

“Dat stuk inzicht aan het begin, dat heeft mij heel erg geholpen.”

**Een interview studie
naar ervaringen van cliënten met een blended behandelmodel gericht op
Sustainable Mental Health**

**Masterthese
Psychologie**

Marte Disse

Faculty of Behavioural, Management and Social Sciences (BMS)

**Department of Positive Psychology and Technology
Universiteit Twente (PPT)**

Supervisors

Vincent van Bruggen
Gerben Westerhof

Enschede, Nederland

25-03-2019

UNIVERSITY OF TWENTE.

Samenvatting

Achtergrond Naast de recente structuurverandering binnen de ggz in Nederland heeft er over de laatste twintig jaar een verschuiving plaatsgevonden in de visie op mentale gezondheid. De focus van behandelingen ligt in toenemende mate op het bevorderen van eigen regie en zelfmanagement. Parallel wordt steeds meer gebruik gemaakt van blended behandelingen binnen de eerstelijnszorg. Echter bestaat er nog weinig onderzoeken hoe cliënten deze insteek ervaren.

Onderzoeksvraag Hoe ervaren cliënten de online-welkomstmodule in combinatie met het eerste gesprek binnen het blended e-Mental health behandelmodel gericht op duurzame mentale gezondheid?

Methode De data werd verzameld door middel van semigestructureerde interviews die bij negen vrijwilligers werden afgenomen. Het onderzoek werd opgezet met een interview design. De studie heeft een exploratief karakter. Er werd niet naar saturatie gestreefd. Met behulp van de codeersoftware atlas.ti werd middels een bottom-up benadering een codeerschema opgesteld om de ervaringen van cliënten met de welkomstmodule en het gesprek in kaart te brengen.

Resultaten De meerderheid van de geïnterviewden heeft de online welkomstmodule in combinatie met het eerste gesprek als positief ervaren. Het vaakst genoemde beleefde effect was inzicht in de eigen situatie. Echter heeft slechts een cliënt opgemerkt dat dit inzicht nog verdiept werd tijdens het eerste gesprek. De helft van de respondenten rapporteerde dat de behandelaar geen feedback op de welkomstmodule heeft gegeven. Door het invullen van de welkomstmodule voelden de meeste geïnterviewden goed voorbereid op de intake. Met betrekking op het eerste gesprek gaven de meeste deelnemers aan dat ze een 'goede klik' met behandelaren het meest belangrijke in een gesprek vinden.

Conclusie Samenvattend kan worden gesteld dat de welkomstmodule in combinatie met het eerste gesprek bij Mindfit door de meerderheid van de ondervraagden als positief werd ervaren. Het heeft de meeste deelnemers geholpen om inzicht in hun situatie te krijgen. Het feit dat bijna de helft van de ondervraagden geen feedback heeft ontvangen op de inhoud van de welkomstmodule is verrassend en impliceert verder onderzoek naar redenen hiervoor. De belangstelling die cliënten hebben voor de relatie met de behandelaar in blended care geeft aanleiding voor verder onderzoek naar deze relatie.

Abstract

Background Besides the recent restructuring of the mental health care system in the Netherlands, a shift has occurred in the view of mental health over the last twenty years. The focus in psychological treatment increasingly lies on fostering self-management and involvement of patients rather than on focussing on curing psychopathology. Recently, a working model on Sustainable Mental Health has been developed in accordance with the new vision on mental health. Also, blended treatment is increasingly used in the primary mental health care sector. However, information about how care users experience this new form of treatment is scarce and there is a need for research in this field.

Research question How do patients experience the online-welcome-module in combination with the first face-to-face contact in the blended care treatment regarding sustainable mental health?

Methods The data was collected by conducting semi-structured interviews with nine volunteer patients. This exploratory research was set up with an interview design. The study did not aim at saturation. In a bottom-up approach, using the coding program atlas.ti, coding schemes were developed to analyse the patients' experiences with the online welcome module in combination with the intake.

Results The majority of the participants in this study experienced the online welcome module in combination with the intake positively. The benefit that was experienced by most of the clients in this study was to have gained insight in their own situation and condition. However, merely one patient mentioned to have experienced that the insight was additionally deepened during the intake. By having filled in the online module most interviewees felt well prepared for the face-to-face contact with the therapist. Half of the respondents reported that the therapist did not give feedback on the module during the intake. Regarding the first face-to-face contact most comments of respondents referred to the experienced contact with the therapist which implicates that the client-therapist-relationship is an important aspect for clients.

Conclusion In sum it can be stated that the majority of respondents rated the experience with the online module in combination with the first face-to-face contact as positive. Most of the patients experienced the module as beneficial for gaining insight in their situation. The fact that half of the participants did not get any feedback on the module is surprising and implicates a need for further research. The contact with the therapist seemed important to most clients which suggests exploring this relationship in blended care in future research.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Abstract	3
Inhoudsopgave.....	4
Omstructurering GGZ	6
Mentale Gezondheid.....	7
Het Sustainable Mental Health Model	8
E-health	10
Blended care en Sustainable Mental Health.....	12
Doel van het onderzoek	13
Methode.....	14
Design.....	14
Mindfit: Op weg naar Duurzame Mentale Gezondheid	14
Procedure.....	14
Participanten.....	15
Inclusiecriteria	15
Exclusiecriteria	15
Interventie.....	16
Interview.....	17
Deel A: Welkomstmodule	17
Deel B: Het eerste gesprek/de intake.....	17
Deel C: Veranderingen	17
Ethische aspecten	18
Data analyse	18
Procedure kwalitatieve analyse	18
Resultaten	20
Welkomstmodule.....	20
Gebruiksvriendelijkheid van de welkomstmodule	20
Beleving/Ervaring welkomstmodule	21
Ervaren effect van de welkomstmodule	22
Gesprek.....	22
Doel voor gesprek	22
Kwaliteit gesprek.....	23
Tevredenheid gesprek.....	23
Contact met de behandelaar.....	24

Ervaren effect van het gesprek	24
Discussie.....	26
Aanbevelingen voor de aanmeldprocedure	28
Beperkingen van de studie & Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	29
Conclusie.....	30
Referenties.....	31
Bijlage 1 - Informatiebrief.....	36
Bijlage 2 - Toestemmingsformulier.....	38
Bijlage 3 – Interview met cliënten.....	40
Bijlage 4 – Codeerschema Welkomstmodule.....	45
Bijlage 5 – Codeerschema Gesprek.....	46
Bijlage 6 -Toelichting codeerschema's	47
Bijlage 7 - Tabel: Resultaten individueel perspectief.....	49

Van de Nederlandse bevolking tussen de 18 en 64 jaar ervaart rond 43 procent ooit in hun leven psychische klachten die te diagnosticeren zijn volgens de DSM. Bij vier van de 10 mensen binnen deze groep heeft de ziekte een chronisch beloop (de Graaf, ten Have & Dorsselaer, 2010). In 2015 bedroegen de landelijke kosten van psychische aandoeningen in Nederland 21 miljard euro. Dit is bijna dubbel zoveel als de kosten voor hart- en vaatziekten (11,5 miljard euro) (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2017). NEMESIS-onderzoek laat zien dat er nog steeds een grotere vraag naar professionele psychologische hulp bestaat dan dat er aangeboden wordt. Er is dus een dringende maatschappelijke behoefte aan effectieve, efficiënte en duurzame behandelvormen voor psychische klachten (de Graaf et al., 2010; Kazdin & Blase, 2011; Shafran et al., 2009).

Omstructurering GGZ

Om de voorziening van geestelijke gezondheidszorg te verbeteren, effectiever en economischer te maken is er in 2014 in Nederland de geestelijke gezondheidszorg (ggz) opgesplitst in de generalistische basis ggz (GB-GGZ) en de specialistische ggz (S-GGZ). Ook spreekt men van eerstelijns- en tweedelijnszorg. Hierbij is het aanbod binnen de basis ggz, de eerstelijnszorg, kortdurend en minder intensief. Binnen de specialistische ggz, de tweedelijnszorg, is behandeling traditioneel uitgebreider en langer van aard. Deze onderverdeling heeft als doel om te kunnen differentiëren tussen behandeling van mensen met lichte tot matige klachten en cliënten met een complexere problematiek. (Rijnders & Heene, 2015). Niet voor alle mensen die psychische klachten ervaren heeft een langdurige en intensieve behandeling een meerwaarde. Uit onderzoek is gebleken dat vooral bij lichte tot matige klachten kortdurende, minder intensieve interventies even effectief kunnen zijn als lange en intensieve therapieën (Bower et al., 2013; Cuijpers, Donker, Van Straten, Li & Andersson, 2010; Farrand & Woodford, 2013; van Straten, Meeuwissen, Tiemens, Hakkaart, Nolen & Donker, 2007). Voor de praktijk binnen de basis ggz betekent het nieuwe beleid minder contacturen met hulpverleners en daaruit resulterend hebben cliënten meer eigen verantwoordelijkheid en eigen regie in hun genezingsproces (de Graaf et al., 2010; de Ruiter, van Greuningen & Luijk, 2017). Om mensen zo goed mogelijk te ondersteunen en te begeleiden in hun proces in richting mentale gezondheid is het belangrijk om te weten hoe cliënten de nieuwe insteek beleven en hoe deze zelfstandigheid het beste bevorderd kan worden. Potentiële hulpmiddel hiervoor komen voort uit e-health technologieën die in de Nederlandse basis ggz steeds vaker toegepast worden (van Gemert-Pijnen, Peters & Ossebaard, 2013) en nog nader worden toegelicht.

Mentale Gezondheid

Naast de recente structuurverandering binnen de ggz in Nederland heeft er over de laatste twintig jaar een verschuiving plaatsgevonden in de visie op mentale gezondheid. Tot de jaren 2000 lag op het gebied van psychologisch onderzoek de focus vooral op het begrijpen, verklaren en behandelen van psychopathologie. Een persoon werd dus alleen als gezond beschouwd bij afwezigheid van ziekte. Sinds twee decennia zijn wetenschappers in toenemende mate bezig met onderzoek naar factoren waardoor mensen mentaal welbevinden ervaren, naast aan- of afwezigheid van ziekte (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Positieve psychologie omvat theorieën en onderzoek over wat het is dat een leven het meest leefbaar maakt (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). De focus ligt op de positieve aspecten van mentale gezondheid die boven de afwezigheid van pathologie uitgaan. Mentale gezondheid omvat drie factoren: (1) emotioneel welbevinden, (2) psychologisch welbevinden en (3) sociaal welbevinden (Keyes, 2005). Emotioneel welbevinden heeft volgens Diener (1984) betrekking op drie gebieden: de beleving van positieve emoties, de afwezigheid van negatieve emoties en tevredenheid met het eigen leven. Uit onderzoek bleek dat emotioneel welbevinden belangrijk is in het menselijke functioneren en een positief effect heeft op gezondheid en herstel (Lamers, Bolier, Westerhof, Smit & Bohlmeijer, 2012). Psychologisch welbevinden heeft betrekking op de mate van zelfrealisatie die mensen ervaren. Het streven naar doelen en het exploreren van de eigen mogelijkheden zijn hierbij van belang. Volgens Ryff (1989) zijn er zes dimensies die bij de beleving van psychologisch welbevinden een rol spelen: (1) doelgerichtheid, (2) persoonlijke groei, (3) autonomie, (4) omgevingsbeheersing, (5) zelfacceptatie en (6) positieve relaties (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof, & Walburg, 2013). Sociaal welbevinden beschrijft de mate van optimaal sociaal functioneren van mensen in de maatschappij (Keyes, 1998).

Mentaal welbevinden en mentale klachten zijn volgens inzichten uit de positieve psychologie twee gerelateerde maar aparte dimensies van mentale gezondheid. Een model dat mentale gezondheid op deze wijze beschrijft is het twee-continua model (Keyes, 2002, 2005; Kendler, Myers, Maes, & Keyes, 2011; Westerhof & Keyes, 2009). Dit model houdt in dat puur de afwezigheid van klachten nog niet automatisch betekent dat iemand mentaal gezond is. Mentaal welbevinden en mentale klachten kunnen co-existeren, en vooral kunnen mensen er mentaal welbevinden ervaren ook als ze psychische klachten hebben (Keyes, 2002, 2005; Kendler, et al., 2011). Ook de World Health Organization (WHO) erkent dat niet alleen de afwezigheid van klachten bepalend is voor mentale gezondheid en definieert deze als volgt: *[...] a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her*

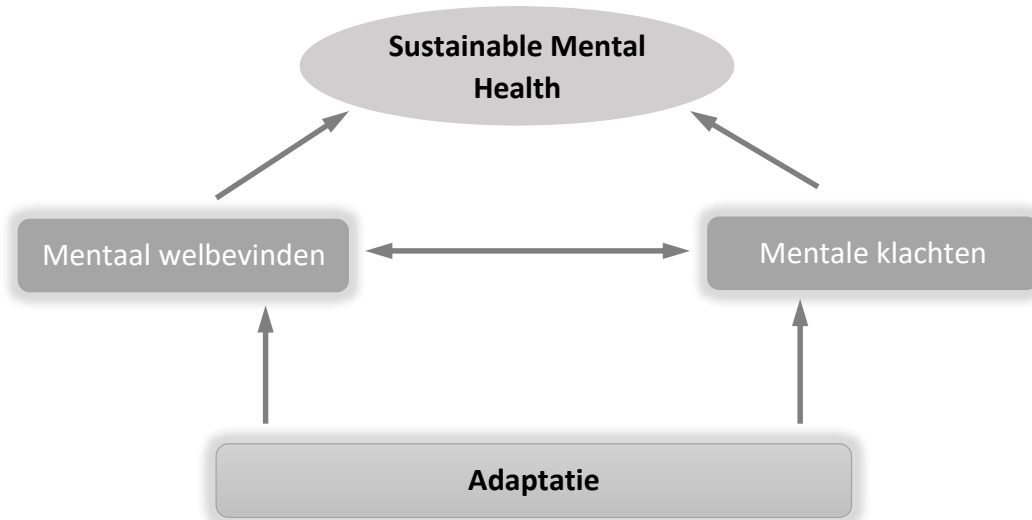
community (WHO 2005, p.2). Huber en collega's (2011) hebben in het kader van een Gezondheidsraad-conferentie in Nederland een aanpassing van de bestaande definitie bediscussieerd en geformuleerd: *gezondheid als het vermogen om zich aan te passen en regie te voeren in het licht van sociale, fysieke en emotionele uitdagingen* (Huber et al., 2011). Deze nieuwe definitie beschrijft een dynamisch proces van continue aanpassing aan levensomstandigheden en niet zo zeer een toestand ('state'). Het vermogen tot adaptatie en het voeren van regie staan hierbij centraal (Huber et al., 2011).

