10.2196/jmir.2104
- Kip, H., Bouman, Y. H. A., Kelders, S. M., & van Gemert-Pijnen, J. E. W. C. (2018). eHealth in Treatment of Offenders in Forensic Mental Health: A Review of the Current State. *Frontiers Psychiatry*. doi:10.3389/fpsyt.2018.00042
- Kip, H., & van Gemert-Pijnen, J. E. W. C. (2018). Holistic development of eHealth technology. In van Gemert-Pijnen JEWC, (Ed.), *eHealth Research, Theory and Development: A Multi Disciplinary Approach* (pp. 131-166). Abingdon, UK: Routledge.
- KNMG. (2018). eHealth. Retrieved from: <https://www.knmg.nl>
- Kooistra, L. C., Wiersma, J. E., Ruwaard, J., van Oppen, P., Smit, F., Lokkerbol, J., . . . Riper, H. (2014). Blended vs. face-to-face cognitive behavioural treatment for major depression in specialized mental health care: study protocol of a randomized controlled cost effectiveness trial. *BMC Psychiatry*, 14, 290. doi:10.1186/s12888-014-0290-z
- Larsen, D., Stamm, B. H., Davis, K., & Magaletta, P. R. (2004). Prison telemedicine and telehealth utilization in the United States: State and federal perceptions of benefits and barriers. *Telemedicine Journal and e-Health*, 10, 81-87. doi: 10.1089/tmj.2004.10.S-81

- Nathan, R., Cramond, L., Brown, A., McEllin, B., & Whittington, R. (2012). Approaches to personality disordered offenders: Experiential and empirical lessons from the Forensic Personality Disorder Assessment and Liaison Service. *British Journal of Forensic Practice*, 14 (4), 281-291. doi:10.1108/14636641211283084
- Nijland, N., Gemert-Pijnen, J. E. W. C., Boer, H., Stehouder, M. F., & Seydel, E. R. (2008). Evaluation of internet-based technology for supporting self-care: problems eHealth in de (ggz) praktijk 49 encountered by patients and caregivers when using self-care applications. *J Med Internet Res*, 10(2), e13. doi: 10.2196/jmir.957
- NIOW (2018) Europese taalniveaus. Geraadpleegd op https://www.niow.nl/taaltrainingen/europese-taalniveaus?gclid=Cj0KCQjw37fZBRD3ARIsAJihSr1A1H5635Gh1h1zR2Rxx_mni3oK94CJJy1-1Us7SveaZ8vZfZIYU0aArQFEALw_wcB
- Notenboom, A., Blankers, I., Goudriaan, R., & Groot, W. (2012). *e-Health en zelfmanagement: een panacee voor arbeidstekorten en kostenoverschrijdingen in de zorg?* Nederland, Den Haag: APE
- Nugteren, I.C., Duineveld, L.A.M., Wieldraaijer, T., van Weert, H.C.P.M., Verdonck-de Leeuw, I.M., van Uden-Kraan, C.F., Wind, J. (2017). Need for general practitioner involvement and eHealth in colon cancer survivorship care: Patients' perspectives. *Family Practice*, 34(4), 473-478. doi: 10.1093/fampra/cmw139
- O'Connor, B., Kerr, C., Shields, N., & Imms, C. (2017). Understanding allied health practitioners' use of evidence-based assessments for children with cerebral palsy: a mixed methods study. *Disability and rehabilitation*, 1-13. doi: 10.1080/09638288.2017.1373376
- Oinas-Kukkonen, H., & Harjumaa, M. (2009). Persuasive systems design: Key issues, process model, and system features. *Communications of the Association for Information Systems*, 24(1), 28. Geraadpleegd op <http://aisel.aisnet.org/cais/vol24/iss1/28>
- Orji, F.A., Vassileva, J., & Greer, J. (2018). Personalized persuasion for promoting students' engagement and learning. *CEUR Workshop Proceedings*, 2089, 77-87. Retrieved from www.scopus.com
- Pieterse, M., Kip, H., & Martinez, R. C. (2018). The complexity of eHealth Implementation: a theoretical and practical perspective. In van Gemert-Pijnen JEWC, (Ed.), *eHealth Research, Theory and Development: A Multi-Disciplinary Approach* (pp. 247-270). Abingdon, UK: Routledge.
- Price-Haywood, E.G., Harden-Barrios, J., Ulep, & R., Luo, Q. (2017). EHealth Literacy: Patient Engagement in Identifying Strategies to Encourage Use of Patient Portals Among Older Adults. *Population Health Management*, 20(6), 486-494. doi: 10.1089/pop.2016.0164
- Popma A., Blaauw E., & Bijlsma E. (2012). Psychiatrische comorbiditeit van verslaving in relatie tot criminaliteit. In: Blaauw E., Roozen H. (eds). *Handboek forensische verslavingszorg*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten. doi: 10.1007/978-90-88516_1