Voor de praktijk betekent de insteek vanuit de positieve psychologie dat behandelingen in de ggz zich niet slechts moeten richten op het bestrijden van klachten maar bovendien op het versterken van welbevinden door bijvoorbeeld het activeren van eigen regie en veerkracht in cliënten (Bohlmeijer, Bolier, Lamers & Westerhof, 2017a). Er is al veel onderzoek verricht naar de effecten van positieve psychologische interventies op welbevinden. Uit onderzoek bleek dat welbevinden de veerkracht in mensen kan bevorderen (Carver, 1998; Ahern, Kiehl, Sole & Byers, 2006). Bovendien blijken interventies die gericht zijn op het bevorderen van welbevinden een positief effect te hebben op het vermogen om met dagelijkse stressoren van een steeds sneller veranderende leefomgeving om te gaan (Fledderus, Bohlmeijer, Smit & Westerhof, 2010). Ook kan mentale gezondheid de weerstandscapaciteiten verhogen en zowel tegen fysieke als ook psychische aandoeningen beschermen en zo bijdragen aan het adaptief functioneren van patiënten (Grant, Guille & Sen, 2013; Lamers et al., 2012; Schotanus-Dijkstra, ten Have, Lamers, de Graaf & Bohlmeijer, 2017; Trompetter, de Kleine & Bohlmeijer, 2017).

Het Sustainable Mental Health Model

De nieuwe visie op mentale gezondheid en de omstructurering van de geestelijke gezondheidszorg eist aanpassingen van behandelmodellen in de praktijk (Emmelkamp et al., 2014). De rol van de cliënt verschuift van een passieve naar een actieve rol in zijn eigen zorgproces (Postel, Witting & Van Gemert-Pijnen, 2013). Om deze nieuwe rol van de cliënt en het proces in richting mentale gezondheid in kaart te brengen en zo werkbaar en meetbaar te maken werd door de onderzoekers Bohlmeijer, Westerhof en Kleijn (2017b) het *Sustainable Mental Health Model (SMH-model)* ontwikkeld, afgebeeld in figuur 1. In dit model staat het vermogen tot adaptatie van de cliënt centraal. Het model baseert in grote lijnen op het twee-continua model van Westerhof en Keyes (2009) en sluit aan bij de definitie van Huber et al. (2011). Een verdere theorie die het SMH-model onderbouwt is de door Antonovsky (1996) ontwikkelde theorie van de *sense of coherence (SOC)*. Hierin beschrijft hij 'generalized resistance resources (GRRs) die voor mensen een succesvolle omgang met stressoren in het leven mogelijk maken. Door herhaaldelijk gebruik te maken van deze resources ontstaat

volgens Antonovsky de 'sense of coherence' (SOC), een mentale houding waarbij de wereld als begrijpelijk, betekenisvol en als beïnvloedbaar beschouwd wordt. Volgens deze theorie zijn mensen meer of minder (on)gezond in de mate waarin ze over de volgende drie vaardigheden



Figuur 1. Het Sustainable Mental Health Model

beschikken: het vermogen om de situatie te begrijpen, het vermogen om de situatie te beschouwen als iets zinvol en het vermogen om bronnen te activeren. Hoe sterker deze vaardigheden zijn ontwikkeld hoe meer een mens in richting gezondheid kan bewegen (Antonovsky, 1996). Antonovsky benadrukt dat met de sense of coherence een houding wordt beschreven die mensen ontwikkelen door het herhaaldelijk meemaken van tegenslag en het aanpassen hierop. Mensen worden gedurende hun leven herhaaldelijk met verschillende levensomstandigheden geconfronteerd. Om van ervaringen met situaties en omstandigheden te kunnen leren is het volgens Antonovsky (1996) van essentieel belang om het vermogen te ontwikkelen om ervaringen te kunnen begrijpen en in de eigen bestaande visie op het leven en de wereld te integreren en ze aan te gaan. Volgens het SMH-model is er sprake van duurzame mentale gezondheid bij aanwezigheid van emotioneel, psychologisch en sociaal welzijn én de afwezigheid van ernstige, complexe psychopathologie (Bohlmeijer, et al., 2017b). Adaptatie wordt hierbij begrepen als een aanhoudend proces van aanpassing aan levensomstandigheden, dat zowel omgaan met tegenslag inhoudt, als ook het gebruiken van positieve ervaringen in de richting van meer geestelijke gezondheid. In het SMH-model is het voeren van regie en zelfmanagement omschreven met het concept van adaptatie (Bohlmeijer et al., 2017b). Het SMH-model kan dienen als kader om dit proces werkbaar en meetbaar te maken, zodat

interventies ontwikkeld kunnen worden die aansluiten op het bevorderen van het vermogen tot adaptatie en uiteindelijk een bijdrage leveren aan een ontwikkeling in richting duurzame mentale gezondheid (Bohlmeijer et al., 2017b).

E-health

Een veelbelovend hulpmiddel bij het bevorderen van eigen regie en verantwoordelijkheid bij mensen met psychische klachten is het gebruik van *e-mental health (EMH)*, of kortweg *e-health* (Andersson & Titov, 2014; Cuijpers et al., 2010; Emmelkamp et al., 2014). Er zijn talloze definities van e-health. Een veelgebruikte definitie werd geformuleerd door de e-health onderzoeker Eysenbach (2008): “*e-Health is an emerging field in the intersection of medical informatics, public health and business, referring to health services and information delivered or enhanced through the Internet and related technologies*” (van Gemert-Pijnen, Peters & Ossebaard, 2013, p.13). E-health interventies worden sinds eind jaren negentig in toenemende mate ingezet binnen de basis ggz in Nederland. Voordelen van e-health zijn bijvoorbeeld diens toegankelijkheid, de reikwijdte, verminderde zorgkosten en flexibiliteit in de aanpassing aan individuele behoeftes van hulpvragers wat betreft inhoud maar ook tijd (Barak, Hen, Boniel-Nissim & Shapira, 2008; Barak & Grohol, 2011; van Gemert-Pijnen et al., 2013; Shalini & Adair, 2014;). In 2018 hadden 97 procent van de Nederlanders toegang tot Internet (CBS, 2018). Echter zijn er ook duidelijke nadelen inherent aan het gebruik van e-Health. De waarborging van privacy en een nog vrij lage adherentie (van Beugen, Middendorp, van der Vaart, Ferwerda & Evers, 2015; Kelders, Kok, Ossebaard & Van Gemert-Pijnen, 2012; van Gemert-Pijnen et al., 2013) zijn aspecten die verder onderzocht en verbeterd moeten worden. Ook aarzelen veel mensen nog bij het gebruik van technologie en voor iets persoonlijks als het behandelen van psychische klachten en geven de voorkeur aan een persoonlijk gesprek (Barak et al., 2008). Tevens is de ontwikkeling van e-health programma's met hoge kosten verbonden (Ariens, et al., 2017; Granja, Janssen & Johansen, 2018).

In de toekomst zou e-Health kunnen bijdragen aan het dichten van het gat tussen de vraag naar behandeling en het aanbod van hulpverlening (Shalini & Adair, 2014).

Naast economische en geografische voordelen van e-health werd tevens door onderzoek aangetoond dat online uitgevoerde interventies een positief effect kunnen hebben op lichte tot matige psychopathologie (Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy & Titov, 2010; Barak et al., 2008; Richards & Richardson, 2012). Vooral bij de klachten van depressie en angststoornissen konden positieve effecten worden bereikt door online-behandeling (Pots, Meulenbeek, Veehof, Klungers & Bohlmeijer, 2014; Andersson, Carlbring, Ljótsson & Hedman, 2013). Een aantal studies demonstreren dat vooral op cognitieve gedragstherapie (CGT) gebaseerde online

interventies even effectief kunnen zijn als face-to-face CGT-behandelingen, vooral bij de net genoemde diagnoses plus bij fobieën en posttraumatische stressstoornis (PTSS). In deze studies wordt wel nadruk gelegd op de impact van begeleiding in de vorm van feedback en nabespreking (Klein, Mitchell et al., 2009; Andersson & Titov, 2014; Spek, Cuijpers, Nyklíček, Riper, Keyzer & Pop, 2007). In de meeste systematische reviews bleek dat over het algemeen een verhoogde effectiviteit en hogere adherentie geassocieerd wordt met enige vorm van begeleiding (Andersson & Cuijpers, 2009; Newman, Szkodny, Llera & Przeworski, 2011; Richards & Richardson, 2012).

Een vorm van behandeling die zowel zelfstandige actie van de cliënt vraagt maar waarbij ook begeleiding gegeven wordt, is *blended* behandeling of *blended care*. Hiervan is er sprake wanneer online sessies gecombineerd worden met face-to-face contacten zodat het beste van beide therapievormen gebundeld kan worden (van der Vaart, Atema, & Evers, 2016). Echter is onderzoek naar blended care nog schaars (Wentzel, van der Vaart, Bohlmeijer & Van Gemert-Pijnen, 2016). De optimale ratio en de inhoud van blended behandelingen is nog onduidelijk (Wentzel et al., 2016; Wright et al., 2005). Het is vooral belangrijk dat zowel cliënten maar ook behandelaren deze vorm van behandeling accepteren en ook waarderen om deze zo optimaal mogelijk toe te passen. Wanneer e-health interventies slechts worden toegevoegd aan face-to-face behandelingen in plaats van ze te integreren en als geheel nieuwe behandelvorm toe te passen, bestaat de kans dat de potentiële positieve effecten niet worden bereikt (Kenter et al., 2015; Postel et al., 2013). Om dit te voorkomen is het noodzakelijk om ervaringen van gebruikers van blended care in kaart te brengen (Musiat, Goldstone & Tarrier, 2014; Young, 2005) en de inhoud en opmaak van online interventies met deze ervaringen en behoeftes af te stemmen om zo het beoogde doel van verandering van gedrag of attitudes te faciliteren. Er wordt geadviseerd om gebruikers bij de ontwikkeling te betrekken (Cook & Jonikas, 2002; Finfgeld, 2004; van Gemert-Pijnen et al., 2013).

Een van de nog weinige studies naar de beleving van blended behandeling werd uitgevoerd door van der Vaart en collega's (2014). Hieruit kwam naar voren dat binnen de blended behandeling online sessies als positief werden ervaren door cliënten, vooral met betrekking tot de bevordering van eigen regie. Hierbij werd door cliënten vooral genoemd dat ze het positief vonden om zelf te kunnen bepalen wanneer en in welke tempo ze de sessies willen doen, dat ze het gevoel van meer eigen verantwoordelijkheid hadden en dat op die manier de therapie goed aansloot bij het dagelijkse leven. Bovendien werd door bijna alle participanten genoemd dat de online sessies hen goed voorbereidden op de face-to-face contacten. Alle deelnemers, zowel cliënten als ook behandelaren hebben hun behoefte benadrukt om naast online sessies

persoonlijk contact met elkaar te hebben. Ook gaf de meerderheid van respondenten aan dat praktische onderdelen van therapie zoals het voeren van een dagboek, tests of psycho-educatie het beste online kan worden uitgevoerd en dat proces-gerelateerde onderdelen (bediscussieren van gedachten en gevoelens of evalueren) beter in een persoonlijk gesprek kan plaatsvinden. Als conclusie werd gesteld dat blended behandeling een waardevolle aanvulling kan zijn in het bevorderen van zelfmanagement in cliënten (van der Vaart, Witting, Riper, Kooistra, Bohlmeijer & van Gemert-Pijnen, 2014).

Blended care en Sustainable Mental Health

Het belang van nieuwe evidence-based behandelmodellen die zowel aansluiten bij behoeftes van cliënten als ook bij het doel vanuit de nieuwe ggz om cliënten in hun eigen regie en hun vermogen tot adaptatie te bevorderen, brengt nieuwe uitdagingen op het gebied van psychologisch onderzoek met zich mee. Een model dat het proces van cliënten in richting duurzame mentale gezondheid werkbaar en meetbaar maakt is het Sustainable Mental Health Model (Bohlmeijer et al., 2017b). Zoals eerder toegelicht staat het vermogen tot adaptatie hierin centraal. In de ontwikkeling van dit vermogen spelen verschillende aspecten een rol.

Een aspect dat vanuit de positieve psychologie wordt benadrukt is dat psychologisch welbevinden de veerkracht in cliënten kan bevorderen. Dit onderdeel van welbevinden ontstaat onder andere door het beleven van autonomie, omgevingsbeheersing en doelgerichtheid (Bohlmeijer et al., 2013). Dit zijn ervaringen die bij cliënten gestimuleerd kunnen worden doordat ze zelfstandig online-modules doorlopen om hun situatie te leren beheersen en te beïnvloeden. Dergelijke uitkomsten in de beleving van cliënten konden worden aangetoond in onderzoek naar het effect van blended behandelingen. In het contact met een behandelaar ontvangen cliënten de nodige feedback op de inhoud van online interventies (van der Vaart et al., 2014; Wentzel et al., 2016). Morris and Aguilera (2012) stelden dat feedback en interpretatie door een therapeut of coach het inzicht bij cliënten in hun problematiek kan vergroten en zo de therapeutische relatie kan versterken.

Een verder aspect stelt Antonovsky (1996) in zijn theorie van de Sense of Coherence (SOC). Door het herhaaldelijk toepassen van 'generalized resistance resources' (GRRs) een mentale houding kan worden ontwikkeld waarbij de wereld als begrijpelijk, betekenisvol en als beïnvloedbaar beschouwd wordt. Deze theorie impliceert dat cliënten zich in richting mentale gezondheid bewegen wanneer ze hun eigen situatie begrijpen, wanneer ze het verband tussen hun handelen, de omgeving en de consequenties inzien en vervolgens zelf iets kunnen veranderen (Antonovsky, 1996). Uit onderzoek blijkt dat het verkrijgen van inzicht in hun eigen situatie door cliënten als zodanig wordt ervaren door het volgen van online interventies in

combinatie met face-to-face contacten (van der Vaart et al., 2014). Wanneer een gezondheidszorgsysteem door cliënten als beïnvloedbaar ervaren wordt en dat zij zelf vorm kunnen geven aan hun behandeling kan eigen regie en uiteindelijk zelfbestemming faciliteren en bevorderen (Dornan, 2002; Ellis & King, 2003).

Doel van het onderzoek

Het overkoepelende doel van de actuele studie is het om te onderzoeken of het door Bohlmeijer en collega's (2017b) nieuw ontwikkelde model van duurzame mentale gezondheid (SMH-model) als nieuw werkmodel kan dienen in de generalistische basis ggz. Met deze studie wordt onderzocht hoe cliënten blended care ervaren gericht op duurzame mentale gezondheid. Omdat cliënten in toenemende mate een actieve rol innemen binnen hun eigen behandeling is het van essentieel belang op het cliëntperspectief te betrekken bij onderzoek naar en de ontwikkeling van blended care (van Gemert-Pijnen et al., 2013).

De onderzoeksvraag luidt:

Hoe ervaren cliënten de online-welkomstmodule in combinatie met het eerste gesprek binnen het blended e-Mental health behandelmodel gericht op duurzame mentale gezondheid?

Methode

Design

In het actuele onderzoek is er sprake van een interview design. Het onderzoek heeft een exploratief karakter om ervaringen van cliënten in kaart te brengen. In een semigestructureerd interview werden cliënten naar hun beleving gevraagd wat betreft de welkomstmodule in combinatie met het eerste gesprek en het eerste face-to-face contact en de kwaliteit en werkzaamheid/effect van de welkomstmodule en het intakegesprek. Het volledige interview is weergegeven in bijlage 3. Nadat er 9 interviews waren afgenomen werden deze getranscribeerd door de interviewer. Er werd vervolgens een inhoudelijke analyse van de antwoorden uitgevoerd om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden.

Mindfit: Op weg naar Duurzame Mentale Gezondheid

Mindfit is een stichting van de Dimence groep die vanuit de positieve psychologie kortdurende begeleiding aanbiedt binnen de generalistische basis GGZ. De doelgroep van de instelling bestaat uit mensen van 18 jaar en ouder die meestal doorverwezen zijn door de huisarts of de POH. De cliënten hebben een groot spectrum aan ziektes en ziektesymptomen, waarbij het grootste aandeel cliënten aan angst- en stemmingsstoornissen lijdt (<http://www.intranet.dimence.nl/Mindfit/>). Er zijn ook cliënten met chronische klachten die worden begeleid bij Mindfit, in zoverre ze stabiel zijn. De behandelpakketten variëren van licht, naar matig en intensief en worden toegepast naarmate de zorgzwaarte van de desbetreffende casuïstiek (<https://www.mindfit.nl>). Alle cliënten die zijn aangemeld bij Mindfit worden uitgenodigd om de welkomstmodule te doorlopen voordat ze het eerste gesprek hebben.

“We zetten ons actief in om die mentale veerkracht te versterken door oplossingsgerichte, positieve psychologie, met aandacht voor de leefomstandigheden en omgeving van onze klant.”

Dit is een uittreksel van het beleid van Mindfit (<https://www.mindfit.nl/over-mindfit>). Mindfit heeft zich als doel gesteld om begeleiding aan te bieden die mensen handvatten biedt om de aanwezige klachten te verminderen en bovendien om in de toekomst met tegenslag om te kunnen gaan. Aansluitend op de recente ontwikkelingen binnen theorie en praktijk binnen de gezondheidszorg in Nederland en basierend op het werkmodel van duurzame mentale gezondheid (Bohlmeijer et al., 2017b) heeft Mindfit een blended e-mental health behandelmodel ontwikkeld, bestaand uit vijf stappen.

Procedure

Cliënten die aan de inclusiecriteria voldeden werden door de onderzoekers middels een informatiebrief benaderd. De brief is te vinden in bijlage 1. Voor het geval dat ze gingen besluiten om deel te nemen aan het onderzoek werden ze gevraagd om het bijgevoegde toestemmingsformulier (weergegeven in bijlage 2) in te vullen en in te leveren bij Mindfit. De

beoordeling of een cliënt voldeed aan de inclusiecriteria lag bij de coördinator zorginnovatie & digitalisering, Mindfit Office. Cliënten uit de kringen Almelo Oost, Almelo West, Zwolle en Deventer werden in november en december 2018 door twee studenten-onderzoekers telefonisch benaderd voor een afspraak voor een interview. Het interview werd vervolgens afgenomen bij die cliënten die als eerst aan de telefoon bereid waren om voor een interview naar een Mindfit vestiging te komen. Voor het actuele onderzoek werden in totaal 9 cliënten geïnterviewd. Om praktische redenen en vanwege het exploratieve karakter werd voor een beperkte steekproefgrootte gekozen. Er werd niet naar saturatie gestreefd.

Participanten

De cliëntengroep van de basis ggz-instelling Mindfit kwam in aanmerking voor de deelname aan dit onderzoek. Hier worden mensen met lichte tot matige klachten behandeld. Cliënten hebben zich vrijwillig aangemeld om aan het onderzoek deel te nemen. In tabel 1 is de verdeling te zien van de participanten qua geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. De gemiddelde leeftijd was 39 jaar, waarbij de jongste respondent 19 jaar en de oudste 60 was. Er hebben vier mannen en vijf vrouwen deelgenomen.

Inclusiecriteria

Cliënten die voldoen aan de volgende criteria komen in aanmerking:

- 18 jaar of ouder
- Geldige en passende (qua symptomen) verwijzing voor begeleiding in de basis ggz
- Toegang tot internet
- Beschikken over een werkzame computer en een e-mailadres
- Nederlandse taal beheersen: spreken, lezen en schrijven

Exclusiecriteria

Cliënten die voldoen aan de volgende criteria komen *niet* in aanmerking:

- Verwijzing gericht op uitgebreid diagnostisch onderzoek
- Verwijzing specifiek gericht op behandeling met EMDR (*eye movement desensitization en reprocessing*)
- Verwijzing afkomstig vanuit de specialistische ggz in combinatie met zorgzwaarte chronisch

Tabel 1

Demografische Gegevens van de Deelnemers aan het Onderzoek (n = 9)

Categorie	Aantal (n = 9)
Geslacht	
Man	4
Vrouw	5
Leeftijd	
Gemiddeld	39 jaar
18 t/m 35 jaar	3
36 t/m 60 jaar	6
Opleidingsniveau	
HBO	4
MBO	3
WO	2

Interventie

Het Mindfit-behandelmodel omvat een online welkomstmodule binnen de online-omgeving “Minddistrict” waarvoor cliënten in de uitnodigingsbrief voor het eerste gesprek een weblink ontvangen. Daarop volgt het intakegesprek, zo spoedig mogelijk naarmate van wachttijden. Er is dus sprake van een blended behandelmodel waarbij de interactie tussen cliënt en behandelaar asynchroon verloopt, dus niet tegelijkertijd (Postel et al., 2013).

Het gehele behandelmodel bestaat uit vijf stappen, waarvan in dit onderzoek de eerste drie werden betrokken.

De eerste stap van de behandeling bestond uit het KOP-model van Rijnders en Heene (2015) waarin cliënten gestimuleerd werden om zelfstandig online aan de slag te gaan om hun klachten, omstandigheden en persoonlijke stijl in kaart te brengen. KOP is een afkorting voor Klachten, Omstandigheden en Persoonlijke stijl. Middels de formule $K = O \times P$ werd aan cliënten gevraagd om zelf een hypothese op te stellen hoe hun klachten zijn ontstaan. Bij het invullen van de online-module werden cliënten geïnspireerd om hun negatieve omstandigheden en persoonlijke eigenschappen in te vullen maar vooral ook de positieve aspecten in hun leven. Volgens het KOP-model ontstaan klachten wanneer mensen met hun coping gedrag niet de omstandigheden in hun leven aan kunnen: $Klachten = Omstandigheden \times Persoonlijke\ stijl$. Wanneer een persoon klachten ervaart kan een verbetering van de mentale gezondheid bereikt worden door óf het verminderen van moeilijke omstandigheden, wat vaak onmogelijk is, óf door het versterken van positief coping gedrag van deze persoon. Mensen helpen zichzelf te helpen staat bij dit behandelmodel centraal (Rijnders & Heene, 2015). Stap twee bevatte de

online-oefening ‘Schijf-van-Vijf’, waarin cliënten gestimuleerd werden om op vijf verschillende levensgebieden te evalueren hoe tevreden ze erover zijn en wat ze er eventueel aan zouden willen veranderen tijdens de behandeling bij Mindfit. Nadat de Mindfit-clients de eerste twee stappen online zelfstandig hebben genomen vormde het intakegesprek de derde stap waarin het de bedoeling was om de inhoud van de ingevulde online-module te bespreken. Vervolgens werd dan in het gesprek gezamenlijk met de behandelaar een diagnose gesteld, de hulpvraag besproken en een behandelplan opgesteld (<http://www.intranet.dimence.nl/Mindfit/>).

Interview

Deel A: Welkomstmodule

In deel A van het interview werd de gebruiksvriendelijkheid, de tevredenheid, de kwaliteit en het beleefde effect hiervan uitgevraagd. Vragen in dit onderdeel waren: *“Is het gelukt om met de welkomstmodule aan de slag te gaan?”*, *“Wat vond u ervan dat u de welkomstmodule vooraf aan het eerste gesprek hebt ingevuld?”*, *“Wat denkt u dat volgens de makers van de welkomstmodule het beoogde resultaat/effect zou moeten zijn van het doorlopen van de module?”* of *“Heeft de welkomstmodule u geholpen?”*. Om te waarborgen dat de geïnterviewden herinneren hoe het was om de welkomstmodule te doorlopen, werden hen de afbeeldingen van de online werkomgeving voorgelegd. Bovendien werden cliënten gestimuleerd om hun antwoord te beredeneren middels doorvragen.

Deel B: Het eerste gesprek/de intake

Om de door de gebruikers beleefde tevredenheid, het effect, de gebruiksvriendelijkheid en de kwaliteit met het eerste gesprek (de intake) in kaart te brengen werden vragen gesteld zoals *“Welk cijfer zou u het eerste gesprek geven?”*, *“Heeft u het gesprek verder geholpen?”*, *“Was het gesprek voldoende duidelijk voor u?”* of *“Is er tijdens het eerste gesprek een duidelijke hulpvraag en behandeldoelen geformuleerd?”*. Ook hier gingen interviewers op antwoorden doorvragen.

Deel C: Veranderingen

In het derde onderdeel van het interview werden deelnemers naar beleefde veranderingen tijdens de startfase van het behandelmodel gevraagd. Vragen luidden bijvoorbeeld *“In hoeverre was deze verandering (door cliënt eerder benoemd) ook opgetreden zonder de begeleiding tot nu toe?”* of *“Hoe belangrijk is deze verandering voor u?”*. Deze vragen werden door cliënten beantwoord door een antwoord te kiezen uit een schaal van 1 t/m 5 waarbij 1 betekent “Deze verandering was niet opgetreden zonder de begeleiding tot nu toe.” en 5 staat voor “Deze verandering was ook opgetreden zonder de begeleiding tot nu toe.”.

Het volledige interview is te vinden in bijlage 3.

Ethische aspecten

Het hanteren en opslag van gegevens en geluidsopnames

Om de veiligheid van de vergaarde data te waarborgen werden de geluidsopnames van de interviews op een hiervoor aangelegde en met een wachtwoord beveiligde harde schijf opgeslagen. Het wachtwoord hiervoor is alleen de twee studentenonderzoekers bekend en de begeleidende docent, die tevens als behandelaar bij Mindfit werkt. Uiteraard werden de gegevens vertrouwelijk en anoniem gehanteerd volgens de Nederlandse wet bescherming persoonsgegevens. De verzamelde interviews werden middels identificatiecodes aan deelnemers gekoppeld. Na het proces van transcriptie waren slechts nog de codes zichtbaar. De kwalitatieve analyse werd alleen door de twee studentenonderzoekers uitgevoerd.

Data analyse

Procedure kwalitatieve analyse

Ten eerste werden interviews afgenomen en tegelijk opgenomen met een microfoon en een laptop. De opnames werden op een beveiligde harde schijf opgeslagen zodat alleen de betrokken onderzoekers toegang erop hadden.

In een tweede stap werden de afgenomen interviews ($n = 9$) getranscribeerd en. Dit werd door de onderzoeker zelf uitgevoerd. Zo kon er meteen een eerste indruk worden vergaard van de ervaringen van cliënten met het invullen van de welkomstmodule en het eerste gesprek. Reeds tijdens het transcriberen werden de interviews geanonimiseerd, indien er namen genoemd werden om zo de privacy van cliënten en behandelaren te waarborgen. Dit was alleen bij twee cliënten het geval.

Nadat de interviews getranscribeerd waren werden deze in een derde stap met behulp van atlas.ti [versie 8] gecodeerd. Hiervoor werd eerst een top-down analyse toegepast om een overzicht te scheppen. Dit werd gedaan door langs de onderwerpen van de gestelde vragen fragmenten uit de antwoorden te groeperen. Voor de welkomstmodule waren dit: gebruiksvriendelijkheid, tevredenheid, kwaliteit en effect; over het gesprek werden cliënten gevraagd naar hun beleving van tevredenheid, effect, gebruiksvriendelijkheid en kwaliteit.

In een vierde stap werd vervolgens voor een bottom-up codering gekozen om beter aan te sluiten bij de ervaringen van de cliënten. Sommige codegroepen die uit de top-down codering samengesteld waren bleken op een ander thema betrekking te hebben vanuit cliëntenperspectief. Bijvoorbeeld werd bij de vraag naar de beleefde kwaliteit van het gesprek door een meerderheid van de cliënten ingegaan op de kwaliteit van het contact met de behandelaar. Hieruit resulterend werd er de apart codegroep “contact met behandelaar” van gemaakt.

Omdat er slechts een kleine groep cliënten ($n = 9$) geïnterviewd werd, werden alle negen interviews iteratief beoogd tot dat er het volledige codeerschema was opgesteld, zoals te zien in de bijlagen 4 en 5.

Uiteindelijk werden er met betrekking tot de welkomstmodule vier codegroepen gevormd:

- (1) gebruiksvriendelijkheid (positief/negatief),
- (2) beleving/ervaring (positief/negatief),
- (3) effect (positief/neutraal) en
- (4) beoogde effect van Mindfit.

Met betrekking tot het eerste gesprek zijn er vijf groepen van codes benoemd:

- (1) kwaliteit (positief/negatief),
- (2) tevredenheid (positief/negatief),
- (3) doel,
- (4) effect (positief/negatief) e
- (5) contact met behandelaar (positief/negatief).

Cliënten hadden tijdens de interviews de neiging om dingen te herhalen. Daarom werd van tevoren vastgelegd om sub-codes slechts enkelvoudig te tellen per cliënt. Het kan dus zijn dat iemand dingen meermaals noemt als antwoord op de vraag welk effect het heeft gehad. Een gegeven antwoord was *[...] dat dat voor mezelf ook zorgt voor wat overzicht en voor wat rust, de dingen ook wat scherp kon zien.* Deze uitspraak werd gecodeerd met twee sub-codes van effect: effect-rust en effect-overzicht. Wanneer dit op een later moment in hetzelfde interview herhaald werd is dit niet geteld als verdere uitspraak.

Een uitgebreide toelichting van de codedefinities is te vinden in bijlage 6.

Resultaten

Welkomstmodule

(Het volledige codeerschema is te vinden in bijlage 4)

De eerste vragen van het interview hadden betrekking op eerste indrukken en belevingen van cliënten. Gezien het totale aantal codes, zijn door geïnterviewden 108 positieve opmerkingen gemaakt en slechts 29 negatieve met betrekking tot de welkomstmodule. De drie code-groepen 'gebruiksvriendelijkheid', 'beleving/ervaring' en 'effect' omvatten in totaal 28 positieve aspecten en 15 negatieve. De code 'beoogde effect van Mindfit' bevatte geen subcodes.

Gebruiksvriendelijkheid van de welkomstmodule

Geen van de negen respondenten heeft technische problemen ondervonden bij het doorlopen van de module en de opbouw van de module was voor hen duidelijk. Vijf cliënten vonden de module wel lang en uitgebreid maar niet *te* lang, plus ze zagen ook de meerwaarde om het goed in te vullen.

[“Het kostte wel even wat tijd en wat energie, dus je moest er echt wel even voor gaan zitten maar het was wel goed om ook voor mezelf even goed op papier te zetten.”] (Interview 7)

Twee deelnemers herinnerden dat ze het fijn vonden om de module op te kunnen splitsen dat alles automatisch werd opgeslagen. Het feit dat cliënten een reminder ontvangen als de module nog niet af is gemaakt, vonden drie personen heel nuttig.

De digitale begeleiding van de module in vorm van personages en filmpjes met voorbeeldcasussen vonden acht cliënten zeer behulpzaam en gaven aan dat ze hierdoor beter begrepen wat van hen verwacht wordt.

[“De voorbeelden van Loes en Jeremy, was het volgens mij, vond ik heel fijn om te lezen. Ik kreeg toch een beetje een beeld van ah, ok, dat is dus de bedoeling, om dat dan ook te reflecteren op je eigen situatie.”] (Interview 4).

Negatieve aspecten die door cliënten werden opgemerkt zijn het gebruik van moeilijke taal (een persoon), dat ze veel info aan het begin moesten lezen (een persoon), dat ze de welkomstmodule onoverzichtelijk vonden of dat ze de antwoorden op de vragen in de module niet wisten, dat ze juist daarvoor bij Mindfit zijn terechtgekomen (een persoon).

Beleving/Ervaring welkomstmodule

Cliënten werden gevraagd om een cijfer aan de welkomstmodule te geven. Het gemiddelde cijfer voor de welkomstmodule is een 7,5, waarbij het hoogste cijfer een 8,5 en het laagste een 6 is.

De meerderheid van de deelnemers (7 personen) heeft het als *zinnig* ervaren om de welkomstmodule in te vullen. Hierbij kwam kijken dat ze het zowel voor zichzelf (5 personen) als ook voor de behandelaar nuttig vonden, zodat die al enig informatie over hun situatie had vóór het gesprek. Bovendien werd de originaliteit van het KOP-model door drie mensen als positief opgemerkt en vier geïnterviewden vonden dit een fijne manier om hun probleem te verwoorden.

[*“Ik vond dat heel fijn om op deze manier gewoon wel mijn probleem helder te schetsen. Dus, het heeft me wel geholpen om dingen ook helder te verwoorden.”*] (Interview 7)

Met betrekking tot de oefening `schijf van 5´ merkten twee cliënten op dat ze het een mooie methode vonden een doel te kunnen kiezen en om prioriteiten aan te kunnen geven.

[*“Verder vond ik het wel fijn om aan te geven waar ik mij het meeste op wilde focussen. En wat je zei, de kerndoelen wat zijn echt de dingen waar je mee bezig wilt. Dus dat vond ik wel fijn dat je daar een prioriteit kan aanstippen in de WM.”*] (Interview 8)

Drie personen vonden specifiek de schijf van 5 minder waardevol, deels omdat ze niet alle levensgebieden van toepassing achtten.

Alle deelnemers (9 personen) hebben het als uitdaging ervaren om op alle onderdelen van de WM te antwoorden, zowel qua hoeveelheid als ook qua motivatie en cognitief en reflectief vermogen (zie bijlage 6).

[*“Het is wel gelukt, maar daarom zit je er ook wel even aan omdat je dus wel echt duidelijk moet formuleren en duidelijk moet gaan teruggaan van `wat voel ik? wat is dat wat het veroorzaakt?´.”*] (Interview 8)

Als negatief werd door vier personen opgemerkt dat de welkomstmodule onpersoonlijk was, dat ze zich meer begeleiding hierin zouden wensen. Op de vraag hoe ze de begeleiding het liefst zouden willen ontvangen werd geantwoord dat ze de WM liever samen tijdens de intake hadden willen invullen of dat het pas ná de intake gevraagd werd om het in te vullen, wanneer ze er zelf meer inzicht hadden.

Voor een complete overzicht van de codes zie bijlage 4.

Ervaren effect van de welkomstmodule

De vraag of de welkomstmodule cliënten heeft geholpen, antwoordden acht van de negen geïnterviewden met “Ja.” De het vaakst genoemde beleefde effecten zijn “inzicht” (6 personen) in de eigen problematiek door het zelf in kaart te brengen welke factoren erbij een rol spelen en zes personen benoemden als ervaren effect dat het invullen van de module hen aan het nadenken heeft gezet (“nadenken/reflectie”). De meerderheid (7 personen) van de ondervraagden heeft de WM als zinvol ervaren, en vijf van die zeven personen gaven aan dat ze de module zinvol vonden juist omdat ze het zelf moesten doen.

[“Puur het feit dat ik zelf in kaart moest brengen, van heel kritisch moest achtervragen, hoe zat dat ook al weer en waar kan dat nou vandaan komen. Ik weet nog dat ik echt, toen ik er klaar mee was, dat overzicht, een beetje dat aha-moment had.”] (Interview 4)

Verder hebben vijf deelnemers bericht dat ze de welkomstmodule nuttig vonden als voorbereiding en als aanleiding voor het aanstaande gesprek. Slechts een persoon gaf aan dat het haar niets heeft opgeleverd. Drie geïnterviewden hebben als een effect van de welkomstmodule ervaren dat ze door de vragen in de WM een sturing in richting een focus van hun behandeling kregen en dat ze hierdoor hun doelen en hun prioriteiten duidelijk voor ogen hadden.

Gesprek

In totaal werden er door cliënten 36 aspecten genoemd over het gesprek, waarvan 75 procent (27 aspecten) en 25 procent negatieve (9 aspecten). De resultaten worden vervolgens in de codegroepen ‘doel voor gesprek’, ‘kwaliteit’, ‘tevredenheid met gesprek’, ‘contact met behandelaar’ en ‘effect van het gesprek’ toegelicht. Voor het codeerschema van het gesprek zie bijlage 5.

Doel voor gesprek

Cliënten werden gevraagd of ze een doel voor ogen hadden met het eerste gesprek. Vier ondervraagden gaven aan dat ze blanco erin zijn gegaan en geen specifiek doel hadden. Drie respondenten wilden tijdens het eerste gesprek samen met de behandelaar een plan van aanpak en behandelmogelijkheden duidelijk krijgen.

[“Ja, voor mij was het doel om helder te krijgen van hoe verder en waar heb ik het meeste baat bij. Wat is de inschatting.”] (Interview 4).

Verder werd door cliënten genoemd dat ze in het gesprek graag antwoorden op hun vragen of gewoon hulp of handvatten wilden krijgen.

Kwaliteit gesprek

Onder kwaliteit werd de inhoud van het gesprek gerangschikt. Hier werd minder naar de ervaringen van cliënten gevraagd maar meer of bepaalde dingen aan bod zijn gekomen zoals het bespreken van de welkomstmodule of waarop de focus van het gesprek lag volgens cliënten. Acht van de negen ondervraagden gaven aan dat volgens hen de focus op de situatie van de cliënt zelf en zijn/haar klachten lag. Een persoon benoemde dat de focus op het bespreken van de WM en het opstellen van een plan van aanpak gericht was. Vier geïnterviewden bevestigden dat de door hen ingevulde welkomstmodule expliciet werd besproken. Dit hield ook in dat de informatie erbij gehaald werd.

[*“Ja, zijn wij eigenlijk mee begonnen. Zij had dit ook bij wat ik had ingevuld. Toen hebben we het eigenlijk een beetje besproken en toen kon ik het ook toelichten wat ik bij de KOP had ingevuld. Dus het was eigenlijk het eerste wat we deden. Dat vond ik wel heel prettig.”*] (Interview 8).

Echter gaven vijf ondervraagden aan dat tijdens het gesprek de inhoud van de welkomstmodule niet aan bod is gekomen.

[*“Nee, over het kop schema en de schijf van vijf heeft zij het niet gehad.”*] (Interview 9).

Verder gaven vijf cliënten aan dat er een duidelijke hulpvraag en behandeldoelen werden uitgewerkt tijdens het gesprek, bij drie cliënten was dit niet het geval. Een persoon noemde ook nog dat informatie over de werkwijze bij Mindfit (b.v. dat het basis ggz is) werd gegeven.

Tevredenheid gesprek

De eerste vraag die aan cliënten gesteld werd met betrekking op het gesprek was of het gesprek voor hen duidelijk was. Deze vraag werd door acht van de negen respondenten bevestigd. Vijf cliënten hebben het gesprek als zinvol ervaren. Tijdens het interview werden de deelnemers gevraagd of het gesprek hun inzicht in hun situatie nog heeft vergroot. Slechts één cliënt zei dat de diepgang in het gesprek dit inzicht nog heeft vergroot. Daarentegen antwoordde de meerderheid (7 personen) dat dit niet het geval was of dat ze zich ervan niet bewust waren.

[*“Nee, zo bewust zou ik er niet uit kunnen pikken, nee.”*] (Interview 4).

De vraag hoe cliënten de wachttijd hebben ervaren werd door vijf personen beantwoord met *“niet te lang”* en door vier personen met *“te lang”*. Ook werden respondenten gevraagd om een cijfer aan het gesprek te geven. Hierbij was het gemiddelde cijfer een 7,8, waarbij het hoogste cijfer een 9 was en het laagste cijfer een 6.

Contact met de behandelaar

Op de vraag of cliënten tijdens het eerste gesprek het gevoel hadden een eigen inbreng te hebben antwoordden zeven personen met “ja”, terwijl niet iedereen kon benoemen waardoor dit gevoel ontstond. Een voorbeeld is een antwoord van een persoon die dit wel kon toelichten:

[*“Omdat ze echt doorvroeg. Dat deed ze echt heel goed. Maar zoals gezegd, ik had ook een goede klik met haar. Ze ging echt op zoek naar, ‘ok, vertel dan meer’ en dus je merkt dat..., dat vind ik altijd heel knap dat mensen dat kunnen. Dus vandaar dat ik wel het idee had dat ze echt naar me luisterde.”*] (Interview 6).

In het voorbeeld komt nog een ander aspect naar voren. Zes cliënten hebben de vaardigheden van de behandelaar positief opgemerkt, met name dat de behandelaar goed heeft doorgevraagd, goed heeft geluisterd en dat die deskundig was. Niemand van de geïnterviewden heeft negatieve dingen over de behandelaar bericht. Wel heeft één cliënt geen klik met de behandelaar gevoeld en vond het gesprek daarom onpersoonlijk. Daarentegen gaven zes respondenten aan dat ze een goede klik hadden met de behandelaar. Dit stelt de meerderheid van de ondervraagde cliënten. Door drie personen werd genoemd dat er voldoende ruimte en tijd was om hun verhaal “*kwijt te kunnen*”. Wat betreft het bijkomen van een tweede deskundige tijdens het laatste kwartier van het eerste gesprek vonden twee cliënten dat dit toegevoegde waarde had. Ze hadden het gevoel dat dit ter bevestiging en ter controle van de diagnose diende en dat werd als positief ervaren. Daarentegen vonden twee respondenten dit juist moeilijk. Een van de twee vond dat een diagnose te stellen binnen een kwartier “*te snel door de bocht is*”. Verder waren positieve belevingen met betrekking tot het contact met de behandelaar die telkens één keer genoemd werden: herkenning voor klachten, sturing geven, geruststelling en bijstand. Een cliënt vertelde dat hij het als heel positief heeft ervaren dat hij samen met de behandelaar naar de DSM-5 criteria heeft gekeken om tot een diagnose te komen. Drie geïnterviewden vonden het eerste contact met de behandelaar aftastend en zoekend wat ze niet als prettig hebben ervaren maar ze achtten dit als logisch voor een eerste kennismaking. Een cliënte berichtte dat ze schrok van het taalgebruik voor de diagnose.

Ervaren effect van het gesprek

De vraag of het gesprek hen verder heeft geholpen werd door zes cliënten bevestigend beantwoord. Eveneens drie personen antwoordden dat ze vooral blij waren om er eindelijk te kunnen starten met behandeling en dat er een eerste stap in een goede richting is gemaakt.

[*“Na dat eerste gesprek had ik echt zoiets van ‘nou krijg ik eindelijk hulp, nou begint eindelijk alles op de pootjes terecht te komen’.”*] (Interview 3).

Ook werd door drie personen genoemd dat het eerste gesprek vooral heeft geholpen door samen met de behandelaar te reflecteren op hun situatie. Verder werd door cliënten opgemerkt dat het gesprek hun rust, overzicht en inzicht heeft opgeleverd (telkens één persoon). Een persoon zei dat hij zijn doelen kon bijstellen en een wat realistischer perspectief kreeg hierdoor. Geen van de ondervraagden gaf aan een negatief effect te hebben ervaren. Wel werd door één persoon genoemd dat het noch heeft geholpen noch niet heeft geholpen, dat het gesprek geen nieuwe informatie heeft opgeleverd. Eén geïnterviewde kon deze vraag niet beantwoorden.

Discussie

Het doel van deze studie was het om in kaart te brengen hoe cliënten de online-welkomstmodule ervaren in combinatie met het eerste gesprek binnen het blended behandelmodel gericht op duurzame mentale gezondheid. Het vermogen tot adaptatie staat hierbij centraal. Met dit onderzoek wordt een poging ondernomen om in kaart te brengen of cliënten in de basiszorg het blended behandelmodel op zodanige manier beleven dat er sprake is van een beginnend proces in richting van het vermogen tot adaptatie. De meest opvallende uitkomsten worden vervolgens eerst samengevat en dan geëvalueerd.

De meerderheid van de cliënten heeft de welkomstmodule als een fijne manier ervaren om hun situatie en hun klachten te verwoorden. Zeven van de negen geïnterviewden gaf aan hierdoor inzicht te hebben gekregen in hun eigen situatie en in de samenhang van factoren die hierbij een rol spelen. Verder viel op dat deze inzicht niet verdiept kon worden in het gesprek volgens cliënten. In het gesprek bleek het contact met de behandelaar centraal te staan voor cliënten. Bijna de helft van de respondenten gaf aan dat de welkomstmodule niet met hen werd besproken. Het gebruik van personages in de voorbeeld filmpjes heeft de meerderheid van de cliënten als nuttige begeleiding ervaren om helder te krijgen wat gevraagd werd in de module. De welkomstmodule heeft voor cliënten overwegend een meerwaarde opgeleverd wat betreft eigen begrip en een nieuwe kijk op hun actuele situatie. Negatieve aspecten die tevens eenmalig genoemd werden waren dat de module onoverzichtelijk was, veel te uitgebreid en lang of te moeilijk qua taalgebruik. Alle geïnterviewden gaven aan dat het wel enige energie en moeite kost om de module in te vullen, niettemin hebben ze er baat bij gehad.

Onderzoek naar de beleving van blended care vanuit het cliëntenperspectief is nog schaars, echter kon in een vergelijkbare studie, uitgevoerd door van der Vaart en collega's (2014), worden aangetoond dat het onlinegedeelte in blended behandeling overwegend als positief werd ervaren door cliënten. In de genoemde studie rapporteerden zowel therapeuten en cliënten dat ze door het zelfstandig doorlopen van de interventie in hun eigen regie en het nemen van verantwoordelijkheid in hun behandelproces en diens succes bevorderd werden (van der Vaart et al., 2014). In de actuele studie werd de welkomstmodule tevens als positief ervaren en werd door cliënten genoemd dat zij inzicht hebben gekregen in hun situatie. Cliënten gaven aan dat ze dit inzicht kregen door het zelf in kaart brengen van de factoren die een rol speelden in hun situatie. Zowel het nemen van eigen verantwoordelijkheid als ook het verkrijgen van inzicht zijn belangrijke onderdelen van een proces in richting eigen regie en het vermogen tot adaptatie. Antonovsky (1996) beschrijft met de sense of coherence een houding waardoor mensen hun omgeving als begrijpelijk, betekenisvol en als beïnvloedbaar kunnen beschouwen. Blijkbaar

kan het zelfstandig volgen van online interventies hier een waardevol impuls voor geven. Bovendien werd door cliënten positief opgemerkt dat ze zelf konden bepalen waarop ze in de behandeling wilden focussen en dat ze een prettige sturing hebben ervaren in het bepalen van prioriteiten. Wanneer cliënten beleven dat ze hun eigen behandelplan mede kunnen vormgeven en dat ze hierin gehoord en gestimuleerd worden kan dit het ontwikkelen van self-managementvaardigheden en uiteindelijk zelfbestemming faciliteren (Dornan, 2002; Ellis & King, 2003). Vanuit de positieve psychologie zijn omgevingsbeheersing, autonomie en doelgerichtheid dimensies van psychologisch welbevinden dat weer de veerkracht in mensen kan verhogen. Bijna de helft van de respondenten gaf aan dat de welkomstmodule niet met hen werd besproken tijdens de intake. Dit hebben respondenten niet vanuit zichzelf opgemerkt. Tijdens het interview werden zij gevraagd of de behandelaar expliciet de inhoud van de welkomstmodule met hen heeft besproken. Vanuit een blended behandelperspectief is het een nadeel wanneer e-health onderdelen en face-to-face contacten niet geïntegreerd worden maar als aparte onderdelen gehandhaafd worden. Ten eerste kan de effectiviteit van online interventies verhoogd worden door begeleiding en nabespreking (Klein, Mitchell et al., 2009; Andersson & Titov, 2014; Spek et al., 2007). Ten tweede is het belangrijk dat behandelaren de online interventie bespreken om cliënten de baten van zowel e-health als ook van een persoonlijk gesprek in een geïntegreerd zorgproces te laten ervaren. Op deze manier pas wordt er betekenis aan gegeven dat cliënten eigen initiatief hebben genomen en worden zij hierin bevorderd. Een derde punt is dat de WM waardevolle, door de cliënt geformuleerde informatie bevat die ongebruikt blijft als ze niet besproken wordt. Ook kan dit in mensen het gevoel kunnen oproepen dat het onnodig was om het in te vullen. Bovendien moeten cliënten dan alle informatie opnieuw vertellen tijdens het gesprek wat tijd, energie en kosten consumeert. Er werd zelfs gewezen op het risico dat kosten dan uiteindelijk zouden kunnen verhogen in plaats van te dalen (Postel, et al., 2013).

De rest van de respondenten vond de WM uitdagend wat betreft de cognitieve vaardigheden die voor het invullen nodig waren maar zagen ook het nut van de moeite. Vier van de respondenten vonden het wel lastig en vier vonden de WM onpersoonlijk, niettemin hebben ze er baat bij gehad. Dit is interessant omdat er blijkt dat de WM niet noodzakelijk als prettig moet beleefd worden om erdoor inzicht te kunnen verwerven. In onderzoek naar gebruiksvriendelijkheid van e-Health interventies wordt er steeds nadruk op gelegd dat hoe eenvoudiger een interventie is opgezet hoe effectiever ze uiteindelijk zijn (van Gemert-Pijnen, 2013). Echter is het beoogde effect van de WM, met name dat cliënten zich uitzetten met hun situatie en eigen regie nemen, niet per se als een gemakkelijke maar veeleer als noodzakelijke activiteit te omschrijven. Met andere woorden: confrontatie met je eigen situatie

en een beweging in een nieuwe richting betekent hard werken. De noodzakelijkheid werd ook door twee cliënten benoemd. Het beleven van inzicht eist dus blijkbaar de motivatie om actief te worden zoals het ook in de theorie van Antonovsky (1996) is omschreven. Hij beschrijft als onderdeel van de sense of coherence de wens en de wil om de uitdaging van verandering aan te nemen. Blijkbaar wordt deze motivatie gestimuleerd in de inhoud van de welkomstmodule.

Cliënten noemen inzicht in hun problematiek en hun situatie als voornaamste effect dat ze ervaren hebben. Een grote bijdrage hieraan komt vanuit het KOP-model dat onderdeel was van de WM. De meerderheid van de cliënten vonden het KOP-model een heel nuttige interventie om hun situatie op een originele, innovatieve en duidelijke manier in kaart te brengen. Het KOP-model is een verklaringsmodel wat al langere tijd ingezet wordt om overzicht en inzicht te scheppen in cliëntensituaties. Er zou dus gesteld kunnen worden dat cliënten door het invullen van het KOP-model in de welkomstmodule de gewenste en beoogde ervaring opgedaan hebben. Volgens Rijnders en Heene (2015) is dit precies wat er met het KOP-model bereikt kan worden, met name dat de cliënt co-therapeut wordt (Rijnders & Heene, 2015). Men zou hier tevens ervan kunnen spreken dat cliënten door het verkregen inzicht op een gelijk niveau van kennis staan als de behandelaar. Dit kan als teken van zelf-management begrepen kunnen worden dat weer een belangrijke rol speelt in het concept van adaptatie binnen het SMH-model (Bohlmeijer et al., 2017b).

Aanbevelingen voor de aanmeldprocedure

Gezien het feit dat meer dan de helft van cliënten in de studie niet hebben meegemaakt of niet konden herinneren dat de welkomstmodule (WM) met hen werd besproken in het eerste gesprek geeft aanleiding om de reden hiervoor nader te evalueren. Tevens wordt aanbevolen dat behandelaars erin getraind worden om de WM optimaal te handhaven en zo geïntegreerde blended care aan te bieden. Ook zou een protocol duidelijkheid kunnen scheppen voor zowel cliënten als ook voor behandelaars over wat er precies in een intake aan de orde zou moeten komen en wat ervan verwacht kan worden.

Een verdere aanbeveling om de WM iets toegankelijker te maken voor cliënten is om het wat beknopter op te bouwen. Wel vonden cliënten het deels lastig om in te vullen en ook tijd- en energie rovend, maar op de vraag naar wat ze weg zouden laten, heeft geen cliënt een constructief antwoord gegeven. Uit onderzoek blijkt dat als mensen frustratie beleven het risico bestaat dat ze de interventie niet afmaken (Ammenwerth & Shaw, 2005). Daarom wordt aanbevolen door bijvoorbeeld een cognitive walkthrough in kaart te brengen welke onderdelen als minst nuttig worden ervaren om een beknoptere versie van de welkomstmodule aan te kunnen bieden.

Beperkingen van de studie & Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Een sterk aspect van het voorliggend onderzoek is dat de ervaringen van cliënten direct en middels een semigestructureerd interview werd verzameld. Deze bottom-up benadering levert authentieke ervaringen en oordelen op. Er zijn echter een aantal aspecten die de positieve uitkomsten van dit onderzoek beperken. Allereerst moet worden opgemerkt dat bij acht deelnemers de tijd tussen het invullen van de online welkomstmodule en het interview minimaal vier weken bedroeg. Dit zou bij een aantal uitkomsten kunnen wijzen op een memory bias. Cliënten hadden vaak moeite om de gevoelens en gedachten over de welkomstmodule terug te halen. Vaak hadden cliënten in de tussentijd al meerdere sessies met hun behandelaar of zelfs andere online modules ingevuld wat het voor hen moeilijk maakte om te differentiëren tussen effecten direct na de WM en het eerste gesprek en veranderingen die ze gedurende het gehele traject hebben ervaren. Ze betrokken vaak het gehele behandeltraject bij hun antwoorden. Ook nadat er tijdens de interviews nadruk op werd gelegd dat het puur om de WM en het eerste gesprek gaat vielen een aantal cliënten terug in het beoordelen van het laatste gesprek of de gesprekken in het algemeen. Tevens berichtten cliënten van een online module waarmee ze bezig waren in de periode waarin het interview werd afgenomen. Het zou beter zijn om het interview direct na het eerste gesprek af te nemen. Om ervaringen met de WM in kaart te brengen zou het zelfs heel nuttig zijn om cliënten tijdens het invullen hardop te laten denken of samen met cliënten een cognitive walkthrough uit te voeren (van Gemert-Pijnen et al., 2013). Een verder aspect die het voor cliënten moeilijk maakte om hun ervaringen met verschillende onderdelen te differentiëren was het feit dat parallel het kwantitatief onderzoek naar duurzame mentale gezondheid werd verricht. Hiervoor kregen cliënten die mee wilden doen een heel pakket aan vragenlijsten. Niet altijd was het meteen duidelijk dat cliënten over het invullen van al die lijsten berichtten in plaats van puur over de WM. Vervolgonderzoek zou daarom beter duidelijk apart worden gehouden.

Het feit dat de welkomstmodule als overwegend positief werd ervaren door cliënten is met enig voorbehoud te beoordelen. Omdat zich de deelnemers aan de studie zelf hebben aangemeld om mee te doen aan het onderzoek kan er sprake zijn van een ‘self-selection bias’ (van der Vaart et al., 2014). Dit houdt in dat mensen die vrijwillig meedoen aan onderzoek naar blended behandelmethoden reeds een positieve houding ten aanzien van het gebruik van technologieën hebben en zo geen barrières ervaren bij het invullen van een online module. In toekomstig uitgevoerd onderzoek zou dit risico kunnen worden voorkomen door aselect cliënten te benaderen om hun ervaringen te delen.

Verrassend was dat bij de helft van cliënten de welkomstmodule niet werd besproken tijdens het intakegesprek. Dit kan uiteraard het geval zijn maar ook kan het zijn dat cliënten zich niet goed konden herinneren. Ook hier zou een mogelijke memory bias bestaan.

Uiteindelijk blijft er de noodzaak bestaan voor lange-termijn studies hoe cliënten het beste in ondersteund en bevorderd kunnen worden in hun vermogen tot adaptatie. Volgens Antonovsky (1996) ontwikkelen mensen dit vermogen over jaren, soms een heel leven lang. Dit maakt het lastig om binnen een zo korte tijd van het onderzoek een zo belangrijk construct op te sporen.

Conclusie

Samenvattend kan worden gesteld dat de welkomstmodule in combinatie met het eerste gesprek bij Mindfit door de meerderheid van de ondervraagden als positief werd ervaren. Het heeft de meeste deelnemers geholpen om inzicht in hun situatie te krijgen en zelf te kunnen bepalen waaraan ze zouden wilden werken tijdens hun behandeling. Zo werd een belangrijke beweging gestimuleerd in richting eigen regie, zelfmanagement, kortweg in richting van het vermogen tot adaptatie. De module is een adequaat en nuttig hulpmiddel om mensen in richting duurzame mentale gezondheid te begeleiden. Er wordt aanbevolen om designaspecten en de gebruiksvriendelijkheid apart te onderzoeken door bijvoorbeeld een cognitive walkthrough om zo directe ervaringen van cliënten met de module in kaart kunnen worden gebracht. Verder zouden protocollen voor de intakegesprekken helpen om verschillen tussen behandelaren, wat betreft de inhoud van het gesprek, zo minimaal mogelijk te maken.

Referenties

- Andersson, G., Carlbring, P., Ljótsson, B., & Hedman, E. (2013). Guided Internet-Based CBT for Common Mental Disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(4), 223-233.
- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 196–205.
- Andersson, G., & Titov, N. (2014). Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*, 13(1), 4–11.
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *PLoS ONE*, 5(10): e13196. doi:10.1371/journal.pone.0013196
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
- Barak, A., & Grohol, J. M. (2011). Current and Future Trends in Internet-Supported Mental Health Interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 29, 155–196. doi: 10.1080/15228835.2011.616939
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*. doi: 10.1080/15228830802094429
- Bohlmeijer, E. T., Bolier, L., Lamers, S. M. A., & Westerhof, G. (2017a). Positive clinical interventions: Why are they important and how do they work? *Trimbos Institute, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction*.
- Bohlmeijer, E. T., Bolier, L., Westerhof, G., & Walburg, J. A. (2013). *Handboek Positieve Psychologie: Theorie, Onderzoek, Toepassingen*. Amsterdam: Boom
- Bohlmeijer, E. T., Westerhof, G. J., & Kleijn, R. (2017b). *Towards sustainable mental health*. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of Twente, Enschede, Nederland.
- Bower, P., Kontopantelis, E., Sutton, A., Kendrick, T., Richards, D. A., Gilbody, S., ... Tung Hsueh Liu, E. (2013). Influence of initial severity of depression on effectiveness of low intensity interventions: Meta-analysis of individual patient data. *British Medical Journal*, 346. doi: 10.1136/bmj.f540
- Cook, J. A. & Jonikas, J. A. (2002). Self-determination among mental health

- consumers/survivors: Using lessons from the past to guide the future. *Journal of Disability Policy Studies*, 13(2), 87–95.
- Cuijpers, P., Donker, T., Straten, A. van, Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40, 1943-1957.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Emmelkamp, P. M.G. David, D., Beckers, T., Muris, P., Cuijpers, P., Lutz, W., ... Vervliet, B. (2014). Advancing psychotherapy and evidence-based psychological interventions. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(1), 58–91. doi: 10.1002/mpr.1411
- Eysenbach, G. (2008). Medicine 2.0: Social Networking, Collaboration, Participation, Apomediation, and Openness. *Journal of Medical Internet Research*, 10(3), e22.
- Fingfeld, D. L. (2004). Empowerment of individuals with enduring mental health problems: Results from concept analyses and qualitative investigations. *Advances in Nursing Science*, 27(1), 44–52.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Smit, F., & Westerhof, G. (2010). Mental health promotion as a new goal in public mental health care: A randomized controlled trial of an intervention enhancing psychological flexibility. *American Journal of Public Health*, 100, 2372-2378.
- Gemert-Pijnen, J. E. W. C. van, Peters, O., & Ossebaard, H. C. (2013). *Improving e-Health*. Den Haag: Eleven International Publishing, Boom
- Graaf, R. de, Have, M. ten, & Dorsselaer, S. van (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Granja, C., Janssen, W., & Johansen, M. A. (2018). Factors determining the success and failure of eHealth interventions: Systematic review of the Literature. *Journal of Medical Internet research*, 20(5). doi:10.2196/10235
- Grant, F., Guille, C., & Sen, S. (2013). Well-being and the risk of depression under stress. *PLOS ONE*, 8, 1-6. doi: 10.1371/journal.pone.0067395
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A. R., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343, d4163.
- Kazdin, A. E., & Blase, S. L. (2011). Rebooting psychotherapy research and practice to

- reduce the burden of mental illness. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 21-37.
- Kendler, K. S., Myers, J. M., Maes, H. H., & Keyes, C. L. M. (2011). The relationship between the genetic and environmental influences on common internalizing psychiatric disorders and mental well-being. *Behavior Genetics*, 41, 641-650. doi: 10.1007/s10519-011-9466-1
- Kenter, R. M. F., Ven, P. M. van de, Cuijpers, P., Koole, G., Niamat, S., Gerrits, R. S., ... Straten, A. van (2015). Costs and effects of Internet cognitive behavioral treatment blended with face-to-face treatment: Results from a naturalistic study. *Internet Interventions*, 2, 77-83.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548. doi: 10.1037/0022-006x.73.3.539
- Klein, B., Mitchell, J., Gilson, K., Shandley, K., Austin, D., Kiropoulos, L., Abbott, J., & Cannard, G. (2009). A Therapist-Assisted Internet-Based CBT Intervention for Posttraumatic Stress Disorder: Preliminary Results. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(2), 121-131.
- Lamers, S. M. A., Bolier, L., Westerhof, G. J., Smit, F., & Bohlmeijer, E. T. (2012). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: A metaanalysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(5), 538-547. doi:10.1007/s10865-011-9379-8.
- Mindfit (2018). Over Mindfit. Verkregen van <https://www.mindfit.nl/over-mindfit>
- Mindfit (2018). Werkwijze. Verkregen van <https://www.mindfit.nl/werkwijze-behandeling-bij-mindfit>
- Musiat, P., Goldstone, P., & Tarrier, N. (2014). Understanding the acceptability of e-mental health - attitudes and expectations towards computerised self-help treatments for mental health problems. *BMC Psychiatry*, 14(109). <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/109>
- Pots, W. T. M., Meulenbeek, P. A. M., Veehof, M. M., Klungers, J., & Bohlmeijer, E. T. (2014). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy as a public mental health intervention for adults with mild to moderate depressive symptomatology: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 9(10), e109789.

- Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 32* (4), 329-342. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.02.004>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (2017). Verkregen van <http://www.volksgezondheidenzorg.info> Bilthoven
- Rijnders, P., & Heene, E. (2015). *Handboek KOP-model: Kortdurende psychologische interventies voor de basis-ggz*. Amsterdam: Boom.
- Ruiter, G. de, Greuning, M. van, & Luijk, R. (2017). Zorgthermometer Nederland – Inzicht in de geestelijke gezondheidszorg. Vektis.
- Schotanus-Dijkstra, M., Have, M. ten, Lamers, S. M. A., Graaf, R. de, & Bohlmeijer, E. T. (2017). The longitudinal relationship between flourishing mental health and incident mood, anxiety and substance use disorders. *European Journal of Public Health, 27*(3), 563–568. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw202>
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology – An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5-14. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.5.
- Shafran, R., Clark, D. M., Fairburn, C. G., Arntz, A., Barlow, D. H., Ehlers, A., ... Wilson, G.T. (2009). Mind the gap: improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 902-909.
- Shalini L., & Adair, C. E. (2014). E-Mental Health: A rapid review of the literature. Published online: 1 Jan 2014. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300009>
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine, 37*(3), 319–328.
- Straten, A. van, Meeuwissen, J., Tiemens, B., Hakkaart, L., Nolen, W. A., & Donker, M. C. H. (2007). Onderzoek en psychotherapie (serie). Is gangbare zorg net zo effectief als getrapte zorg voor mensen met angst- en stemmingsstoornissen? *Tijdschrift voor Psychotherapie, 33*, 23-38.
- Trompetter, H. R., Kleine, E. de, & Bohlmeijer, E. T. (2017). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive Therapy Research, 41*, 459–468. doi: 10.1007/s10608-016-9774-0
- Vaart, R. van der, Atema, V., & Evers, A. W. M. (2016). Guided online self-management interventions in primary care: a survey on use, facilitators, and barriers. *BMC Family Practice, 17*(1), 1. doi:10.1186/s12875-016-0424-0

- Vaart, R. van der, Witting, M., Riper, H., Kooistra, L., Bohlmeijer, E. T., & Gemert Pijnen, L. J. E. W. C. van (2014). Blending online therapy into regular face-to-face therapy for depression: content, ratio and preconditions according to patients and therapists using a Delphi study. *BMC Psychiatry, 14*, 355.
- Wentzel, J., Vaart, R. van der, Bohlmeijer, E. T., & Gemert-Pijnen, L. J. E. W. C. van (2016). Mixing online and face-to-face therapy: How to benefit from blended care in mental Health care. *JMIR Mental Health, 3*(1). doi:10.2196/mental.4534
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2009). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development, 17*, 110-119. doi: 10.1007/s10804-009-9082-y
- World Health Organization (2001). Strengthening mental health promotion. Geneva, WHO (Fact sheet, No. 220). Verkregen van
- World Health Organization (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Genève: WHO. Verkregen van https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.
- Wright, J. H., Wright, A. S., Albano, A. M., Basco, M. R., Goldsmith, L. J., Raffield, T., & Otto, M. W. (2005). Computer-assisted cognitive therapy for depression: maintaining efficacy while reducing therapist time. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1158–1164.
- Young, K. S. (2005). An empirical examination of client attitudes towards online counseling. *Cyberpsychology & Behavior, 8*(2).

Bijlage 1 - Informatiebrief

Onderzoek: Op weg naar Duurzame Mentale Gezondheid

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u vriendelijk om mee te doen aan het wetenschappelijk onderzoek “Op weg naar Duurzame Mentale Gezondheid” bij Mindfit. U beslist zelf of u wilt meedoen. Voordat u de beslissing neemt, is het belangrijk om meer te weten over het onderzoek. Lees deze informatiebrief rustig door. Bespreek het met partner, vrienden of familie. Hebt u na het lezen van de informatie nog vragen? Dan kunt u terecht bij de onderzoeker, die onderaan deze brief vermeld is.

Mindfit streeft ernaar om u op weg te helpen naar duurzame mentale gezondheid. Dit betekent dat u na de begeleiding bij Mindfit zelf in staat bent om mentale klachten te reduceren én om een plezierig, betekenisvol en betrokken leven te leiden. Hiervoor heeft Mindfit een innoverend behandelprogramma ontwikkeld. Het onderzoek zal zich richten op het evalueren van de werkbaarheid en werkzaamheid van dit programma.

Deelname aan het onderzoek houdt in dat u op 3 momenten online (bij aanvang, na het eerste gesprek en na het derde gesprek) vragenlijsten invult. In totaal bent u hier ongeveer 90 minuten mee bezig. Aanvullend kunt u deelnemen aan een interviewstudie. Dit betekent dat we u zullen benaderen om eenmalig een telefonisch interview af te nemen. Het interview zal 45 minuten in beslag nemen en zal ingaan op uw ervaringen met het behandelprogramma bij Mindfit. Ook kunt u aanvullend deelnemen aan een observatiestudie. Dit houdt in dat er eenmalig van het eerste gesprek bij Mindfit een geluidsopname wordt gemaakt. Hierbij wordt u dus niet in beeld gebracht.

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. U krijgt gewoon de behandeling die u anders ook zou krijgen. Het behandelprogramma zal dus hetzelfde zijn voor mensen die wel of niet besluiten deel te nemen aan het onderzoek. Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en toch stoppen. Ook tijdens het onderzoek. U hoeft geen reden te geven waarom u wilt stoppen.

De gegevens die gedurende het onderzoek over u verzameld worden zullen vertrouwelijk behandeld worden volgens (inter-) nationale regels en wetten, waaronder de Wet Bescherming Persoonsgegevens. De gegevens zullen zodanig gecodeerd worden dat ze niet tot u te herleiden zijn. Van de onderzoeksresultaten zal een rapport gemaakt worden. Uw onderzoeksgegevens worden tot vijf jaar na het einde van het onderzoek bewaard. Hierna zullen ze worden vernietigd. Indien u besluit deel te nemen aan dit onderzoek geeft u toestemming voor het volgende:

- Bepaalde personen zijn gerechtigd uw medische onderzoeksgegevens in te zien. Deze personen zijn bevoegde medewerkers van dit onderzoek, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en controleurs van de Raad van Bestuur van de instelling waar het onderzoek wordt uitgevoerd. Al deze personen zijn verplicht uw persoonsgegevens geheim te houden.
- Indien u zou beslissen om uw deelname aan het onderzoek stop te zetten, mogen uw gegevens die verzameld werden voor deze beslissing nog steeds verwerkt worden, samen met andere gegevens, verzameld als onderdeel van het wetenschappelijk onderzoek.

De onderzoeksgegevens die tijdens het onderzoek gebruikt zullen worden, zullen worden beschermd met een codenummer. Alleen de onderzoeker weet welke persoon bij dit codenummer hoort. De onderzoeker kan uw gecodeerde onderzoeksgegevens delen met andere onderzoekers en instellingen die betrokken zijn bij het onderzoek of belang hebben bij de onderzoeksresultaten. Hierbij zullen alleen de gecodeerde onderzoeksgegevens worden gedeeld, waarbij deze gegevens niet herleidbaar zijn naar u. U heeft te allen tijde recht om uw onderzoeksgegevens in te zien. Neem hiervoor contact op met de onderzoeker die onderaan deze brief vermeld staat.

Door onderstaand toestemmingsformulier te tekenen, gaat u akkoord met het gebruik van de onderzoeksgegevens door de onderzoeker. U kunt te allen tijde aangeven dat uw persoonsgegevens niet meer gebruikt mogen worden voor het onderzoek. De onderzoeker zal uw gegevens op dat moment vernietigen.

U maakt geen extra kosten voor het onderzoek. U krijgt een vergoeding van 10 euro voor deelname aan de studie. U dient hiervoor 3 maal het vragenlijstpakket in te vullen.

De Raad van Bestuur en directie van Dimence Groep en Mindfit hebben goedkeuring gegeven om dit onderzoek uit te voeren.

Indien u na zorgvuldige overweging besluit deel te nemen aan dit wetenschappelijk onderzoek, dan vragen we u om het toestemmingsformulier te ondertekenen en van een datum te voorzien.

Met vriendelijke groet,

Romy Kleijn, Onderzoeker

Email romy.kleijn@mindfit.nl

Tel: 06-3245440

Bijlage 2 - Toestemmingsformulier

Onderzoek: Op weg naar Duurzame Mentale Gezondheid

Ik heb de informatiebrief voor deelname aan het onderzoek gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn genoeg beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.

Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.

Ik weet dat sommige mensen mijn gegevens kunnen zien. Die mensen staan vermeld in de informatiebrief.

Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan.

Ik geef toestemming om mijn onderzoeksgegevens 5 jaar na afloop van dit onderzoek te bewaren.

Ik geef wel/geen toestemming om mijn gegevens 5 jaar na afloop van dit onderzoek te bewaren, zodat dit in de toekomst misschien gebruikt kan worden voor een nieuw onderzoek.

Ik geef wel/geen toestemming voor deelname aan de interview studie behorende bij het onderzoek.

Ik geef wel/geen toestemming voor deelname aan de observatie studie behorende bij het onderzoek.

Ik wil wel/niet meedoen aan dit onderzoek.

Naam deelnemer:

Datum :

*Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek. Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker:

Datum:

Handtekening:

Bijlage 3 – Interview met cliënten

We zullen een interview afnemen van ongeveer een uur. Het interview zal ingaan op jouw visie en beleving van de startfase van het behandelmodel bij Mindfit. Dit houdt in de eHealth welkomstmodule en het eerste gesprek met je behandelaar. Is dit voor jou duidelijk? Zullen we beginnen?

1. Algemene vragen:

- 0.1 Hoe gaat het op dit moment met u?
- 0.2 Gebruikt u medicatie voor uw psychische gezondheid, zo ja (vanaf wanneer?)
- 0.3 Wat is uw leeftijd?
- 0.4 Hoogste opleidingsniveau?

Deel A: Welkomstmodule

Voorbeelden laten zien.

A1. Gebruiksvriendelijkheid/Werkbaarheid:

- 1.1 Is het u gelukt om met de WM module aan de slag te gaan?
**Waarom wel/niet*

**Indien wel aan de slag is gegaan vraag door of het is gelukt om alle onderdelen ingevuld te krijgen en waarom wel/niet.*
- 1.2 Wat vond u van de gebruiksvriendelijkheid van de WM?
**Duidelijk of niet? Prettig of niet? Moeilijk of niet? Te lang of niet?*

→ Vraag door wat maakt dat het (on)duidelijk, (on)prettig etc. is?
- 1.3 Ondervond u problemen met het opstarten, inloggen, opslaan of het doorlopen van de WM?
**Zo ja, waarmee precies, en heeft dit u ervan weerhouden het in te vullen?*

A2. Tevredenheid

- 2.1 Wat vond u van de WM?
**Zinvol of niet; doorvragen waarom.*

**Wat vond u zinvol van het invullen van de onderdelen?*
- 2.2 Wat vond u van de verschillende onderdelen van de WM (Neem eerst de onderdelen met klant door, dus introductie, K=O x P, de schijf van 5 en de pijlers voor therapie).
**Zijn er onderdelen die als meer of minder zinvol zijn ervaren.*

**Zijn er onderdelen die meer of minder aandacht verdienen.*
- 2.3 Wat vond u ervan dat de WM wordt ingezet voorafgaand aan het eerste gesprek?
**Zinvol of niet?*

→ Vraag door wat is hiervan de toegevoegde waarde? Indien niet zinvol, waarom niet en heb je suggesties?

2.4 Zou u de WM aanraden aan mensen met psychische klachten?

**Zo ja, waarom. Zo nee, waarom.*

2.5 Welk cijfer zou je geven aan de WM?

**Zou je dit cijfer willen beargumenteren?*

**Heb je aanbevelingen om het cijfer op te hogen?*

A3. Kwaliteit:

3.1 Wat zou denkt u volgens de makers van de WM het beoogde resultaat/effect moeten zijn van het doorlopen van de WM? (b.v. voorbereiding op eerste gesprek, meer inzicht, zelf aan de slag etc).

**Wordt dit ook voldoende bereikt denkt u?*

A4. Werkzaamheid/Effect:

4.1 Heeft de WM u geholpen?

**Zo ja, waarmee? Zo niet, waarom niet?*

4.2 Waren er vragen of onderdelen in de WM die u meer geholpen hebben dan andere?

**Zo ja, welk onderdeel en waarom?*

4.3 Heeft u suggesties voor de makers van de WM zodat mensen er beter door geholpen worden?

Deel B: Eerste gesprek

B5. Tevredenheid:

5.1 Wat vond u van het eerste gesprek?

**Zinvol of niet, doorvragen waarom en welke aspecten als zinvol of minder zinvol/helpen werden ervaren.*

5.2 Welk cijfer zou u het eerste gesprek geven?

**Zou je dit cijfer willen beargumenteren?*

**Heb je aanbevelingen om het cijfer op te hogen?*

B6. Werkzaamheid:

6.1 Heeft het gesprek u verder geholpen?

**Zo ja waarmee? Zo nee, hoe komt dat denkt u?*

**Wat heeft ervoor gezorgd dat het gesprek u verder heeft geholpen?*

B7. Gebruiksvriendelijkheid/Werkbaarheid:

7.1 Was het eerste gesprek voor u gemakkelijk te begrijpen/te volgen?

**Waarom wel/niet?*

7.2 Was het gesprek voldoende duidelijk voor u?

**Waarom wel/niet?*

7.3 Wat vond u van de wachttijd voor het eerste gesprek?

**Te lang of niet*

**Is het maken van de afspraak soepel verlopen?*

B8. Kwaliteit:

8.1 Wat stond volgens u centraal tijdens het eerste gesprek?

**Bijvoorbeeld: klachten in beeld krijgen, meer inzicht, geruststelling, hulpvraag/doelen formuleren?*

8.2 Had de behandelaar volgens u één of meerdere doelen voor ogen met het eerste gesprek?

**Zo ja wat was het doel? Wat vond u hiervan?*

8.3 Had u zelf een doel voor ogen met het eerste gesprek?

**Zo ja wat? En is dit voldoende aan bod gekomen?*

8.4 Is er tijdens het eerste gesprek door u of uw behandelaar teruggekomen op de WM, in het specifiek het KOP-model of de schijf van 5?

**Zo nee, waarom niet denkt u?*

**Zo ja, op welke manier? Wat vond u hiervan? Was dit voor u voldoende?*

8.5 Heeft u het gevoel dat u een eigen inbreng had tijdens het eerste gesprek?

**Bijvoorbeeld, zijn de hulpvraag en de behandeldoelen in overeenstemming met u gekozen?*

**Waardoor hebt u dit gevoel gekregen denkt u?*

8.6 Is er tijdens het eerste gesprek gewerkt aan het vergroten van uw inzicht in uw persoonlijke situatie denkt u?

**Zo ja, op welke manier, wat heeft hieraan bijgedragen?*

**Was dit voor u voldoende?*

8.7 Is er tijdens het eerste gesprek een duidelijke hulpvraag en behandeldoelen geformuleerd?

**Gebeurde dit in overeenstemming met u?*

C9. Veranderingen

9.1 Welke veranderingen, als deze er zijn, hebt u opgemerkt sinds dat u aan de slag bent geweest met de Welkomstmodule en het eerste gesprek hebt gehad?

**Indien het slechter gaat doorvragen wat er slechter gaat en waar dit volgens klant aan ligt.*

**Ook in geval het beter gaat doorvragen waar dit volgens klant aan ligt.*

9.2 Op een schaal van 1 t/m 5 bent u verrast met deze verandering? Waarbij 1 heel erg verwacht en 5 helemaal verrast is.

** Vraag en noteer voor elke verandering die de klant noemt (d.m.v. onderstaande rating scale) in hoeverre de klant deze verandering verwachtte of hierdoor verrast was. Noteer ook of dit positief of negatief was voor de klant.*

1 Deze verandering had ik heel erg verwacht (+/-)

2 Deze verandering had ik een beetje verwachten (+/-)

3 Ik had deze verandering niet verwacht maar ben er ook niet door verrast (+/-)

4 Ik ben een beetje verrast door deze verandering (+/-)

5 Ik ben heel erg verrast door deze verandering (+/-)

9.3 In hoeverre is was deze verandering ook opgetreden zonder de begeleiding tot nu toe? Hieronder wordt de welkomstmodule i.c.m. het eerste gesprek verstaan.

** Vraag en noteer voor elke verandering die de klant noemt (d.m.v. onderstaande rating scale) in hoeverre deze verandering ook was opgetreden zonder de begeleiding tot nu toe. Geef aan dat hieronder wordt verstaan de welkomstmodule i.c.m. het eerste gesprek.*

1 Deze verandering was niet opgetreden zonder de begeleiding tot nu toe.

2 Deze verandering was mogelijk niet opgetreden zonder de begeleiding tot nu toe.

3 Ik weet niet of deze verandering was opgetreden zonder de begeleiding tot nu toe.

4 Deze verandering was mogelijk wel opgetreden zonder de begeleiding tot nu toe.

5 Deze verandering was ook opgetreden zonder de begeleiding tot nu toe.

9.5 Hoe belangrijk is deze verandering voor u?

** Vraag en noteer voor elke verandering ook (d.m.v. onderstaande rating scale) hoe belangrijk de verandering beschouwd wordt.*

1 Deze verandering beschouw ik als ontzettend belangrijk

2 Deze verandering beschouw ik als behoorlijk belangrijk

3 Deze verandering beschouw ik als onbelangrijk

4 Deze verandering beschouw ik als een beetje belangrijk

5 Deze verandering beschouw ik helemaal niet als belangrijk

9.6 Is er iets dat u had verwacht dat zou veranderen door de Welkomstmodule i.c.m.

het eerste gesprek maar dat niet is veranderd?

**Zo ja, doorvragen wat dat is.*

9.7 Het toekennen van de verandering: Wat heeft denkt u deze veranderingen

veroorzaakt?

9.8 Waar zit de verandering binnen de begeleiding? Verandering buiten de begeleiding.

** Vraag door naar factoren zowel buiten als binnen de begeleiding tot nu toe. Binnen de begeleiding vraag dan door naar de verschillende elementen (Welkomstmodule of het eerste gesprek) en wat precies binnen de welkomstmodule of het eerste gesprek deze veranderingen hebben teweeggebracht.*

IN EIGEN WOORDEN!!

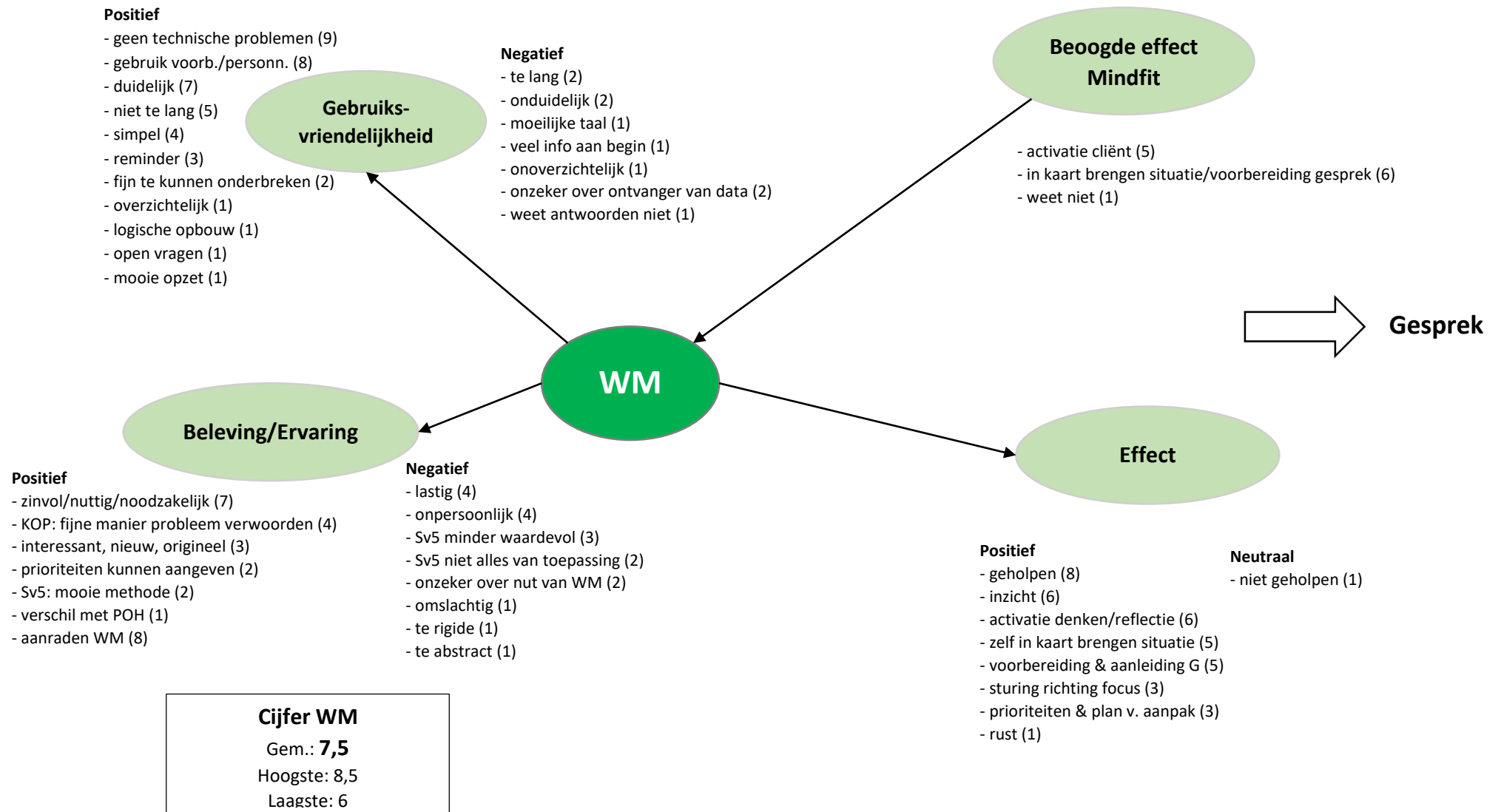
Tot slot: Mindfit streeft ernaar om in 2019 behandelmodel 2.0 in werking te hebben. Het behandelmodel heeft als doel Duurzame Mentale Gezondheid te bewerkstelligen voor al haar klanten. Internetbehandeling (waaronder de welkomstmodule) maar ook gezamenlijke besluitvorming, het verkrijgen van inzicht in de persoonlijke situatie en het zelf actief meedenken en meedoen, zouden hieraan moeten bijdragen.

Wat vind jij van deze insteek? Denk jij dat dit leidt tot duurzame mentale gezondheid?

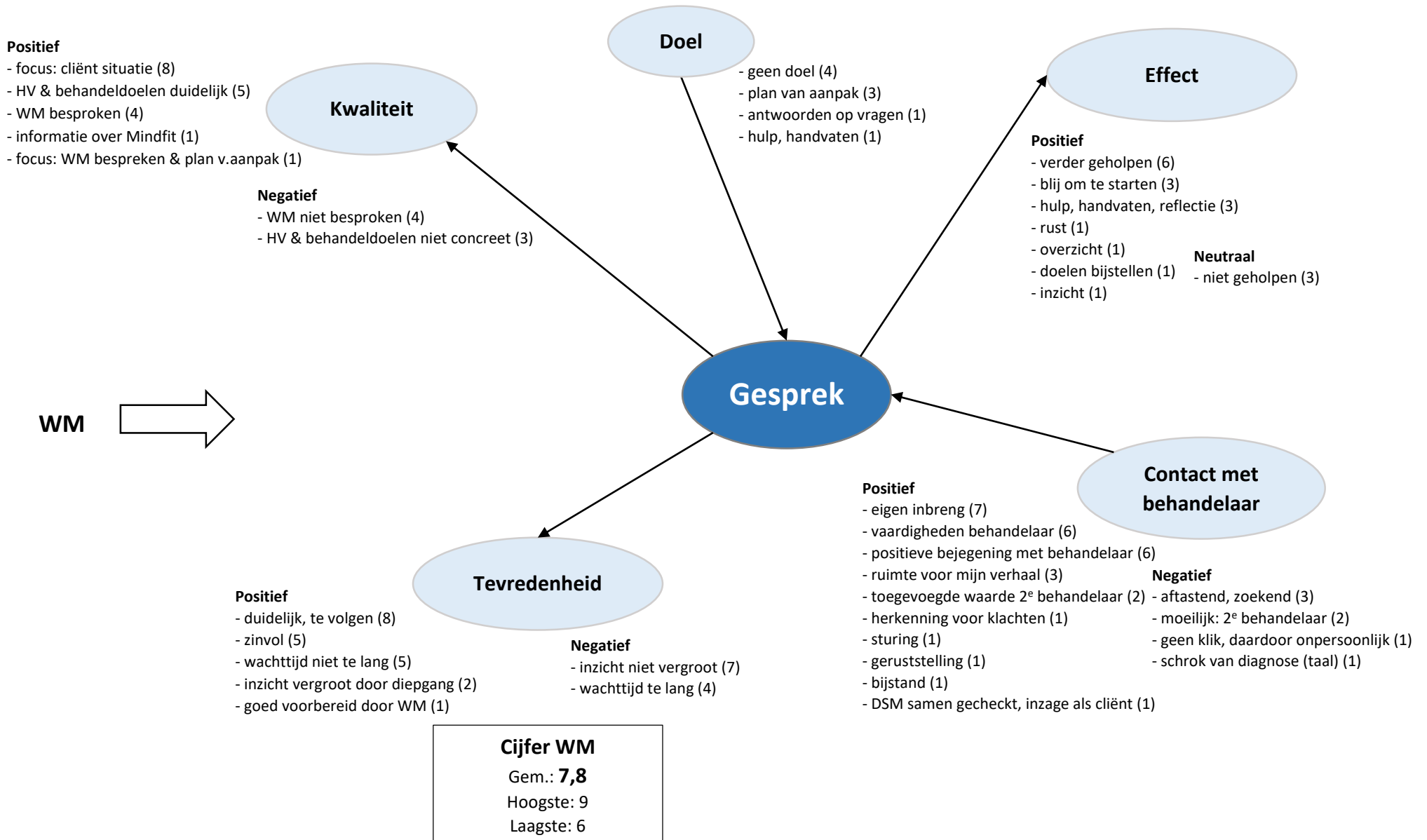
Is dit naar jouw mening voldoende gestimuleerd door Mindfit met de Welkomstmodule en het eerste gesprek?

-Wat is er nodig om dit te verbeteren?

Bijlage 4 – Codeerschema Welkomstmodule



Bijlage 5 – Codeerschema Gesprek



Bijlage 6 -Toelichting codeerschema's

Toelichting code-definities welkomstmodule (WM)

GEBRUIKSVRIENDELIJKHEID van de WM

Onder deze code werden commentaren van cliënten gerangschikt die betrekking hebben op het functioneren en de technische verloop van de welkomstmodule. Hieronder vallen aspecten zoals hoeveelheid, tijdsinvestering, duidelijkheid van wat er verwacht wordt, het gebruik van voorbeeldcasussen en reminders of ervaringen met opstarten, opslaan of inloggen.

BELEVING/ERVARING van de WM

Deze code werd toegewezen wanneer cliënten hun beleving beschrijven van de inhoudelijke structuur van de welkomstmodule. Hierbij behoren commentaren over hoe zinvol ze de vragen vonden, hoe tevreden ze waren met de module, hoe ze hun klachten in kaart konden brengen, of ze het zouden aanraden voor iemand met psychische klachten of ook uitingen die informatie geven over de gevoelens van cliënten bij het invullen van de module. Bovendien werden cliënten gevraagd om een cijfer aan de welkomstmodule te geven. De beleving/ervaring vindt plaats tijdens het invullen.

BEOOGDE EFFECT MINDFIT

In het interview werd aan cliënten gevraagd wat ze denken dat de makers van de welkomstmodule wilden bereiken bij cliënten. Deze code was meestal van toepassing op het antwoord op deze vraag.

EFFECT van de WM

Deze code heeft betrekking op de dingen die het invullen van de welkomstmodule voor cliënten heeft opgeleverd. Hierbij valt te denken aan meer inzicht, voorbereid zijn op het gesprek, reflecteren duidelijkheid over hun situatie of rust. Onder 'effect' wordt hier verstaan dat cliënten het opmerken n á het invullen.

Toelichting code-definities gesprek (G)

DOEL

Deze code heeft betrekking op eventuele doelen die cliënten wilden bereiken in het eerste gesprek. Dit kan zijn 'antwoorden op vragen krijgen' of een duidelijke diagnose. Hierna werd tijdens het interview expliciet gevraagd.

KWALITEIT

Onder deze code werden uitspraken van cliënten gerangschikt die informatie gaven over inhouden die tijdens het gesprek aan bod zijn gekomen. Hiervoor werden in het interview gesloten vragen gesteld, bijvoorbeeld *'Is er tijdens het eerste gesprek een duidelijke hulpvraag en behandeldoelen geformuleerd?'* Er vallen dus hieronder meer die gespreksonderdelen die in een eerste gesprek volgens het protocol van Mindfit bepaald zijn en objectief gezien aanwezig zouden moeten zijn. Zo staat op het KOP-formulier wat er tijdens een eerste gesprek gezamenlijk met cliënten wordt ingevuld een vak voor de hulpvraag. Deze code omvat dus de uitspraken over inhouden die niet noodzakelijk vanuit cliënten verwacht worden maar veeleer vanuit Mindfit bepaald zijn om een start- en een eindpunt van de kortdurende behandeling te bestemmen. Deze code kan dus betrekking hebben op het feit dat er de door cliënten ingevulde welkomstmodule is besproken, of uitspraken over wat er centraal stond tijdens het gesprek.

TEVREDENHEID

De code tevredenheid werd toegewezen aan subjectieve uitspraken over het gesprek, bijvoorbeeld antwoorden op vragen over de wachttijd, of het duidelijk was en goed te volgen qua structuur en tijd die ter beschikking stond. Ook werd er nagegaan in hoeverre cliënten het eerste gesprek als zinvol hebben ervaren.

CONTACT MET BEHANDELAAR

Deze code is te begrijpen als sub-code van TEVREDENHEID. Er werden veel uitspraken verzameld over de tevredenheid met het contact met de behandelaar, daarom werd er voor gekozen om hier een aparte code van te maken. Hieronder vallen alle opmerkingen van cliënten die rond dit contact draaien, zoals hoe de bejegening was, of ze op hun gemak voelden, of er een klik was of in hoeverre ze begrepen voelden tijdens het gesprek.

EFFECT

De code werd toegewezen aan uitspraken over wat het gesprek bij cliënten heeft bewogen of wat het hun heeft opgeleverd om dit gesprek gevoerd te hebben. Hieronder geven cliënten aan of het gesprek hun heeft geholpen, wat ze hebben meegenomen uit het gesprek of wat voor een gevoel ze hadden na het gesprek.

Bijlage 7 - Tabel: Resultaten individueel perspectief

	Int.1	Int.2	Int.3	Int.4	Int.5	Int.6	Int.7	Int.8	Int.9	
Geslacht	man	man	Vrouw	Vrouw	Vrouw	Man	Vrouw	Vrouw	Man	
Leeftijd	(36-60)	(36-60)	(18-35)	(36-60)	(18-35)	(36-60)	(18-35)	(36-60)	(36-60)	
Hoogste opleiding	HBO	MBO	MBO	WO	HBO	HBO	Havo	MBO	WO	
WM										
Hoe lang geleden?	-	Enkele maanden	~ 1 maand	~ 1 maand		~ 2 maanden	~ 2 maanden	~ 2 maanden	~ 1 maand	
Geholpen?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	nee	Ja	
Effect	overzicht	inzicht	inzicht	inzicht	Inzicht	inzicht	inzicht	-	inzicht	
Hoe was het om de WM in te vullen?	simpel	makkelijk	deels lastig	overzichtelijk/ duidelijk	fijn/prettig/ duidelijk/ goed te doen	niet moeilijk/ fijne manier/ goed te doen	prima/ diepgaand	wel	veel uitgebreid/ weet antwoorden niet	prima/ prettig
WM zinvol/ nuttig/noodzakelijk?	noodzakelijk	noodzakelijk	noodzakelijk	zinvol	onzeker over nut	nuttig	zinvol	onzeker over nut	zinvol	
Uitdagend/ motivatie nodig	ja	ja	ja	ja	ja	Ja	ja	ja	ja	
CIJFER	8	7	8,5	8	8,5	7,5	7	6	7	
GESPREK										
Geholpen?	nee	Ja	ja	ja	ja	nee	Ja	Nee	Nee	
Effect	geen nieuwe info	reflectie	blij (om eindelijk te starten m. beh.)	bevestiging van ingevulde WM	met iemand praten buiten je omgeving	-	bewustwording	-	-	
Contact behandelaar met	geen klik.	goed gesprek	positief	positief	deskundig/ vaardig	prettige kennismaking/ op gemak voelen	goede klik	goede klik	niet meteen positief	
WM besproken?	ja	nee	Nee.	nee, meer SV, dubbel, maar niet storend.	nee, concreet	niet	Ja	ja	nee	ja
Inzicht vergroot?	nee	nee	nee	nee	ja	ja	nee	nee	nee	
CIJFER	7	7	9	8	8,5	8	8	9	6	
WM & GESPREK										
VERANDERING	bewustwording	anders denken	inzicht	inzicht	rust	Inzicht & rust	bewustwording	geen verandering	geen verandering	
VERWACHT/VERRAST?	2	3	3	2	4	2 & 5	3	-	-	
ZONDER TRAJECT?	1	2	2	2	2	1 & 1	2	-	-	
HOE BELANGRIJK?	2	2	2	1	2	2 & 2	2	-	-	