- Sävenstedt, S., Sandman, P. O., & Zingmark, K. (2006). The duality in using information and communication technology in elder care. *Journal of advanced nursing*, 56(1), 17-25. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03975.x
- Schuler, M.S., Puttaiah, S., Mojtabai, R., & Crum, R.M. (2015). Perceived barriers to treatment for alcohol problems: A latent class analysis. *Psychiatric Services*, 66(11), 1221-1228. doi: 10.1176/appi.ps.201400160
- Sorbi, M.J. & Riper, H. (2009). e-Health – gezondheidszorg via internet. *Psychologie en gezondheid*, 37(4), 191-201. doi:10.1007/BF03080400
- Tam, C., & Law, S. (2007). Best practices: A systematic approach to the management of patients who refuse medications in an assertive community treatment team setting. *Psychiatric Services*, 58(4), 457-459. Retrieved from: <https://ps.psychiatryonline.org>
- Tozzi, F., Nicolaidou, I., Galani, A., & Antoniadis, A. (2018). eHealth interventions for anxiety management targeting young children and adolescents: Exploratory review. *Journal of Medical Internet Research*, 20 (5). doi: 10.2196/pediatrics.7248
- Transfore. (2016). Transfore maakt de samenleving veiliger. Retrieved from <https://www.transfore.nl/transfore-maakt-de-samenleving-veiliger>
- Van der Veeke, 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., Nijland, N., van Limburg, M., Ossebaard, H. C., Kelders, S. M., Eysenbach, G., & Seydel, E. R. (2011). A Holistic Framework to Improve the Uptake and Impact of eHealth Technologies. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), e111. doi: 10.2196/jmir.1672
- Vansteenkiste, M., Sierens, E., Soenens, B., & Lens, W. (2007). Willen, moeten en structuur in de klas: over het stimuleren van een optimaal leerproces. *Begeleid zelfstandig leren*, 16(2), 37-58. Retrieved from: <hdl.handle.net>
- Verbeek, M., Knispel, A., & Nuijen, J. (2015). *GGZ in tabellen 2013-2014*. Retrieved from Trimbos-Instituut website: <https://assets.trimbos.nl>
- Wesselman, L.M.P., Schild, A.-K., Coll-Padros, N., van der Borg, W.E., Meurs, J.H.P., Hooghiemstra, . . . Euro-SCD working group (2018). Wishes and preferences for an online lifestyle program for brain health—A mixed methods study. *Alzheimer's and Dementia: Translational Research and Clinical Interventions*, 4, 141-149. doi: 10.1016/j.trci.2018.03.003
- Zijlstra, L., & Wishman, R. (2012, 16 februari) De forensische zorg is er niet om cliënten gelukkig te maken. Verslavingszorg Noord-Nederland. Retrieved from: <https://www.vnn.nl>

Zijlstra, W., Kelders, S., Kip, H., & Beverdam, A. (2016). *eHealth in de (GGZ) praktijk: Een inventarisatie van eHealth voorkeuren en mogelijkheden binnen de geestelijke gezondheidszorg* (Master these, Universiteit Twente, Nederland). Retrieved from <http://essay.utwente.nl>

Bijlagen

Bijlage 1: De flyer



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.

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

- 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 opnieuw 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 Hanneke Kip (h.kip@transfore.nl) of Floor Sieverink (f.sieverink@utwente.nl)

DIRECTIEBUREAU

NICO BOLKESTEINLAAN 1

7416 SE Deventer

0570604445

INFO@TRANSFORE.NL

WWW.TRANSFORE.NL

TRANSFORE



Bijlage 2: Het interviewschema

Hierbij is in rood aangegeven wat gedaan moest worden als de behandelaar geen gebruik maakte van Minddistrict. Daarnaast is tussen haakjes aangegeven bij welk onderdeel van het NASSS-framework de vraag hoort, gebaseerd op figuur 1. Alleen de demografische gegevens behoren niet tot een onderdeel.

Interviewschema behandelaars Transfore

In dit interview gaan we op zoek naar factoren die het gebruik van Minddistrict 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 Minddistrict 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 Minddistrict 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 behandelaars.

We beginnen eerst met wat vragen over de implementatie van Minddistrict in aanraking bent gekomen en over uw huidige gebruik. Daarna gaan we kijken naar de toegevoegde waarde die Minddistrict kan hebben, en hoe het gebruik van Minddistrict 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 Minddistrict: 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 Minddistrict

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

4. Hoe en wanneer bent u voor het eerst in aanraking gekomen met Minddistrict? (*Organization*)
5. Wat was uw eerste indruk van Minddistrict op de schaal van zeer goed, goed, neutraal, slecht, zeer slecht? En waarom? (*Value proposition*)
6. Hoe ervaren u de manier waarop Minddistrict aan u geïntroduceerd werd op de schaal van zeer goed, goed, neutraal, slecht, zeer slecht? En waarom? (*Organization*)

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? (*Embedding and adoption over time*)
 - a. Hoeveel patiënten heeft u in totaal?
 - b. 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? (*Embedding and adoption over time*)
9. Hoe gebruikt u de antwoorden van cliënten in uw behandeling? (*Embedding and adoption over time*)
10. Zijn er ook type patiënten waarbij u Minddistrict niet gebruikt? Hoe komt dit? (*Condition*)
11. Hoe bepaalt u welke module bij welke cliënt/problematiek hoort? (*Embedding and adoption over time*)
12. Gebruikt u altijd alle sessies uit alle modules of maakt u keuzes? (*Embedding and adoption over time*)
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? (*Adopters*)
 - a. Stel dat een patiënt de module niet afmaakt, wat zijn de redenen?
 - b. Stel dat een patiënt lijkt te stoppen met het gebruik/sessies niet meer af maakt, wat doet u dan? Waarom?
 - c. 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 op de schaal van zeer goed, goed, neutraal, slecht, zeer slecht? En waarom? (*Adopters*)

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? (*Adopters*)
 - a. Welke voordelen ervaren collega's?
16. Welke voordelen heeft het gebruik van Minddistrict voor de patiënt? (*Adopters*)
17. Welke voordelen heeft het gebruik van Minddistrict voor Transfore? (*Organization*)

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 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?

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? (*Embedding and adaptation over time*)
- 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? (*Adopters/ Condition/ Technology*)
 - 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? (*Adopters/ Condition/ Technology*)
 - 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? (*Organization/ Technology*)
 - 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.? (*Wider system*)
 - Zijn er bepaalde **eigenschappen** van Minddistrict die het gebruik lastiger maken? (*Technology*)
 - 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 nu te ondersteunen in Minddistrict? (*Adopters/ Condition/ Technology*)
- Wat zou er gedaan kunnen worden om u op de langere termijn te kunnen ondersteunen?

Bijlage 3: Het informed consent

Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)

Titel onderzoek: Implementatie Minddistrict bij Transfore

Verantwoordelijke onderzoeker: 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 opgave van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

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

Naam onderzoeker:
.....

Datum: Handtekening onderzoeker: