

**Apps ter ondersteuning van Lichtverstandelijk Beperkten in de Verslavingszorg in  
Nederland**

Universiteit van Twente

Bachelor thesis Gezondheidswetenschappen

Faculteit: TNW

Student: Adriaan Vrolijk

1<sup>ste</sup> begeleider: Joanneke van der Nagel

2<sup>de</sup> begeleider: Janine van Til

Externe begeleider: Jeannette van Manen

Datum: 15-03-2022

## **Samenvatting**

Achtergrond: Voor de behandeling van middelenverslaving bij mensen met een lichtverstandelijke beperking (LVB), worden aangepaste vormen van cognitieve gedragstherapeutische interventies aangeboden, die gebaseerd zijn op reguliere behandelingsvormen. Deze reguliere behandelingen maken steeds meer gebruik van apps ter ondersteuning van de behandeling. Uit eerder onderzoek blijkt dat apps kunnen ondersteunen bij het leren van nieuwe vaardigheden bij mensen met een LVb, echter ontbreekt er kennis of apps ook kunnen ondersteunen bij de behandeling van middelengebruik voor LVb-cliënten.

Doel: Huidige studie onderzoekt of apps kunnen ondersteunen bij de behandeling van middelenverslaving bij LVb-cliënten binnen de ambulante zorg. Hiervoor is eerst onderzoek gedaan naar het huidige gebruik van apps door behandelaren tijdens de behandeling van LVb-cliënten met een middelenverslaving. Vervolgens is onderzocht wat vereisten zijn van behandelaren waaraan een app moet voldoen om LVb-cliënten te ondersteunen bij de behandeling van middelenverslaving.

Onderzoeksmethode: Het huidige gebruik van apps is onderzocht door middel van een vragenlijst onder behandelaren die werkzaam zijn binnen de LVb ambulante verslavingszorg. De vereisten waaraan een app moet voldoen is door middel van semigestructureerde interviews onderzocht.

Resultaten: Uit de vragenlijst blijkt dat de helft van de behandelaren apps gebruikt tijdens behandelingen. Daarnaast kwamen verschillende vereisten van behandelaren voor apps naar voren; de behandelingsonderdelen van 'Minder Drank of Drugs' moeten beschikbaar zijn in een app, de app moet toegankelijk zijn voor LVb-cliënten en er moet interactie tussen behandelomgeving en cliënt mogelijk kunnen zijn.

Conclusie en aanbeveling: Huidig onderzoek laat zien dat niet alle behandelaren apps gebruiken ter ondersteuning van de behandeling. Redenen daarvoor zijn bijvoorbeeld het gebrek aan kennis over apps en het niet gebruiksvriendelijk zijn van apps voor LVb-cliënten. Door apps met de gevonden vereisten te gebruiken en kennis te verspreiden over apps onder behandelaren in de ambulante middelenverslavingszorg is het wellicht mogelijk om behandelaren kennis te laten vergaren, zodat LVb-cliënten extra ondersteunt kunnen worden tijdens behandeling.

## Inhoudsopgave

1 . Inleiding .....	4
1.1 Middelenverslaving bij lichtverstandelijk beperkten.....	4
1.2 Toegankelijkheid van de behandeling voor middelenverslaving bij LVB- Cliënten.....	4
1.3 Overzicht apps in Nederlandse verslavingszorg .....	5
1.4 Ondersteuning van apps bij mensen met een LVB .....	5
1.5 Onderzoeksvragen.....	6
2. Theoretisch kader .....	7
2.1 Omgaan met cognitieve tekortkomingen binnen de behandeling van LVB- cliënten.....	7
2.2 Huidige behandelmethodes .....	8
2.3 Apps voor middelengebruik op de Nederlandse markt.....	11
2.4 Huidige beoordeling methoden van apps binnen de GGZ.....	12
3. Methode .....	13
3.1 Onderzoekspopulatie.....	13
3.2 Data-instrumenten .....	14
3.3 Data-analyse.....	16
4. Resultaten.....	17
4.1 Resultaten: Inzet van apps binnen de behandeling .....	17
4.2 Resultaten: Vereisten van apps om te ondersteunen bij de behandeling. ....	23
5. Discussie .....	33
5.1 Reflectie op resultaten.....	33
5.2 Beperkingen van het onderzoek.....	36
5.3 Aanbevelingen en suggesties voor verder onderzoek.....	37
6. Conclusie.....	38
Literatuurlijst.....	39
Bijlage .....	48
Bijlage 1: Interviewschema.....	48
Bijlage 2: Seeking Safety .....	52
Bijlage 3: Vragenlijst .....	58
Bijlage 4: Thema's MDOD.....	62
Bijlage 5: Meet instrument GGD-appstore .....	64

## **1 . Inleiding**

### **1.1 Middelenverslaving bij lichtverstandelijk beperkten**

Naar schatting zijn er 1,1 miljoen mensen met een lichtverstandelijke beperking (LVB) in Nederland (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2019). Mensen met een IQ tussen de 50 en 70 of een IQ tussen de 70 en 85 die niet sociaal redzaam zijn hebben een LVB (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2019). Met sociale redzaamheid worden adaptieve vaardigheden in sociaal, praktisch en conceptueel redeneren bedoeld (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2019).

Uit onderzoek blijkt dat mensen met een LVB een verhoogd risico hebben op middelenverslaving (Didden et al., 2020). Risicofactoren hiervoor zijn onder andere groepsdruk, een inadequate copingstijl en stoornissen in adaptief functioneren en het intellect (Didden et al., 2020; Van Duijvenbode & Van der Nagel, 2019). Middelenverslaving bij mensen met een LVB zorgt onder andere voor psychische en sociale problemen, afname van dagelijkse activiteiten en stagnatie van participatie aan de samenleving (Slayter, 2008; Van Duijvenbode et al., 2015).

Onderzoek naar de prevalentie van middelenverslaving bij mensen met een LVB laat uiteenlopende cijfers zien tussen 0.5% en 46% (Van Duijvenbode & Van der Nagel, 2019). Deze cijfers variëren zo omdat mensen met een LVB niet systematisch gecontroleerd worden op middelengebruik en omdat mensen met een middelenverslaving niet worden gediagnostiseerd op LVB. Door gebrek aan eenduidige metingen kunnen de prevalentiecijfers in werkelijkheid zelfs nog hoger liggen (Pezzoni & Kouimtsidis, 2015).

### **1.2 Toegankelijkheid van de behandeling voor middelenverslaving bij LVB-Cliënten**

Er zijn verschillende knelpunten bij de behandeling van mensen met een LVB voor middelenverslaving. Mensen met een LVB en een middelenverslaving ervaren vaker een toegangsbelemmering voor hun behandeling dan mensen zonder LVB (Van der Nagel et al., 2018). 77% van deze LVB-cliënten krijgt een reguliere behandeling die niet specifiek op hen is ingericht (Nouwens et al., 2017). Bij reguliere verslavingsbehandelingen wordt gebruik gemaakt van motiverende gesprekken en Cognitieve Gedragstherapie (Riper et al., 2014). LVB-cliënten hebben hier minder baat bij omdat deze behandelingen complexe taal, vakjargon en ingewikkelde vragen gebruiken, te weinig tijd nemen voor oefeningen en te weinig herhaling van oefeningen bieden (Frielink & Embregts, 2013; Lindsay, 2009). Ook is de kans op het vroegtijdig stoppen van een reguliere behandeling groter bij LVB-cliënten dan bij mensen zonder LVB (Slayter, 2010). Met specifieke aanpassingen voor LVB-cliënten heeft

deze reguliere behandeling toch een positief effect op middelenafname bij LVB-cliënten (Schijven et al., 2020; Gosens et al., 2021).

### **1.3 Overzicht apps in Nederlandse verslavingszorg**

Reguliere verslavingsbehandelingen zijn de laatste jaren in toenemende mate gebruik gaan maken van apps op smartphones, tablets of interactieve websites (Shams et al., 2021). Er komt steeds meer bewijs dat cliënten zonder LVB hierdoor ondersteund kunnen worden gedurende de behandeling voor middelenslaving (Oudshoorn et al., 2020). Voorbeelden van zulke apps zijn Brein de Baas, The Journey en Mirro. Deze apps worden ter preventie van middelengebruik en ter ondersteuning van de behandeling gebruikt (GGD AppStore, 2021).

Op het gebied van apps die ondersteuning bieden aan LVB-cliënten in de Nederlandse verslavingszorg is de app TiP! ontwikkeld. Deze app is gericht op preventie bij jongeren met een LVB en middelenproblematiek. Er is nog geen kennis over de effectiviteit van de app (Gosens et al., 2021). Buiten TiP! zijn geen apps bekend die specifieke ondersteuning bieden aan LVB-cliënten in de Nederlandse verslavingszorg.

### **1.4 Ondersteuning van apps bij mensen met een LVB**

Verschillende onderzoeken tonen aan dat mensen met LVB veel baat kunnen hebben bij apps. Zo kunnen apps helpen bij het aanleren van praktische vaardigheden zoals het doen van boodschappen (Oudshoorn et al., 2020; Ayres & Cihak, 2010), via videobellen kan bijvoorbeeld professionele ondersteuning gefaciliteerd worden. Fysieke en logistieke barrières die de toegang tot de GGZ kunnen belemmeren, zijn hierdoor minder relevant (Whittle et al., 2017). Misschien nog belangrijker, apps kunnen ondersteuning bieden bij moeilijke momenten voor mensen met LVB. Door Covid is professionele zorg aan huis bijvoorbeeld weggefallen bij veel mensen met LVB waardoor angst en psychische problemen vergroot worden (Embregts et al. 2020; Willner et al., 2020). Een app zou de digitale brug kunnen vormen tussen mensen met LVB en degenen die ze kunnen helpen (Oudshoorn et al., 2021).

## 1.5 Onderzoeksvragen

Uit voorgaande is gebleken dat reguliere verslavingsbehandelingen met specifieke aanpassingen een positief effect hebben op middelenafname bij LVB-cliënten. Ook is benoemd dat reguliere verslavingsbehandelingen in toenemende mate gebruik maken van apps, maar dat er specifiek voor LVB-cliënten geen apps ontwikkeld worden. Omdat apps veel ondersteuning kunnen bieden aan mensen met LVB is het interessant om te onderzoeken of apps (al dan niet met specifieke aanpassingen voor LVB-cliënten), ondersteuning kunnen bieden bij de behandeling van middelenverslaving bij LVB-cliënten.

Daarom wordt er in dit onderzoek de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

1. Hoe worden apps momenteel ingezet bij de behandeling van middelenverslaving bij LVB-cliënten in de ambulante zorg?
2. Wat zijn volgens behandelaren de vereisten waaraan een app moet voldoen om LVB-cliënten te ondersteunen bij de behandeling van middelenverslaving in de ambulante zorg?

## **2. Theoretisch kader**

In dit hoofdstuk wordt de theoretische basis gelegd waar het onderzoek op gestoeld is. Eerst wordt ingegaan op cognitieve tekortkomingen van mensen met een LVB en hoe hier in de behandeling rekening mee gehouden kan worden. Daarna worden de huidige behandelmethoden van middelenverslaving bij LVB-cliënten uiteengezet. Er wordt een overzicht gegeven van bestaande apps voor middelengebruik op de Nederlandse markt en de manier waarop ze werken. Tenslotte wordt verteld hoe deze apps momenteel beoordeeld worden.

### **2.1 Omgaan met cognitieve tekortkomingen binnen de behandeling van LVB-cliënten**

Mensen met een LVB hebben cognitieve tekortkomingen op het gebied van intellectuele capaciteiten, geheugen, emotionele geletterdheid en executief functioneren. Bij de behandeling van LVB-cliënten dient hier rekening gehouden mee te worden (Willner & Lindsay, 2016).

#### **2.1.1 Intellectuele capaciteiten**

Mensen met een LVB hebben een tekort aan verbale kennis, een korte spanningsboog en een gebrekkig vermogen tot redeneren. Het is daarom belangrijk om tijdens de behandeling van LVB-cliënten eenvoudig en duidelijk taalgebruik te gebruiken, korte zinnen te formuleren en één voor één gerichte vragen te stellen (Frielink & Embregts, 2013). Ook moet de behandelaar op een positieve manier tussentijds toetsen of alles begrepen is door de cliënt (Frielink & Embregts, 2013). Daarnaast kan het gebruik van visuele beelden en rollenspellen worden ingezet, zodat de essentie makkelijker te begrijpen is (Frielink & Embregts, 2013; Lindsay, 2009).

#### **2.1.2 Geheugen**

Mensen met een LVB kunnen moeite hebben om herinneringen op te halen, naar de toekomst te kijken en om nieuwe kennis te assimileren. Dit betekent dat er behoefte is aan frequente herhaling en recapitulatie tijdens de behandeling van LVB-cliënten (Willner & Lindsay, 2016). LVB-cliënten vinden het lastig om zich huiswerkopdrachten te herinneren. Omdat huiswerk een belangrijk onderdeel is van een effectieve behandeling moet de cliënt geheugensteunen krijgen om het huiswerk uit te voeren aan de hand van meldingen of een agenda (Willner & Lindsay, 2016). Het kan ook helpen om de vertrouwenspersoon van de cliënt uit te nodigen bij het laatste gedeelte van de sessie waarbij het huiswerk wordt uitgelegd (Willner, 2006).

### **2.1.3 Emotionele geletterdheid**

Mensen met een LVB hebben een tekort aan emotioneel vocabulaire. Zo hebben ze moeite met het verbaal uitdrukken van gevoelens en het herkennen van emoties (McKenzie et al., 2000). Het verwarren van bijvoorbeeld ‘verdrietig’ en ‘boos’ kan problemen veroorzaken bij de behandeling. Psychologische educatie kan helpen om emotionele geletterdheid te verbeteren (Willner & Lindsay, 2016).

### **2.1.4 Executief functioneren**

Tot slot hebben mensen met een LVB gebrek aan controle op het eigen (impulsieve) gedrag en moeite met het initiëren van acties (Miyake et al., 2000). Een deel van de behandeling moet dus gericht zijn op zelfbeheersing om goed te kunnen handelen bij crisissituaties, bijvoorbeeld als een LVB-cliënt middelen wil gebruiken (Willner & Lindsay, 2016). Ook moet de LVB-cliënt meer aan de hand meegenomen worden en gestuurd worden binnen de behandeling. Het herhalen van oefeningen en het benoemen van succesvolle ervaringen kan het executief functioneren bevorderen, zodat gedragsverandering kan plaatsvinden (Frielink & Embregts, 2013).

## **2.2 Huidige behandelmethodes**

Dit onderzoek wordt uitgevoerd binnen de ambulante verslavingszorg. Hier komen cliënten terecht met een matige of ernstige stoornis in het gebruik van middelen of na een lange periode van intensief gebruik. Het voornaamste doel is om te minderen of te stoppen met het middelengebruik (Van der Nagel & Kiewik, 2017).

In het algemeen worden er drie behandelmethodes toegepast bij LVB-cliënten met een middelenverslaving binnen de ambulante zorg (Van der Nagel & Kiewik, 2017). Dit zijn Cognitieve Gedragstherapie+ (CGT+), Minder Drank of Drugs (MDOD) en Seeking Safety (Sesa). Deze behandelmethodes worden hieronder verder besproken.

Met een aangepaste intake voor LVB-cliënten wordt gekeken wat de individuele hulpvraag, problematiek en mogelijkheden van de LVB-cliënt zijn. Op basis daarvan wordt een geschikte behandelmethode gekozen. De aangepaste intake voor LVB-cliënten wordt verder niet meegenomen in dit onderzoek (Van der Nagel & Kiewik, 2017).









### 2.2.1 Cognitieve Gedragstherapie+

Het doel van Cognitieve Gedragstherapie + (CGT+) is om te minderen of stoppen met het middelengebruik en de kans op terugval terug te brengen. De behandeling bestaat uit negen individuele sessies en negen groepsbijeenkomsten. Indien nodig kan het aantal sessies verhoogd worden. Bij de individuele sessies is de vertrouwenspersoon van de LVB-cliënt aanwezig die helpt bij het uitleggen van de behandeling. Waar nodig geeft deze vertrouwenspersoon voorbeelden uit het persoonlijke leven van de LVB-cliënt als die daar zelf niet toe in staat is.

De CGT+ behandeling heeft een thematische opbouw. De kern is het aanleren en trainen van zelfcontroletechnieken, die de zes A'tjes genoemd worden (zie Figuur 1). De zes A'tjes kunnen onderverdeeld worden in drie soorten zelfcontroletechnieken: stimuluscontrole, stimulusresponsmaatregelen en responsconsequentie.

#### Figuur 1

*De zes A'tjes*

Stimuluscontrole		Afstand nemen
Stimulusresponsmaatregelen		Alternatieven
		Afleiding zoeken
		Aangeven en bespreken
		Anders denken en anders doen
Responsconsequenties		Applaus

Bij stimuluscontrole worden situaties vermeden die het risico op middelengebruik vergroten door fysiek 'Afstand te nemen'. Bij stimulusresponsmaatregelen wordt alternatief gedrag aangeleerd. Bij de techniek 'Alternatieven' leert de cliënt zich anders te gedragen in situaties waarin die gewend was te gebruiken, bijvoorbeeld door een glas sap te nemen. Verder moet de cliënt 'Afleiding zoeken' in andere activiteiten door bijvoorbeeld te gaan sporten. 'Aangeven en bespreken' leert de cliënt hulp te zoeken en ontvangen in lastige situaties.

‘Anders denken en anders doen’ leert de cliënt helpende gedachten te formuleren die hem ondersteunen in een lastige situatie. Tenslotte wordt bij de responsconsequenties ‘Applaus’ gebruikt om het behalen van doelen en goed gedrag van de cliënt positief te benoemen. De vertrouwenspersoon van de cliënt speelt hierin een belangrijke rol.

Naast het aanleren van zelfcontroletechnieken is er binnen deze methodiek aandacht voor psycho-educatie, belonen, doorberekenen van verslavingsgedrag, het weerstaan van groepsdruk, terugvalpreventie en de vertaling van nieuwe aangeleerde technieken naar de dagelijkse praktijk. Verder moet de cliënt het middelengebruik bijhouden met het registratieformulier gedurende de behandeling. Dit formulier geeft inzicht op welke momenten de cliënt gebruikt en kan motiverend werken als afname zichtbaar wordt.

De belangrijke verschillen tussen CGT+ en de reguliere CGT-behandeling voor mensen zonder LVB zijn de samenwerking met de vertrouwenspersoon van de cliënt en het gebruik van actieve werkvormen en visuele tools. Ook wordt twee keer per week een kortere bijeenkomst georganiseerd in plaats van één lange bijeenkomst per week en wordt gebruik gemaakt van non-verbale ondersteuning tijdens de sessies.

### **2.2.2 Minder Drank of Drugs**

De behandeling Minder Drank of Drugs (MDOD) kent veel overlap met CGT+ en heeft dezelfde einddoelen. De MDOD-behandeling duurt 12 weken. Iedere week wordt één individuele bijeenkomst en één groepsbijeenkomst georganiseerd. Deze bijeenkomsten kennen een vaste structuur met elke week een ander thema (zie Bijlage 4). De individuele sessie begint met herhaling van de groepsessie en de LVB- cliënt krijgt hierbij de ruimte om uit te leggen wat hij geleerd heeft. Vervolgens wordt het nieuwe thema van de week geïntroduceerd in aanwezigheid van de vertrouwenspersoon. Tenslotte wordt vooruitgeblikt op de groepsessies. Ook krijgt de cliënt het werkboek voor de komende week mee met daarin onder andere het huiswerk en de registratieformulieren van het middelengebruik (Van der Nagel et al., 2015).

De groepsessies zijn gericht op het in de praktijk brengen van de geleerde informatie uit de individuele sessie en het krijgen van sociale steun van andere cliënten. De groepsgrootte varieert tussen de vier en acht cliënten. Net als bij CGT+ staan ook hier de zes A'tjes centraal. Binnen de MDOD-behandeling wordt rekening gehouden met de kenmerken van de LVB-doelgroep. Zo past de behandelaar zijn vocabulaire aan op de beperkte woordenschat van de LVB-clieñten en maakt hij gebruik van herhalingen en spelelementen. Ook wordt er rekening gehouden met de impulsiviteit en beïnvloedbaarheid van de doelgroep en met de moeite die zij hebben om verbanden te zien tussen oorzaak en gevolg (Van der Nagel et al., 2015).

### 2.2.3 Seeking Safety

Seeking Safety (SeSa) is afkomstig uit de reguliere verslavingszorg en gericht op cliënten bij wie sprake is van comorbiditeit met verslaving en traumagerelateerde stoornissen zoals PTSS.

De SeSa-behandeling bestaat uit twaalf behandelonderdelen. Deze onderdelen staan los van elkaar en de behandelaar is vrij om de volgorde te bepalen. De behandeling kan individueel en/of in groepsverband gegeven worden. Zoals bij CGT+ en MDOD bieden individuele bijeenkomsten de mogelijkheid om uitleg te geven en de vertrouwenspersoon bij de behandeling te betrekken. De groepsbijeenkomsten helpen om lotgenoten te vinden met wie de LVB-cliënten ervaringen kunnen uitwisselen en vaardigheden kunnen oefenen. Hierbij worden groepen van maximaal zes cliënten geadviseerd.

Ook binnen dit programma wordt rekening gehouden met de LVB-cliënten. De 25 originele behandelonderwerpen zijn gebundeld tot 12 eenvoudigere behandelonderwerpen (zie Bijlage 2). Quotes die als bruggetjes tussen de verschillende behandelonderwerpen dienen zijn makkelijker gemaakt en voorzien van illustraties. Verder zijn er meer actieve, non-verbale werkvormen bedacht en zijn er aanpassingen gedaan op het gebied van taalgebruik en informatiedichtheid.

## 2.3 Apps voor middelengebruik op de Nederlandse markt

Er zijn verschillende apps die kunnen ondersteunen bij middelenverslaving op de Nederlandse markt. Voor dit onderzoek is een inventarisatie gemaakt van de bestaande Nederlandstalige apps die voor het minderen/stoppen van middelen ontwikkeld zijn. Hiervoor zijn de platforms Google, App Store, Google Play, GGZ-appwijzer en GGD AppStore onderzocht (*GGZ-appwijzer*, 2020; GGD AppStore, 2021). Er bestaat nog geen volledige lijst van beschikbare apps, omdat de overzichten op de verschillende websites niet overeenkomen. Op basis van deze inventarisatie worden vier methodes onderscheiden waarop apps middelengebruik tegengaan.

Bij de eerste methode wordt het middelengebruik inzichtelijk gemaakt. Hierdoor wordt een eerste stap gezet om de gebruiker te helpen bij het minderen of stoppen. Apps die hier gebruik van maken zijn Jellinek online zelfhulp, The Journey, Maxx, Middelen Meter, Mirro en Moti 4.

Bij de tweede methode ligt de focus op de educatie van de gebruiker. Hierbij worden de effecten en risico's van middelen uitgelegd. Apps die gebruik maken van deze methode zijn Jellinek online zelfhulp, Red Alert en Van alcohol tot XTC.

Als derde methode bieden apps controle op het gebruik van middelen. Het doel van zulke apps kan bijvoorbeeld zijn om het onbewuste gebruik van alcohol te verminderen door nieuwe automatische reacties aan te leren. Apps die gebruik maken van deze methode zijn Brein de Baas en Mirro.

De laatste methode die apps toepassen is het stellen van doelen en het begeleiden van de gebruiker om zich hieraan te houden. De apps die gebruik maken van deze methode zijn Beterapp, Jellinek online zelfhulp, The Journey, Maxx, Stopmaatje.

## **2.4 Huidige beoordeling methoden van apps binnen de GGZ**

Apps binnen de GGZ op de Nederlandse markt kunnen beoordeeld worden op kwaliteit en toepasbaarheid aan de hand van de testmethode van de GGD-appstore (*GGD AppStore*, 2021b). Deze testmethode is niet specifiek gericht op LVB-cliënten. Apps worden beoordeeld op vier onderdelen, het volledige beoordelingsformulier is in Bijlage 5 toegevoegd.

Het eerste onderdeel gaat over gebruiksvriendelijkheid. Hier wordt beoordeeld of er uitleg is hoe de app werkt, of de app gemakkelijk in gebruik is, of de teksten leesbaar en duidelijk te begrijpen zijn, of de app zonder internet te gebruiken is, hoe de app technisch werkt en hoe deze beoordeeld is in de app store.

Het tweede onderdeel betreft de betrouwbaarheid van de app. Komt de inhoud van een onafhankelijke organisatie of zijn er commerciële doeleinden aan de app verbonden? Welke meetgegevens hanteert de app en is er sprake van meetfouten? Ook wordt nagegaan of de app advies op maat maakt door rekening te houden met persoonlijke factoren als leeftijd, geslacht of persoonlijke doelen.

In het derde onderdeel onderbouwing wordt beoordeeld of bij de ontwikkeling van de app vakkennis en recente, relevante en/of gevalideerde richtlijnen gebruikt zijn. Ook wordt nagegaan of de app gebruik maakt van veranderingstechnieken die het gedrag beïnvloeden zoals zelfmonitoring.

In het laatste onderdeel worden privacy en veiligheid beoordeeld. Er wordt gekeken naar de privacy voorwaarden van de app. Heeft de gebruiker bijvoorbeeld het recht om deze in te zien en te wijzigen of te verwijderen? Vraagt de app informatie van het toestel of ook nog informatie van andere apps? Ook wordt gekeken aan welke veiligheidscertificaten de app en de eventueel gekoppelde website voldoen.

### **3. Methode**

In dit onderzoek werden twee onderzoeksvragen beantwoord. Eerst werd het huidige gebruik van apps gedurende de behandeling van LVB-cliënten met middelenverslaving in de ambulante zorg kwantitatief onderzocht met behulp van een online vragenlijst.

Vervolgens werden de vereisten waaraan een app moet voldoen om LVB-cliënten te ondersteunen bij de behandeling van middelenverslaving in de ambulante zorg op kwalitatieve onderzocht door middel van semigestructureerde interviews.

#### **3.1 Onderzoekspopulatie**

Het onderzoek werd uitgevoerd bij de verslavingsorganisatie Tactus. De onderzoekspopulatie bestond uit medewerkers van Tactus die de behandeling van middelenverslaving bij LVB-cliënten uitvoeren in de ambulante zorg.

##### **3.1.1. Onderzoekspopulatie vragenlijst**

Voor het invullen van de online vragenlijst waren psychiaters, basispsychologen, orthopedagogen (generalisten), verpleegkundigen (specialisten), maatschappelijk werkers en sociaal pedagogische hulpverleners benaderd die werkzaam zijn bij Tactus binnen de ambulante LVB-zorg. Omdat medewerkers met deze beroepen de behandeling uitvoeren en dus eventueel in aanraking komen met het gebruik van apps, waren hun antwoorden bruikbaar om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden.

Om respondenten te werven is de vragenlijst opgestuurd naar negen LVB-teams binnen de ambulante zorg en werd de vragenlijst verspreid via de interne structuur van Tactus.

##### **3.1.2. Onderzoekspopulatie interview**

Voor de selectie van participanten aan de semigestructureerde interviews is gebruik gemaakt van een typerende gerichte steekproef naar behandelaren (Baarda & Bakker, 2013). In samenspraak met een onderzoekpsycholoog van Tactus zijn negen behandelaren met verschillende opleidingsachtergronden en functies in de ambulante verslavingszorg geselecteerd en benaderd, zodat de participanten een representatieve groep vormden. Omdat de participanten de potentiële (eind)gebruikers van de apps zijn, waren hun ervaringen bruikbaar voor de totstandkoming van eisen waaraan de apps moeten voldoen (Carr et al., 2009).

## 3.2 Data-instrumenten

### 3.2.1 Vragenlijst

Met een online vragenlijst werd het huidige gebruik van apps gedurende de behandeling van LVB-cliënten met middelenverslaving in kaart gebracht. Er is gekozen voor het afnemen van vragenlijsten omdat dit concrete cijfers opleverde over hoeveel behandelaren apps gebruiken en wat hun redenen zijn om dit wel of niet te doen.

Bij het ontwikkelen van de vragenlijst zijn de aanbevelingen van (Langbecker et al. 2017) opgevolgd, namelijk om antwoordmogelijkheden te baseren op literatuuronderzoek, te letten op de lengte van de vragenlijst en de vragenlijst te testen (valideren). De onderzoeker heeft met software van SurveyMonkey een conceptvragenlijst opgesteld. In samenspraak met een aandachtsfunctionaris onderzoek van Tactus waren overbodige vragen verwijderd en onduidelijke stellingen geherformuleerd of aangevuld met een voorbeeld. De aandachtsfunctionaris heeft de vragenlijst ook getest op inhoud en gebruiksvriendelijkheid, waarna de opmaak is aangepast om de leesbaarheid te bevorderen.

De vragenlijst bestond uit vier onderdelen en is terug te vinden in Bijlage 3. Het eerste gedeelte van de vragenlijst bestond uit vier demografische vragen over de respondent, namelijk het geslacht, leeftijd, beroep en het aantal werkzame jaren binnen het vakgebied.

Het tweede gedeelte van de vragenlijst bestond uit vier vragen over het huidige app-gebruik. De eerste vraag onderzocht of de respondent momenteel apps gebruikt om de behandeling van middelenverslaving te ondersteunen. Alleen als deze vraag met 'ja' werd beantwoord, ging de respondent door naar de resterende drie vragen. Vervolgens werden de respondenten het percentage cliënten gevraagd dat daadwerkelijk apps gebruiken bij de behandeling. Daarna werd gevraagd welke apps de respondenten gebruiken. De antwoordmogelijkheden op deze vraag waren gebaseerd op de literatuurstudie naar behandelapps voor middelengebruik op de Nederlandse markt (zie hoofdstuk 2.3; GGD AppStore, 2021). Tenslotte is er gekeken naar redenen om apps te gebruiken. Daarvoor werden de antwoordmogelijkheden gebaseerd op de studie naar de verschillende manieren waarop apps helpen om van middelengebruik af te komen, namelijk door het middelengebruik inzichtelijk te maken, de gebruiker te onderwijzen, controle te bieden op middelengebruik en door doelen te stellen (zie hoofdstuk 2.3). Bij de laatste twee vragen was een open veld aanwezig waar respondenten antwoorden konden geven die niet binnen de bestaande antwoordmogelijkheden vielen.

In het derde en laatste gedeelte werd gekeken naar de redenen om geen gebruik te maken apps ter ondersteuning van de behandeling. De antwoordmogelijkheden waren gebaseerd op literatuur over de beoordelingscriteria van behandelapps (zie hoofdstuk 2.4; *GGD AppStore*, 2021b). Ook bij deze laatste vraag was een open veld aanwezig.

### **3.2.2. Interview**

Met semigestructureerde interviews is onderzocht aan welke vereisten een app moet voldoen om LVB-cliënten te ondersteunen bij de behandeling van middelenverslaving. Er is gekozen voor semigestructureerde interviews omdat hier vooraf bepaalde vragen per behandeling en behandelonderdeel gesteld kunnen worden, maar er ook gereageerd kan worden op onderwerpen die niet in het interviewschema zijn opgenomen (Wethington & McDarby, 2015). Zo kon de individuele context van elke participant uitgevraagd worden om uiteindelijk tot een zo divers mogelijk pakket aan vereisten te komen. De interviews zijn afgenomen in Microsoft Teams.

Het interviewschema bestaat uit vijf onderdelen en is terug te vinden in Bijlage 1. Het eerste deel bevat de introductie waarin het doel van het interview kort werd toegelicht en de toestemmingsverklaring werd doorgenomen met de participant. In het tweede deel werden demografische vragen beantwoord om het beroep en de werkzaamheden van de participant in kaart te brengen. Het derde onderdeel betrof over de ervaring van de participant met apps binnen de behandeling. Hier kon de participant onderwerpen aankaarten die niet van te voren bedacht waren, maar wel relevant werden geacht. Tijdens het vierde onderdeel is onderzocht aan welke vereisten een app moet voldoen om een MDOD- en CGT+ behandeling te ondersteunen. Er werden geen vragen gesteld over de SeSa-behandeling omdat deze behandeling volgens de onderzoekspsycholoog weinig uitgevoerd wordt bij deze doelgroep in de verslavingsproblematiek. Eerst is er onderzocht welke behandelvorm de participant uitvoert. Vervolgens is per behandelonderdeel van deze behandelvorm gevraagd hoe een app hierbij kan ondersteunen en aan welke vereisten de app moet voldoen. De vereisten werden gevraagd vanuit het perspectief van de cliënt en het perspectief van de behandelaar. In het vijfde en afsluitende onderdeel is de participant gevraagd of hij nog vragen of aanvullingen heeft. Tot slot werd de participant bedankt voor de deelname aan het interview en werd de opname gestopt.

Er waren ook enkele verdiepende vragen in het interviewschema opgenomen over de informatiebehoefte van de behandelaar in een app, de rol van de vertrouwenspersoon in een app en de soorten toestellen die een cliënt gebruikt. Na afronding van alle onderdelen moesten

deze vragen gesteld zijn. Om het natuurlijke beloop van het gesprek te bevorderen, was er vooraf niet bepaald wanneer deze vragen gesteld moesten worden.

### **3.3 Data-analyse**

#### **3.3.1 Vragenlijst**

Omdat de eerste onderzoeksvraag zich richtte op de huidige manier waarop apps gebruikt worden, zijn beschrijvende statistieken gebruikt om de online vragenlijst te analyseren. De vragen zijn door SurveyMonkey naar een Excel-bestand geëxporteerd. Van de verzamelde data zijn vervolgens frequentiegetallen, percentages, gemiddelden en standaard deviaties berekend.

Voor de presentatie van de resultaten zijn alle open velden door de onderzoeker geanalyseerd. Bij overlap tussen antwoorden in het open veld en reeds bestaande antwoordmogelijkheden zijn deze samengevoegd. Bij gebrek aan overlap zijn nieuwe antwoordmogelijkheden gecreëerd.

#### **3.3.2 Interview**

De interviews zijn eerst getranscribeerd. Daarna zijn de transcripten in drie fases inductief gecodeerd (Thomas, 2006) met behulp van Atlas.ti (Van Gorp, 2007). Uit de tekst werden codes onttrokken die werden samengevat in overkoepelende thema's, namelijk de vereisten waaraan een app moet voldoen om de behandeling te ondersteunen. Er is gekozen voor inductief coderen omdat deze thema's nog niet vaststaan maar juist onderzocht moesten worden.

In de eerste fase is open gecodeerd. De transcripten werden nauwkeurig gelezen, zodat de onderzoeker vertrouwd raakte met de inhoud. Verschillende tekstfragmenten werden samengevat met codes.

In de tweede fase is axiaal gecodeerd. De verschillende codes werden met elkaar vergeleken en codes die bij elkaar hoorden werden samengevoegd in een overkoepelende categorie.

Tenslotte is er selectief gecodeerd. Eerst werd naar onderlinge verbanden gezocht tussen de verschillende categorieën om deze onder overkoepelende thema's samen te brengen. Vervolgens zijn deze thema's verdeeld over hoofdthema's om een helder overzicht te krijgen van de verkregen data.



## **4. Resultaten**

In dit hoofdstuk worden eerst de resultaten gepresenteerd van de vragenlijst, die antwoord geven op de eerste onderzoeksvraag: ‘Hoe worden apps momenteel ingezet bij de behandeling van middelenverslaving bij LVB-cliënten in de ambulante zorg?’

Vervolgens worden de resultaten van de interviews behandeld, die de tweede onderzoeksvraag beantwoorden: ‘Wat zijn volgens behandelaren de vereisten waaraan een app moet voldoen om LVB-cliënten te ondersteunen bij de behandeling van middelenverslaving in de ambulante zorg?’.

### **4.1 Resultaten: Inzet van apps binnen de behandeling**

Dit deelhoofdstuk behandelt de resultaten van de online vragenlijst over het huidige gebruik van apps binnen de behandelingen. Eerst worden de respondenten demografisch beschreven. Daarna worden de resultaten van het huidige gebruik van apps uiteengezet en ten slotte worden redenen om geen apps te gebruiken getoond.

#### **4.1.1 Algemene kenmerken respondenten**

De vragenlijst is door 24 respondenten ingevuld. Hiervan waren vijf vragenlijsten niet bruikbaar omdat vier vragenlijsten zijn ingevuld door respondenten die geen behandelaar zijn binnen de ambulante verslavingszorg en omdat een vragenlijst onvolledig was ingevuld.

Tabel 1 geeft de kenmerken weer van de respondenten. Drie van de 19 respondenten waren mannen (16%) en dertien vrouwen (84%). Alle relevante beroepen binnen de ambulante LVB-verslavingszorg zijn vertegenwoordigd in de respondenten. De meeste respondenten waren maatschappelijk werker, in totaal 8 respondenten (42%). Er is een goede spreiding van de hoeveelheid jaren waarin respondenten werkzaam zijn binnen de verslavingszorg.

**Tabel 1:***Kenmerken van respondenten op de vragenlijst N=19*

<b>Kenmerken respondenten vragenlijst</b>	<b>N (% van totaal)</b>
<b>Totaal respondenten</b>	<b>19 (100%)</b>
<b>Geslacht</b>	
Man	3 (16%)
Vrouw	16 (84%)
<b>Het beroep</b>	
Maatschappelijk werker	8 (42%)
Verpleegkundig specialist	3 (16%)
Verpleegkundige	1 (5%)
Orthopedagoog	2 (11%)
Orthopedagoog generalist	2 (11%)
Psychiater	1 (5%)
Basispsycholoog	1 (5%)
Sociaal pedagogisch hulpverlener	1 (5%)
<b>Leeftijd respondent (in jaren)</b>	
19 of jonger	0 (0%)
20 - 29	3 (16%)
30 - 39	5 (26%)
40 - 49	5 (26%)
50 - 59	5 (26%)
60 of ouder	1 (5%)
<b>Jaren werkzaam binnen de verslavingszorg</b>	
Minder dan 5	6 (32%)
5 - 10	0 (0%)
11 - 15	2 (11%)
16 - 20	7 (37%)
21 - 25	2 (11%)
26 - 30	0 (0%)
Meer dan 30	2 (11%)

#### 4.1.2 Het huidige gebruik van apps ter ondersteuning van de behandeling

Uit het onderzoek blijkt dat 10 van de 19 (53%) van de respondenten wel eens apps gebruiken ter ondersteuning van de behandeling van LVB-cliënten in de ambulante zorg (zie tabel 2). In het restant van deze sectie wordt nader ingegaan op het gebruik van apps van deze tien respondenten. Gemiddeld 35% van hun cliënten maakt wel eens gebruik van deze apps, met een standaard deviatie van 37,3.

**Tabel 2**

*Huidig gebruik van apps*

<b>Gebruik van apps</b>	<b><i>N</i></b>	<b>Percentage (<i>SD</i>)</b>
Gebruikt wel eens apps in behandeling	<i>N</i> = 19	
Ja (%)	10	53%
Nee (%)	9	47%
Gemiddeld % cliënten die gebruik maken van apps	<i>N</i> = 10	35% (37,3)

In tabel 3 staat een overzicht van de apps die gebruikt worden voor de verschillende behandelingen. De verschillende apps worden gebruikt voor de behandeling Cognitieve Gedragstherapie + (CGT+) en Minder Drank of Drugs (MDOD). Voor de behandeling Seeking Safety (SeSa) worden geen apps gebruikt door de respondenten. De apps Maxx, Mirro en The Journey worden ook niet gebruikt. In het open veld worden WhatsApp en Minddistrict genoemd, zonder specificatie binnen welke behandeling. WhatsApp en Minddistrict worden het meest gebruikt, namelijk door drie respondenten (30%). Het aantal apps dat door de respondenten wordt gebruikt ligt tussen nul en drie.

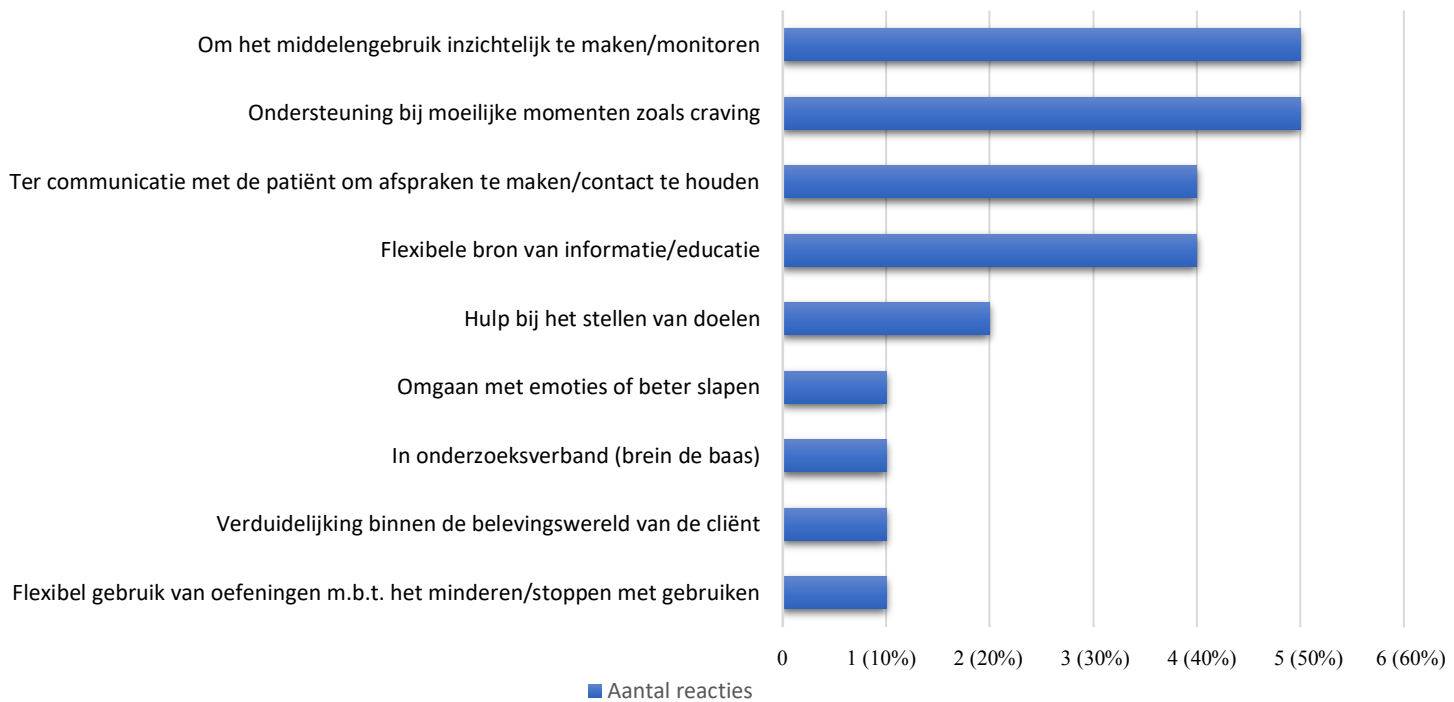
**Tabel 3**

*Overzicht welke apps gebruikt worden voor de verschillende behandelingen door de respondenten, N = 10*

<b>App</b>	<b>Totaal Aantal gebruikers (%)</b>	<b>CGT+</b>	<b>MDOD</b>	<b>Behandeling niet gespecificeerd</b>	<b>SeSa</b>
Alcohol en ouderen	2 (20%)	2 (20%)	2 (20%)		
Brein de Baas	2 (20%)	1 (10%)	2 (20%)		
Van alcohol tot XTC	1 (10%)	1 (10%)	1 (10%)		
Moti 4	1 (10%)		1 (10%)		
Stopmaat	1 (10%)		1 (10%)		
Maxx	0 (0%)				
Mirro	0 (0%)				
The Journey	0 (0%)				
<b>Benoemd in open veld:</b>					
WhatsApp	3 (30%)			3 (30%)	
Minddistrict	3 (30%)		1 (10%)	2 (20%)	

In grafiek 1 staan de redenen uiteengezet voor het gebruik van apps. De meest genoemde redenen zijn middelengebruik inzichtelijk maken/monitoren en ondersteuning bieden bij moeilijke momenten zoals craving. Deze redenen zijn door vijf (50%) van de respondenten genoemd. De respondenten geven tussen de één en vier redenen.

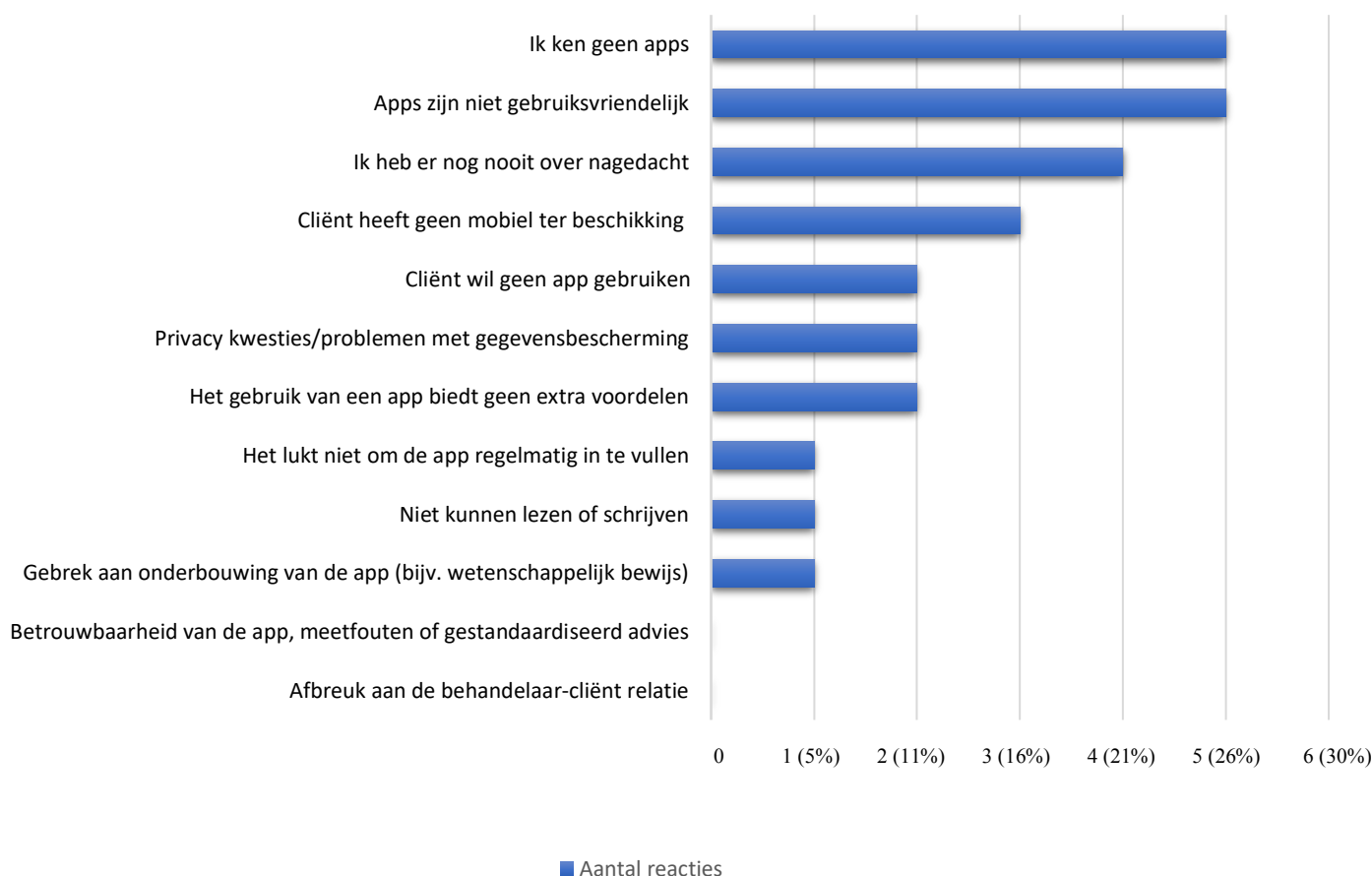
**Grafiek 1: Redenen om apps te gebruiken, N = 10**



#### 4.1.2 Redenen om geen apps te gebruiken ter ondersteuning van de behandeling

In grafiek 2 staan de redenen waarom respondenten geen gebruik maken van apps. Deze vraag is door alle respondenten beantwoord. Dat betekent dat de vraag is beantwoord door respondenten die nooit apps gebruiken bij hun behandeling, en door respondenten die wel eens apps gebruiken. De meest genoemde redenen om geen apps te gebruiken zijn dat respondenten geen apps kennen en dat apps niet gebruiksvriendelijk zijn. Deze redenen zijn door vijf (26%) van de respondenten benoemd. Respondenten geven één tot twee antwoorden op deze vraag. Naast deze gegevens heeft één respondent in het open veld uitgebreider beschreven waarom die geen apps gebruikt: *‘Het is een extra handeling, die niet naadloos aansluit op het primaire proces. Als je de cliënt voorstelt een app te gebruiken, moet je hem ook instrueren, coachen etc. Vervolgens krijg je als behandelaar geen info uit de app, tenzij je de cliënt daar weer om vraagt. En zelfs dan moet je dat soort info zelf handmatig weer in het EPD zetten. Het is dus veel extra werk, zonder dat daar herkenbare opbrengst uit naar voren komt. Dat zou anders zijn als er een app is die echt goed aansluit bij onze behandelmodules, en waar je bv ook op afstand gegevens uit kan halen die dan in het EPD komen.’*

**Grafiek 2: redenen om geen apps te gebruiken, N = 19**



## 4.2 Resultaten: Vereisten van apps om te ondersteunen bij de behandeling.

Dit deelhoofdstuk behandelt de resultaten van de interviews waarin is onderzocht aan welke vereisten apps moeten voldoen om te ondersteunen bij de behandeling. Eerst worden de participanten beschreven. Daarna worden de uitkomsten van de interviews gepresenteerd. De uitkomsten vallen zijn verdeeld over 9 thema's die deel uitmaken van de drie hoofdthema's Vereisten omtrent behandelonderdelen MDOD, Algemene vereisten en Extra overwegingen.

### 4.2.1 Karakteristieken van de participanten van het interview

Voor het onderzoek zijn drie interviews afgenomen. De participanten begeleiden allemaal LVB-cliënten in de ambulante zorg bij Tactus. Tabel 4 geeft een overzicht van het geslacht, beroep en de werkzaamheden van de participanten.

**Tabel 4**

*Beroepen en werkzaamheden van de participanten*

Geslacht	Beroep	Werkzaamheden
V	Verpleegkundig specialist GGZ	Traumabehandelaar, EMDR, crisisbehandelaar, LVB-behandelaar en regiebehandelaar
V	Sociaal pedagogisch hulpverlener & Maatschappelijk werk en Dienstverlening	Eerst verantwoordelijke hulpverlener binnen de ambulante LVB-zorg
M	GZ-psycholoog	Traumabehandelaar en regiebehandelaar

### 4.2.2 Hoofdthema's interviews

De interviews duurden gemiddeld 44 minuten. Alle participanten vertelden dat MDOD de voornaamste behandeling is voor de doelgroep LVB binnen de ambulante zorg. Daarom is de CGT+ behandeling buiten beschouwing gelaten tijdens de interviews.

Er zijn in totaal 183 codes opgesteld die behoren tot 27 categorieën. De verschillende categorieën zijn verdeeld over negen thema's die weer behoren tot de drie hoofdthema's Vereisten omtrent behandelonderdelen MDOD, Algemene vereisten en Suggesties om tekortkomingen in huidige behandelmethodes op te lossen. De hoofdthema's, thema's en categorieën zijn te vinden in Tabel 5. De resultaten uit de eerste twee hoofdthema's zijn relevant voor de beantwoording van de tweede onderzoeksvraag. De resultaten binnen het derde hoofdthema vallen buiten de scope van deze onderzoeksvraag, maar zijn toch het vermelden waard gezien de oriënterende aard van dit onderzoek.

Om de relevantie van elke categorie aan te duiden, wordt het aantal participanten dat de categorie genoemd heeft vermeld.

**Tabel 5**

*Overzicht hoofdthema's, thema's en categorieën voor de vereisten van een app*

<b>Hoofdthema</b>	<b>Thema</b>	<b>Categorie</b>	<b>N</b>	
Vereisten van de app tijdens de MDOD-behandeling	Middeleninformatie digitaliseren en herhaaldelijk tonen	Middeleninformatie van MDOD digitaliseren, waardoor de cliënt deze informatie thuis kan lezen	3	
		Uitleg over middelen moet los per middel gegeven kunnen worden	1	
		Middeleninformatie moet vaak herhaald worden voor LVB-cliënten	1	
	Uitleg geven over de voor-en nadelen van middelengebruik en mogelijkheid om thuis te verwerken	Uitleggen wat voor- en nadelen zijn in een app	1	
		Thuis nadenken over voor- en nadelen en die noteren	2	
		Voor- en nadelen op een digitale kaart in combinatie met de eigen motivatie om te stoppen	1	
	Oefenen met nee zeggen tegen middelen	Het is belangrijk dat LVB-cliënten oefenen met nee zeggen tegen middelen	3	
		Oefenen met nee zeggen via een avatar in de ruimte	3	
		Het onderbewustzijn trainen in nee zeggen met behulp van de app Brein de Baas	1	
	De app moet onderdelen van het werkboek bevatten	Registratie van middelengebruik via een app	3	
		Registratie van middelengebruik via fysiologische metingen	1	
		Trek herkennen via fysiologische metingen en vragen over de gesteldheid van de cliënt	1	
		Dagboekfunctie waarin wordt gevraagd hoe het met cliënt gaat via een rapportcijfer of het stoplicht gekoppeld aan Mijn plan	2	
		Doelen stellen in een app	3	
		De 6 A-tjes digitaliseren	1	
	Algemene vereisten van de app	Toegankelijkheid voor gebruik door LVB-cliënten	De app moet gebruikt kunnen worden op een smartphone	3
			De cliënt moet een positief gevoel krijgen over het gebruik van de app	3
			Nadruk op beeldgebruik in plaats van (teveel) tekst	3
			De app moet voorbeelden geven bij oefeningen	1
		Interactie tussen behandelomgeving en cliënt via app	Informatie versturen van behandelaar naar de cliënt	3
Terugkoppeling en feedback tussen behandelaar en cliënt			2	
Suggesties om tekortkomingen in huidige behandelmethodes op te lossen	Cliënt voorbereiden op behandeling	Zorgvraag en veranderingsbereidheid in kaart brengen met SumID-Q	1	
		Cliënt vindt niet dat hij zelf een LVB heeft	1	
	Anticiperen op risicovolle momenten	Cliënt mist 24/7 ondersteuning	1	
		Meer ondersteuning van emotieregulatie	2	
	Cliënt ondersteunen na behandeling	Aan afspraken houden na de behandeling	1	



#### 4.2.2.1 Hoofdthema 1: Vereisten van de app tijdens de MDOD-behandeling

Binnen het eerste hoofdthema worden inhoudelijke vereisten met betrekking tot de MDOD-behandeling genoemd. Het hoofdthema is onderverdeeld in de vier thema's 'Middeleninformatie digitaliseren en herhaaldelijk tonen', 'Uitleg geven over de voor- en nadelen van middelengebruik en mogelijkheid om thuis te verwerken', 'Oefenen met nee zeggen tegen middelen' en 'De app moet onderdelen van het werkboek bevatten.

##### **Middeleninformatie digitaliseren en herhaaldelijk tonen**

Middeleninformatie van MDOD digitaliseren, waardoor de cliënt deze informatie thuis kan lezen

Alle participanten geven aan dat folders met middeleninformatie en de filmpjes die getoond worden gedurende de groepssessies in het behandelonderdeel Middeleninformatie gedigitaliseerd moeten worden en beschikbaar worden gemaakt via een app voor de cliënt. *'Ja, ik zou graag willen zien dat ze die filmpjes die ze tijdens de groepssessies te horen krijgen thuis nog een keer op hun mobiele telefoon kunnen zien. Dat lijkt mij belangrijk.'*

Uitleg over middelen moet los per middel gegeven kunnen worden

Eén participant vertelt dat het belangrijk is dat de middeleninformatie los per middel uitgelegd kan worden. Zo krijgt de cliënt alleen maar informatie die voor hem relevant is.

Middeleninformatie moet vaak herhaald worden voor LVB-cliënten

Eén participant benoemt dat de informatie over middelen vaak herhaald moet worden voor LVB-cliënten. Dit is extra belangrijk door de cognitieve tekortkomingen van de cliënt, maar wordt momenteel nog niet genoeg gedaan in de MDOD-behandeling.

##### **Uitleg geven over de voor- en nadelen van middelengebruik en mogelijkheid om thuis te verwerken**

Uitleggen wat voor- en nadelen zijn in een app

Eén participant geeft aan dat de cliënt vaak niet begrijpt wat voor- en nadelen zijn (van middelengebruik). De participant heeft behoefte aan een app waar praktischer wordt uitgelegd wat de concepten voor- en nadeel betekenen, door bijvoorbeeld te zeggen 'waar word je nu blij van en waar word je minder blij van'. *'Want als je voor- en nadelen zo zou zeggen, dan begrijpen heel veel LVB-mensen dat gewoon niet.'* Daarnaast geeft de participant aan dat het van belang is dat beeldend wordt uitgelegd wat de voor- en nadelen (van

middelengebruik) zijn. Hierbij wordt een glimlachende smiley geadviseerd bij de voordelen, en neutrale of niet-blijde smileys bij nadelen.

#### Thuis nadenken over voor- en nadelen en die noteren

Twee participanten geven aan dat ze de voor- en nadelen in een app willen hebben voor de cliënt. Dit biedt de cliënt de mogelijkheid om deze thuis verder uit te werken en er over na te denken na de sessie van MDOD van thema 3. Dan kan de cliënt in zijn directe omgeving over de voor- en nadelen spreken en up-to-date houden. *‘Ja, zo ’n app zou wel mooi zijn waar cliënt de voor- en nadelen verder uit kan werken, want dan trek je hem wat breder naar buiten, dan dat uurtje gesprek.’*

#### Voor- en nadelen op een digitale kaart in combinatie met de eigen motivatie om te stoppen

Eén participant wil de voor- en nadelen van de cliënt in een app zien in combinatie met de eigen motivatie van de cliënt. Zo gaat de app fungeren als hulpmiddel waarin staat wat de cliënt moet doen om van middelen af te blijven. De motivatie om met het gebruik te stoppen moet in de vorm zijn van één tot maximaal drie zinnen staan.

### **Oefenen met nee zeggen tegen middelen**

#### Het is belangrijk dat LVB-cliënten oefenen met nee zeggen tegen middelen

Drie participanten geven aan dat het een verrijking kan zijn voor de behandeling als er door middel van een app extra geoefend kan worden met Nee-zeggen. *‘Voor onze doelgroep LVB is het extra belangrijk dat ze gewoon echt feitelijk gedrag kunnen oefenen, nog meer belangrijk dan voor een doorsnee Tactus-cliënt’.*

#### Oefenen met nee zeggen via een avatar in de ruimte

Drie participanten geven aan dat ze graag een app zien waarin er met een avatar geoefend wordt met Nee-zeggen. Daarbij worden verschillende suggesties voor oefeningen gedaan. *‘Het zou mooi zijn als zo ’n app bestaat, dat je in een soort room komt waar je bijvoorbeeld naar de voordeur gaat en daar staat een vriend met een paar pilsjes in zijn hand, of wat voor middel dan ook. En hoe lukt het jou nou om nee te zeggen. Je mag wel binnen komen maar niet met die middelen’.* Daarnaast zou het goed zijn voor de cliënt om te oefenen met groepsdruk. *‘Dat er een groep mensen rondom de avatar staat en dat er nee gezegd moet worden tegen de middelen’.* Op deze manier kan de cliënt vanuit huis naast de reguliere behandeling van MDOD extra oefenen Nee-zeggen onder sociale druk.

#### Het onderbewustzijn trainen in nee zeggen met behulp van de app Brein de Baas

Eén participant geeft aan dat de cliënt het onderbewustzijn zou kunnen trainen in Nee-zeggen door oefeningen met een joystick aan te bieden waarbij de cliënt plaatjes met alcohol

van zich afdrukt en plaatjes met drinken zonder alcohol naar zich toe trekt. De app Brein de Baas biedt mogelijkheden om dit te trainen.

### **De app moet onderdelen van het werkboek bevatten**

Alle participanten geven aan dat ze het werkboek graag gedigitaliseerd zien in een app. Een participant geeft aan dat het werkboek af en toe kwijtraakt waardoor er geen werkboek mee wordt gegeven aan de cliënt aan het begin van de behandeling. Ook vergeten cliënten vaak te schrijven in het werkboek. De participanten verwachten dat het werkboek veel meer mogelijkheden biedt wanneer het gedigitaliseerd wordt in een app.

De participanten willen de registratie van middelengebruik, het dagboek, doelen stellen en de 6 A-tjes in een app gebruiken ter ondersteuning van de behandeling.

### Registratie van middelengebruik via een app

Alle participanten willen dat de cliënt het middelengebruik bijhoudt via een app op de telefoon. Er wordt aangegeven dat het inzicht van gebruik hiermee bevorderd wordt en dat de cliënt hierdoor een overzichtelijk naslagwerk krijgt. Omdat cliënt de app altijd bij zich heeft, verwachten de participanten dat het regelmatig invullen van het middelengebruik hierdoor makkelijker wordt. *‘Dat ze in kunnen vullen, van hoeveel heb ik gebruikt? Dat ze dus zicht krijgen op het gebruik, dat mist in de huidige vorm van de behandeling nog wel eens.’*

### Registratie van middelengebruik via fysiologische metingen

Eén participant geeft aan dat hij naast de handmatige registratie van middelengebruik ook graag fysiologisch metingen wil uitvoeren om het middelengebruik bij te houden. Dit kan door te testen of de cliënt de afgelopen periode middelen gebruikt heeft. De volgende suggesties zijn aangegeven om toe te passen: Ten eerste moet de cliënt twee keer per dag thuis blazen, waarna de alcoholpromillages automatisch in een app geüpload worden zodat de behandelaar dit kan inzien. Omdat er thuis of bij beschermd wonen geen blaastest apparaten zijn, zou dit gefaciliteerd moeten worden gedurende de periode van behandeling. Ten tweede zou de cliënt via de app een melding moeten krijgen dat hij een test moet uitvoeren. Tot slot zou dit ook uitgebreid kunnen worden voor andere middelen dan alcohol, bijvoorbeeld via een plastest.

### Trek herkennen via fysiologische metingen en vragen over de gesteldheid van de cliënt

Eén participant geeft aan dat het moeilijk is voor de cliënt om trek te herkennen. Hij wil de cliënt graag ondersteunen in het herkennen van trek door fysiologische metingen uit te voeren en vragen over de gesteldheid van de cliënt te stellen. Welke fysiologische metingen

hiervoor gebruikt moeten worden weet de participant nog niet. *‘Een fysiologische meting met een rechtstreeks verband met craving, drang of zin. Bijvoorbeeld ik word zweterig of mijn lichaamstemperatuur verandert. Ik weet niet hoe je dat moet doen. Een hulpmiddel om te monitoren of de cliënt oké is en dat ze niet in de gevarezone komen’*. De vragen die gesteld moeten worden betreffen de trek van de cliënt en of de cliënt in de verleiding is om te gebruiken. Hierbij is het van belang dat er twee of drie keer per dag maximaal drie vragen worden gesteld.

#### Dagboekfunctie waarin wordt gevraagd hoe het met cliënt gaat via een rapportcijfer of het stoplicht gekoppeld aan Mijn plan

Twee participanten geven aan dat ze een dagboekfunctie willen in een app, waarin aan de cliënt gevraagd wordt hoe het met hem gaat. Dit zou op dagelijkse basis moeten. Hierbij worden twee suggesties gegeven om dit uit te vragen. Ten eerste: *‘Hoe hoog is de trek? Of hoe voel ik mijn vandaag? Dan kunnen ze best vaak wel een cijfer van nul tot tien geven.’* Ten tweede: *‘Dat ze aan de hand van het stoplicht groen aangeven het gaat goed met mij, met oranje redelijk goed en met rood het gaat helemaal niet lekker met mij’*. Wanneer de cliënt oranje of rood aangeeft moet hij een melding krijgen via de app dat hij extra moet oppassen vandaag. De stoplichtkleur moet gekoppeld zijn aan Mijn plan van thema 10 MDOD (werkblad 26), waar per stoplichtkleur vermeld staat hoe de cliënt moet handelen om weer op groen uit te komen.

#### Doelen stellen in een app

Alle participanten geven aan dat ze graag zien dat de doelen die de cliënt gedurende de behandeling stelt, gekoppeld worden aan een app. *‘Het zou mooi zijn dat de app bijvoorbeeld echt laat zien: wat is jouw eerste doel over drie dagen, en niet alleen het einddoel’*. Daarbij moet de app de mogelijkheid bieden om herinneringen te geven van de doelen die gesteld zijn. Ook willen de participanten bij kunnen houden of de doelen wel of niet behaald zijn en waar de cliënt mogelijk tegen aanliep. Verder moet de cliënt een beloning krijgen na het behalen van een doel, bijvoorbeeld in de vorm van een certificaat. Het bijkomende voordeel van de doelen in een app zetten is dat de cliënt ze altijd op overzichtelijke wijze kan bekijken.

#### De 6 A-tjes digitaliseren

Eén participant geeft aan dat hij de 6 A-tjes digitaal in een app wil. De cliënt kan hier vervolgens oefenen om de A-tjes toe te passen door voorbeelden in te vullen.

#### 4.2.2.2 Hoofdthema 2: Algemene vereisten van de app

Binnen het tweede hoofdthema worden algemene vereisten van een behandelapp voor mensen met LVB genoemd. Het hoofdthema is onderverdeeld in de twee thema's 'Toegankelijkheid voor gebruik door LVB-cliënten' en 'Interactie tussen behandelomgeving en cliënt via app'.

##### **Toegankelijkheid voor gebruik door LVB-cliënten**

###### De app moet gebruikt kunnen worden op een smartphone

Alle participanten geven aan dat de app op een smartphone gebruikt moet kunnen worden. Veel LVB-cliënten hebben geen laptop of tablet, maar meestal wel een smartphone. Voor cliënten zonder (functionerende) smartphone moet Tactus een leentelefoon beschikbaar stellen. Uit de pilot studie 'Ambulant detox thuis' is gebleken dat dit kan. *'Het eerste wat iedereen dacht was, je krijgt geen telefoon meer terug van LVB-cliënten, die worden allemaal verhandeld. Het grappige was dat de mensen met LVB het beste hebben gescoord in de praktijk en dat ze het geweldig vonden. Alle telefoons zijn terug gekomen'.*

###### De cliënt moet een positief gevoel krijgen over het gebruik van de app

Alle participanten vinden het belangrijk dat de app de cliënt een positief gevoel geeft. Hierbij moet naar verschillende vlakken gekeken worden. Allereerst moet de cliënt het nut inzien van de app, anders haakt die snel af. Ook moet de app speels en grappig zijn, zodat de cliënt de app sneller gaat openen. Tenslotte moet de app ervoor zorgen dat de cliënt zich gesteund en gezien voelt, zodat hij de app als een steuntje in de rug ervaart. *'De cliënt voelt zich nu vaak geïsoleerd van alles en iedereen. Dus het gevoel dat je contact hebt en gezien wordt, dat is een heel belangrijk onderdeel van de behandeling'.*

###### Nadruk op beeldgebruik in plaats van (teveel) tekst

Alle participanten vinden dat behandelapps dingen vooral beeldend moeten uitleggen, en niet met (teveel) tekst. *'Als het te talig is, dan haken de LVB-cliënten vrij snel af'.* Ook geven de participanten aan dat de plaatjes van de MDOD-behandeling goed gebruikt kunnen worden in een app. De plaatjes van het kennismakingspel worden hier als voorbeeld benoemt.

###### De app moet voorbeelden geven bij oefeningen

Eén participant benoemt het belang van het geven van voorbeelden bij oefeningen die in de app uitgevoerd kunnen worden. Dit is belangrijk omdat de cliënt het vaak lastig vindt zelf met voorbeelden te komen. De cliënt moet hierin wel uitgedaagd worden. Dit kan gedaan worden door de cliënt de mogelijkheid te geven maximaal twee van de drie voorbeelden te gebruiken en minsten met één eigen voorbeeld te maken. *'Wat cliënten vaak lastig vinden is:*

*wat is nou belonen? Ik denk dat aan de hand van wat voorbeelden meer uitgelegd kan worden wat belonen is, zodat de cliënt vervolgens eigen voorbeelden kan verzinnen'.*

## **Interactie tussen behandelomgeving en cliënt via app**

### Informatie versturen van behandelaar naar de cliënt

Alle participanten geven aan dat ze als behandelaar verschillende vormen van informatie naar de cliënt willen sturen of meegeven. Een app zou een belangrijke rol kunnen spelen als medium om informatie naar de cliënt te versturen. De participanten geven aan dat de onderwerpen die besproken zijn gedurende de behandelingen in een paar punten terug te lezen zijn, zodat de informatie daarvan niet bij de behandelaar blijven liggen en de cliënt het kan gebruiken als naslagwerk. *'Dat kunnen ze dan nog een keer rustig nalezen. Dat kan wel helpen en de behandeling bevorderen'.* Daarbij is het van belang dat er ook beelden/plaatjes verstuurd kunnen worden via de app. Voorbeelden van dingen die verstuurd kunnen worden zijn het huiswerk aan het einde van de sessie, de verslavingscirkel van Prochaska of de rapportage van het MDOD-behandelonderdeel Anders denken en anders doen.

### Terugkoppeling en feedback tussen behandelaar en cliënt

Twee participanten geven aan dat ze de informatie willen inzien die de cliënt op een app heeft ingevuld, zoals de registratie van het middelengebruik. Ook moet deze app de mogelijkheid bieden om hier feedback op te geven. Daarnaast moet de behandelaar vragen kunnen beantwoorden die cliënt mogelijk heeft. *'Ik denk dat de behandelaren regelmatig even een seintje moeten geven van: ik zie hoe het met je gaat. Ik denk dat dat ook echt een onderdeel moet zijn van een app'*

### Vertrouwenspersoon bij de behandeling betrekken

Alle participanten geven aan dat de vertrouwenspersoon van de cliënt een belangrijke rol heeft binnen de MDOD-behandeling, die momenteel onderschat wordt. Wanneer een app aan de vertrouwenspersoon de mogelijkheid biedt om feedback te geven op informatie die de cliënt heeft ingevuld, verwachten de participanten dat dit als extra steun wordt ervaren. Eén participant geeft wel aan dat er gelet moet worden op de privacy van de cliënt als de vertrouwenspersoon informatie van de cliënt kan inzien. Een andere participant werpt tegen dat de cliënt de vertrouwenspersoon momenteel zelf moet uitnodigen in Minddistrict.

### **4.2.2.3 Hoofdthema 3: Suggesties om tekortkomingen in huidige behandelmethodes op te lossen**

De inhoud van het hoofdthema drie heeft geen betrekking tot vereisten waar een behandelapp aan moet voldoen. Toch zijn de aanbevelingen van de participanten het vermelden waard omdat het onderzoek van oriënterende aard is. De thema's zijn 'Cliënt voorbereiden op behandeling', 'Anticiperen op risicovolle momenten' en 'Cliënt ondersteunen na behandeling'.

#### **Cliënt voorbereiden op behandeling**

##### Zorgvraag en veranderingsbereidheid in kaart brengen met SumID-Q

Eén participant geeft aan dat de zorgvraag vaak niet vanuit de LVB-cliënt zelf komt en onduidelijk is. Ook heeft een LVB-cliënt vaak een lage veranderingsbereidheid. Met de SumID-Q kunnen de zorgvraag en veranderingsbereidheid in kaart gebracht worden voordat de cliënt begint aan de behandeling. *'Wij vullen al in dat iemand in behandeling wil. Dus je gaat vaak te snel, het zou mooi zijn als de zorgvraag stukje voor stukje in een app wordt uitgevraagd. Vind je het wel een probleem of vindt je directe omgeving het een probleem.'*

##### Cliënt vindt niet dat hij zelf een LVB heeft

Eén participant benoemt dat de meeste LVB-cliënten van zichzelf vinden dat ze geen LVB hebben. Aan het begin van de behandeling vinden ze de MDOD-behandeling kinderachtig. Maar als de behandeling meer talig wordt, begrijpen ze er te weinig van. Via een app zou voor de start van de behandeling aandacht wordt gegeven kunnen worden wat LVB is.

#### **Anticiperen op risicovolle momenten**

##### Cliënt mist 24/7 ondersteuning

Eén participant vertelt dat cliënten aangeven dat ze ondersteuning missen op de momenten dat Tactus gesloten is. De moeilijkste en meest risicovolle momenten zijn voor de cliënt in het weekend en in de avonden. Met behulp van artificiële intelligentie kan gevraagd worden hoe het met cliënt gaat en kan eventueel geruststelling geboden worden. *'Als ze het echt nodig hebben, dan kunnen ze niet terecht. We hebben daar helemaal niks op'*.

### Meer ondersteuning van emotieregulatie

Twee participanten geven aan dat de huidige MDOD-behandeling tekortschiet in het ondersteunen van de emotieregulatie van de cliënt. De MDOD-behandeling focust op gewoontegedrag, maar sommige cliënten gebruiken juist middelen omdat ze niet goed met hun emoties kunnen omgaan. Eén participant gebruikt zelf de 4b's over emoties van Cognitieve Gedragstherapie en ervaart dat LVB-clieñten hier veel baat bij hebben.

### **Cliënt ondersteunen na behandeling**

#### Aan afspraken houden na de behandeling

Eén participant geeft aan dat LVB-clieñten het na de MDOD-behandeling moeilijk vinden om zich aan de afspraken te houden die met de behandelaar over de periode na de behandeling worden gemaakt. Een app kan hierbij helpen door te vragen of de cliënt zich aan deze afspraken houdt. Dit zou eerst dagelijks moeten, vervolgens wekelijks en uiteindelijk maandelijks.



## **5. Discussie**

In dit hoofdstuk wordt er eerst gereflecteerd op de resultaten van dit onderzoek en worden de twee onderzoeksvragen beantwoord. Daarna worden de sterktes en beperkingen van dit onderzoek behandeld. Tot slot worden aanbevelingen voor vervolgonderzoek gedaan.

### **5.1 Reflectie op resultaten**

In deze studie is het huidige gebruik van apps ter ondersteuning van de behandeling van LVB-cliënten in kaart gebracht en zijn vereisten waaraan apps moeten voldoen onderzocht. In dit deelhoofdstuk wordt gereflecteerd op de resultaten.

#### **5.1.1 Reflectie op resultaten: Inzet van apps binnen de behandeling**

Ten eerste is het huidige gebruik van apps ter ondersteuning van de behandeling van LVB-cliënten binnen de ambulante zorg onderzocht. Uit het de vragenlijst die onder 19 behandelaren binnen Tactus is afgenomen, blijkt dat de helft van de behandelaren wel eens apps gebruikt ter ondersteuning van de behandeling. De apps die gebruikt worden zijn zowel apps die specifiek gericht zijn op middelengebruik bijvoorbeeld: Brein de Baas, als communicatieapps zoals WhatsApp. Het blijkt dat apps vooral worden gebruikt om middelengebruik inzichtelijk te maken/te monitoren en om ondersteuning te bieden bij moeilijke momenten. Daarnaast blijkt dat onwetendheid de belangrijkste reden is om geen apps te gebruiken. Een andere reden voor behandelaren om geen apps te gebruiken is omdat zij geen apps kennen of er nog nooit over hebben nagedacht.

De vragenlijst was gericht op apps die inhoudelijk ondersteunen bij middelengebruik, zoals beschreven in het theoretisch kader 2.3. Daarom is het een verrassende bevinding dat WhatsApp en Minddistrict het meest gebruikt worden door de behandelaren. Een logische verklaring is dat WhatsApp gebruikt wordt voor communicatie tussen behandelaar en cliënt. Deze verklaring wordt ook gesteund door de redenen om apps te gebruiken die in Grafiek 1 vermeld staan. Dit betekent dat er behoefte is aan apps die communicatie tussen LVB-cliënten en behandelaren kunnen faciliteren.

Verder is het een verrassende bevinding dat veel behandelaren geen kennis hebben over apps ter ondersteuning van de behandeling, aangezien reguliere verslavingsbehandelingen de laatste jaren in toenemende mate gebruik maken van apps (Shams et al., 2021). Aangezien weinig behandelaren louter LVB-cliënten behandelen, werd er verwacht dat behandelaren op zijn minst een keer over apps zouden hebben nagedacht.

De resultaten van de vragenlijst laten zien dat er behandelaren zijn die gebruik maken van apps bij hun cliënten. Tegelijkertijd blijkt dat er nog kennis ontbreekt over apps bij behandelaren. Met het oog op de transitie naar een digitale samenleving, laten de resultaten zien dat er door informatieverspreiding het app gebruik onder behandelaren en LVB-cliënten kan toenemen.

### **5.1.2. Reflectie op resultaten: Vereisten van apps om te ondersteunen bij de behandeling**

In het tweede gedeelte van dit onderzoek is met semigestructureerde interviews onderzocht aan welke vereisten apps moeten voldoen om ondersteuning te bieden tijdens de behandeling. Uit de interviews blijkt dat behandelaren voornamelijk de MDOD-behandeling toepassen bij LVB-cliënten en dat ze het belangrijk vinden dat specifieke behandelonderdelen beschikbaar gemaakt worden in een app. Daarnaast zouden ze cliënten graag laten oefenen met nee zeggen tegen middelen en zouden ze onderdelen van het werkboek graag digitaal beschikbaar hebben. De behandeling vindt dan niet meer alleen plaats in de behandelkamer, maar kan ook thuis worden voortgezet. Verder vinden behandelaren dat apps toegankelijk moeten zijn om door LVB-cliënten gebruikt te worden en dat communicatie tussen de behandelomgeving en cliënt mogelijk is via apps.

Omdat de interviews semigestructureerd zijn afgenomen, zijn de uitkomsten van de interviews onderling vergelijkbaar (Wethington & McDarby, 2015). De bevinding dat MDOD voornamelijk wordt gebruikt tijdens de behandeling voor LVB-cliënten is in tegenspraak met literatuuronderzoek waar zowel MDOD als CGT+ en SeSa als geschikte behandelingen worden genoemd (Van der Nagel & Kiewik, 2017). Daarentegen kwam uit de vragenlijst wel naar voren dat CGT+ werd gebruikt tijdens de behandeling. De discrepantie tussen beide resultaten kunnen verschillende verklaringen hebben. Ten eerste is het mogelijk dat behandelaren CGT+ foutief hebben aangezien voor CGT in de vragenlijst. Ook is het mogelijk dat drie interviews te weinig zijn om de resultaten te generaliseren naar de gehele onderzoekspopulatie.

Door specifieke behandelonderdelen van de MDOD-behandeling in een app beschikbaar te maken kan worden ingespeeld op de cognitieve tekortkomingen van de cliënt (Willner & Lindsay, 2016). Door de middeleninformatie te digitaliseren en herhaaldelijk te tonen, worden LVB-cliënten voorzien in hun behoefte aan veel herhaling (Willner & Lindsay, 2016). Door in een app te oefenen met de behandelmodule Nee-zeggen in een app, kan de LVB-cliënt vaak succesvol nee zeggen waardoor gedragsverandering kan plaatsvinden (Frielink & Embregts, 2013). Door de registratie van het middelengebruik en het stellen van doelen (beiden onderdelen uit het werkboek) te digitaliseren, kan de cliënt de gewenste

geheugensteunen krijgen om zijn taken uit te voeren (Willner, 2006). Deze vereisten zijn dus in lijn met de aanbevelingen uit de literatuur. Door de vereisten in een app te verwerken, kan de cliënt voordeel ondervinden en wordt de behandeling mogelijk naar een hoger niveau getild.

Ook de algemene vereisten liggen in lijn met aanbevelingen uit de literatuur. Door nadruk te leggen op beeldgebruik wordt de app toegankelijker en kan de LVB-client de essentie makkelijker begrijpen (Frielink & Embregts, 2013; Lindsay, 2009). Met terugkoppeling en feedback tussen behandelaar en cliënt kan de behandelaar tussentijds toetsen of alles begrepen is. Daarnaast kan er via een app een vertrouwenspersoon worden betrokken bij de behandeling en is het mogelijk dat de cliënt zijn opdrachten hierdoor beter uitvoert (Frielink & Embregts, 2013; Willner, 2006).

In de interviews zijn ook tekortkomingen gesignaleerd van huidige behandelmethodes en zijn suggesties gedaan om deze tekortkomingen te ondervangen met een app. Deze suggesties zijn in de resultatensectie opgenomen onder het hoofdthema ‘Suggesties om tekortkomingen in huidige behandelmethodes op te lossen’. Hoewel ze geen antwoord geven op de onderzoeksvragen, is het toch interessant om ze nader te beschouwen. Zo is gesuggereerd om cliënten voor te bereiden op de behandeling door de zorgvraag met de vragenlijst SumID-q beter uit te vragen in een app en om in een app te anticiperen op risicovolle momenten wanneer Tactus dicht is, zoals in het weekend of de avonduren.

Veel van de resultaten zijn meer aanbevelingen voor apps dan harde vereisten. Een vereiste is een noodzakelijke voorwaarde, zonder welke een app écht niet kan ondersteunen bij de behandeling van LVB-clienten. Omdat de behandelaren de MDOD-behandelingen nu ook zonder apps uitvoeren, is het lastig om via interviews met deze behandelaren tot vereisten te komen.

Desalniettemin heeft dit onderzoek maatschappelijke relevantie omdat de vereisten behandelaren extra handvatten geven om een app te kiezen die geschikt is voor de behandeling van LVB-clienten.

## 5.2 Beperkingen van het onderzoek

Uit eerder onderzoek kwam niet naar voren dat WhatsApp en Minddistrict geschikt zijn om behandelaren te ondersteunen bij de behandeling van middelenverslaving van LVB-cliënten. De resultaten van de vragenlijst lieten zien dat WhatsApp en Minddistrict wel worden gebruikt door behandelaren. In huidig onderzoek is vooral gefocust op apps die inhoudelijk ondersteuning bieden bij middelenverslaving, bijvoorbeeld door middelengebruik inzichtelijk te maken. Door deze afbakening werden communicatieapps zoals; WhatsApp vooraf niet benoemd in de vragenlijst. De bevindingen lieten zien dat sommige behandelaren Apps in een brede zin opvatten en dus ook communicatieapps zien als ondersteuning van de behandeling. Het is onbekend of alle respondenten vanuit dit perspectief keken. Het is dus mogelijk dat er met meerdere maten gemeten is, wat invloed kan hebben gehad op de resultaten. Hierdoor zouden de resultaten van de vragenlijst minder valide kunnen zijn. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat het percentage behandelaren dat wel apps gebruikt hoger ligt.

Daarnaast werd er geambieerd om eerst het huidige gebruik te onderzoeken met een online vragenlijst. Vervolgens zouden de interviews afgenomen worden om vereisten te onderzoeken. Door technische problemen omtrent het afnemen van de vragenlijst is dit niet gebeurd en zijn de twee onderzoeken simultaan uitgevoerd. Als de analyse van de vragenlijst eerder was afgerond, was het mogelijk geweest om resultaten uit de vragenlijst in het interviewschema op te nemen. Zo was het interessant geweest om meer aandacht te besteden aan WhatsApp in de interviews. Dan had uitgevraagd kunnen worden waarvoor WhatsApp nu gebruikt wordt en hadden de mogelijkheden van WhatsApp verkend kunnen worden. Denk bijvoorbeeld aan een chatbot die 24/7 bereikbaar is en herinneringen kan opsturen. Dit zou de horizon van dit onderzoek verbreed hebben en waarschijnlijk tot nieuwe aanbevelingen geleid hebben.

De interviews zijn afgenomen bij drie participanten die via een typerende gerichte steekproef in overleg met een onderzoekspsycholoog bij Tactus zijn benaderd en dus niet aselekt getrokken zijn. Door de combinatie van het aantal interviews en de selectiemethode die tot selection bias kan leiden zou de representativiteit van dit onderzoek in twijfel getrokken kunnen worden. Daarnaast zijn de andere gebruikers van de apps; de cliënten niet meegenomen in dit onderzoek. Er wordt daarom aanbevolen om vervolgonderzoek te focussen op LVB-cliënten.

### **5.3 Aanbevelingen en suggesties voor verder onderzoek.**

Het is interessant om dit onderzoek uit te voeren vanuit het perspectief van de LVB-cliënten. Het huidige pakket aan vereisten is tot stand gekomen naar aanleiding van interviews met behandelaren, maar het is waarschijnlijk dat interviews met LVB-cliënten andere resultaten opleveren. Door LVB-cliënten te includeren worden alle gebruikers van de apps gehoord (Rosner, 2021). Verder biedt kwalitatief onderzoek bij zowel LVB-cliënten als behandelaren een mixed-method waardoor de vereisten vanuit verschillende invalshoeken gedestilleerd kunnen worden (García Iriarte et al., 2014).

#### **5.3.1 Praktische implicaties en vervolgonderzoek**

Er kan een koppeling gemaakt worden tussen dit onderzoek en de uitvoeringspraktijk. Uit het onderzoek is een pakket vereisten gekomen waar apps aan moeten voldoen om ondersteuning te kunnen bieden bij de behandeling van LVB-cliënten. Het is interessant om te onderzoeken welke bestaande apps (het meest) voldoen aan deze vereisten, zodat deze ingezet kunnen worden en er hogere kwaliteit van zorg geleverd kan worden. De volgende drie apps voldoen voor een deel aan de vereisten uit dit onderzoek. Maxx is de eerste app die deels aan de vereisten voldoet. De app vraagt om het middelengebruik te registreren, biedt de mogelijkheid om gebruiksdoelen te stellen, beschikt over een zelf op te stellen motivatiekaart en geeft voorbeelden met tips. Maxx is biedt enkel ondersteuning voor alcoholgebruik en is nog te talig voor LVB-cliënten. De tweede app Middel en Meter is geschikt om alcohol, tabak, cannabis en kalmeringsmiddelen te registreren. De cliënt krijgt herinneringen om de registratie in te voeren. Tenslotte biedt de app Brein de Baas oefeningen aan om het onderbewuste te trainen, zodat alcoholgebruik verminderd wordt. Niet alle apps worden momenteel gebruikt bij de behandeling van LVB-cliënten. De geschiktheid van deze drie apps voor LVB-cliënten moet in de praktijk verder onderzocht worden.

Sommige vereisten, zoals het digitaliseren van middeleninformatie en de 6 A-tjes, zijn gemakkelijk te realiseren. Door dit te digitaliseren kan de behandelaar deze informatie direct naar de cliënt versturen via WhatsApp. Zo kunnen cliënten deze informatie herhaaldelijk zien en wordt een quick win gemaakt. Echter, voldoet WhatsApp niet aan de General Data Protection Regulation en is het strafbaar om persoonlijke klinische gegevens te delen via WhatsApp (Masoni & Guelfi, 2020).

Tenslotte is het belangrijk vervolgonderzoek te doen naar de verspreiding van kennis over apps bij behandelaren, uit de vragenlijst blijkt namelijk dat er veel onwetendheid heerst onder behandelaren. Als behandelaren geen apps kennen, kunnen ze vanzelfsprekend niet ingezet worden ter ondersteuning van de behandeling. Het model van Weggeman kan gebruikt worden

om te onderzoeken hoe de kennis over apps binnen een organisatie (zoals Tactus) verspreid kan worden (Weggeman, 2001). Dit model geeft handvatten om het proces van kennisverspreiding binnen organisaties te analyseren. Met deze analyse kunnen gerichte aanpassingen uitgevoerd worden om kennisverspreiding te optimaliseren, zodat alle behandelaren kunnen profiteren van de voordelen van apps. Eventueel kan hierbij gebruik gemaakt worden van de interne ICT-structuur van de organisatie.

## **6. Conclusie**

In dit onderzoek zijn antwoorden gegeven op de onderzoeksvragen: ‘Hoe worden apps momenteel ingezet bij de behandeling van middelenverslaving bij LVB-cliënten in de ambulante zorg’ en ‘Wat zijn volgens behandelaren de vereisten waaraan een app moet voldoen om LVB-cliënten te ondersteunen bij de behandeling van middelenverslaving in de ambulante zorg?’. Uit de resultaten blijkt dat de helft van de behandelaren gebruik maakt van apps bij hun cliënten, maar dat er tegelijkertijd kennis ontbreekt bij behandelaren over apps. Met het oog op de transitie naar een digitale samenleving, laten de resultaten zien dat er door informatieverspreiding het app gebruik onder behandelaren en LVB-cliënten kan toenemen. Uit de tweede onderzoeksvraag is gebleken dat onderdelen van de MDOD-behandeling in een toegankelijke app beschikbaar moeten zijn en dat er uitwisseling tussen de cliënt, behandelaar en vertrouwenspersoon mogelijk moet zijn.

Naar aanleiding van deze bevindingen wordt er aanbevolen om vervolgonderzoek te doen met LVB-cliënten zodat alle gebruikers van de apps gehoord worden, naar de apps Maxx, Middelen Meter en Brein de Baas. Verder geeft het onderzoek richting aan het gebruik en (door)ontwikkeling van apps die kunnen ondersteunen in de behandeling van middelenverslaving bij LVB-cliënten. Door apps met de gevonden vereisten te gebruiken en ontwikkelen en kennis te verspreiden over apps onder behandelaren in de ambulante middelenverslavingszorg is het mogelijk om LVB-cliënten extra te ondersteunen en de behandeling naar een hoger niveau te tillen.

### Literatuurlijst

- Alcohol en ouderen. (2021). Mirro. <https://mirro.nl/module/consument-alcohol-en-ouderen/>
- American Psychiatric Association. (2017). *Beknopt overzicht van de criteria DSM-5* (4de ed.). Boom Lemma.
- Ayres, K., & Cihak, D. (2010). Computer- and Video-Based Instruction of Food-Preparation Skills: Acquisition, Generalization, and Maintenance. *Intellectual and Developmental Disabilities, 48*(3), 195–208.  
<https://doi.org/10.1352/1944-7558-48.3.195>
- Baarda, B., & Bakker, E. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek* (3de editie). Noordhoff.
- Breindebaas - Apps op Google Play. (2020). Breindebaas.  
<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.tfe.tactus.cbm&hl=nl>
- Brennan, K. (2009). *A Guide to the Business Analysis Body of Knowledge* (International Institute of Business Analysis, Red.). Reed Business Education.
- Carr, D., Howells, A., Chang, M., Hirji, N., & English, A. (2009). An Integrated Approach to Stakeholder Engagement. *Healthcare Quarterly, 12*(sp), 62–70.  
<https://doi.org/10.12927/hcq.2009.20754>
- Carreiro, S., Newcomb, M., Leach, R., Ostrowski, S., Boudreaux, E. D., & Amante, D. (2020). Current reporting of usability and impact of mHealth interventions for substance use disorder: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence, 215*, 108201.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108201>
- Chadwick, D., Wesson, C., & Fullwood, C. (2013). Internet Access by People with Intellectual Disabilities: Inequalities and Opportunities. *Future Internet, 5*(3), 376–397.  
<https://doi.org/10.3390/fi5030376>
- De Leeuw, E. (2010). Passen en Meten Online: De kwaliteit van internet Enquetes. *Jaarboek 2010 Markt Onderzoek Associatie. Haarlem: Spaarenhout*. Published.

- Didden, R., VanDerNagel, J., Delforterie, M., & Van Duijvenbode, N. (2020). Substance use disorders in people with intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(2), 124–129. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000569>
- Doorzoek alle apps. (2021). ggz-appwijzer. <https://www.ggzappwijzer.nl/doorzoek-alle-apps>
- Embregts, P. J. C. M., Van den Bogaard, K. J. H. M., Frielink, N., Voermans, M. A. C., Thalen, M., & Jahoda, A. (2020). A thematic analysis into the experiences of people with a mild intellectual disability during the COVID-19 lockdown period. *International Journal of Developmental Disabilities*, 1–5. <https://doi.org/10.1080/20473869.2020.1827214>
- Frielink, N., & Embregts, P. (2013). Modification of motivational interviewing for use with people with mild intellectual disability and challenging behaviour. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 38(4), 279–291. <https://doi.org/10.3109/13668250.2013.809707>
- GGD AppStore. (2021). GGD AppStore. <https://www.ggdappstore.nl/Appstore/Homepage/Sessie,Medewerker,Button>
- GGZ-appwijzer. (2020). Appwijzer. <https://www.ggzappwijzer.nl/>
- Gosens, L. C., Otten, R., De Jonge, J. M., Schellekens, A. F. A., VanDerNagel, J. E., Didden, R., & Poelen, E. A. P. (2021). Development of a personalised substance use disorder treatment for people with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning: An intervention mapping approach. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 1–10. <https://doi.org/10.3109/13668250.2021.1925529>
- García Iriarte, E., O'Brien, P., & Chadwick, D. (2014). Involving People With Intellectual Disabilities Within Research Teams: Lessons Learned from an Irish Experience. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 11(2), 149–157. <https://doi.org/10.1111/jppi.12081>



LADIS. (2016). *Kerncijfers Verslavingszorg 2015 Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem*.

<https://cdn.bluenotion.nl/1b7662a764fa088ca7577160e97757ee8e6d6667b106aae1cd8349ce2b44dbbb/Kerncijfers%202015.pdf>

Langbecker, D., Caffery, L. J., Gillespie, N., & Smith, A. C. (2017). Using survey methods in telehealth research: A practical guide. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 23(9), 770–779. <https://doi.org/10.1177/1357633x17721814>

Lindsay, W. R. (2009). Adaptations and Developments in Treatment Programmes for Offenders with Developmental Disabilities. *Psychiatry, Psychology and Law*, 16(sup1), S18–S35. <https://doi.org/10.1080/13218710802471784>

Mackinnon, S. P., Kehayes, I. L. L., Clark, R., Sherry, S. B., & Stewart, S. H. (2014). Testing the four-factor model of personality vulnerability to alcohol misuse: A three-wave, one-year longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(4), 1000–1012. <https://doi.org/10.1037/a0037244>

Masoni, M., & Guelfi, M. R. (2020). WhatsApp and other messaging apps in medicine: opportunities and risks. *Internal and Emergency Medicine*, 15(2), 171–173. <https://doi.org/10.1007/s11739-020-02292-5>

Maxx, minderen of stoppen met alcohol drinken - Apps on Google Play. (2021). Google Play. <https://play.google.com/store/apps/details?id=nl.trimbos.maxx&hl=en&gl=US>

McKenzie, K., Matheson, E., McKaskie, K., Hamilton, L., & Murray, G. C. (2000). Impact of group training on emotion recognition in individuals with a learning disability. *British Journal of Learning Disabilities*, 28(4), 143–147. <https://doi.org/10.1046/j.1468-3156.2000.00061.x>

Middelen Meter. (2018, 8 mei). App Store. <https://apps.apple.com/nl/app/middelen-meter/id1377108576>

- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The Unity and Diversity of Executive Functions and Their Contributions to Complex “Frontal Lobe” Tasks: A Latent Variable Analysis. *Cognitive Psychology*, *41*(1), 49–100. <https://doi.org/10.1006/cogp.1999.0734>
- Moti4 - Apps on Google Play. (2018). Apps on Google Play. <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.strangerpark.moti4&hl=en&gl=US>
- Neff, R., Fry, J. (2009). Periodic Prompts and Reminders in Health Promotion and Health Behavior Interventions: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, *11*(2)
- Netherlands Institute of Mental Health and Addiction. (2021). *Nationale Drug Monitor, Jaarbericht 2020*. <https://www.trimbos.nl/docs/423b9c4b-a389-4bfd-aa33-0c914438f1f9.pdf>
- Nouwens, P. J. G., Smulders, N. B. M., Embregts, P. J. C. M., & Van Nieuwenhuizen, C. (2017). Meeting the support needs of persons with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: still a long way to go. *Journal of Intellectual Disability Research*, *61*(12), 1104–1116. <https://doi.org/10.1111/jir.12427>
- Oudshoorn, C. E. M., Frielink, N., Nijs, S. L. P., & Embregts, P. J. C. M. (2020). eHealth in the support of people with mild intellectual disability in daily life: A systematic review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *33*(6), 1166–1187. <https://doi.org/10.1111/jar.12758>
- Oudshoorn, C. E. M., Frielink, N., Nijs, S. L. P., & Embregts, P. J. C. M. (2021). Psychological eHealth interventions for people with intellectual disabilities: A scoping review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *34*(4), 950–972. <https://doi.org/10.1111/jar.12877>

- Pezzoni, V., & Kouimtsidis, C. (2015). Screening for alcohol misuse within people attending a psychiatric intellectual disability community service. *Journal of Intellectual Disability Research*, *59*(4), 353–359. <https://doi.org/10.1111/jir.12168>
- Poelen, E. A., Schijven, E. P., Otten, R., & Didden, R. (2017). Personality dimensions and substance use in individuals with mild to borderline intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, *63*, 142–150. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.10.003>
- Riper, H., Andersson, G., Hunter, S. B., Wit, J., Berking, M., & Cuijpers, P. (2014). Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: a meta-analysis. *Addiction*, *109*(3), 394–406. <https://doi.org/10.1111/add.12441>
- Rosner, I. D. (2021). FROM EXCLUSION TO INCLUSION: INVOLVING PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITIES IN RESEARCH. *Tiltai*, *72*(3), 119–128. <https://doi.org/10.15181/tbb.v72i3.1170>
- Schijven, E. P., VanDerNagel, J. E. L., Otten, R., Lammers, J., & Poelen, E. A. P. (2020). Take it personal! Development and modelling study of an indicated prevention programme for substance use in adolescents and young adults with mild intellectual disabilities and borderline intellectual functioning. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *34*(1), 307–315. <https://doi.org/10.1111/jar.12808>
- Shams, F., Wong, J. S. H., Nikoo, M., Outadi, A., Moazen-Zadeh, E., Kamel, M. M., Song, M. J., Jang, K. L., & Krausz, R. M. (2021). Understanding eHealth Cognitive Behavioral Therapy Targeting Substance Use: Realist Review. *Journal of Medical Internet Research*, *23*(1), e20557. <https://doi.org/10.2196/20557>
- Slayter, E. M. (2008). Understanding and Overcoming Barriers to Substance Abuse Treatment Access for People with Mental Retardation. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, *7*(2), 63–80. <https://doi.org/10.1080/15367100802009780>

- Slayter, E. M. (2010). Disparities in Access to Substance Abuse Treatment among People with Intellectual Disabilities and Serious Mental Illness. *Health & Social Work, 35*(1), 49–59. <https://doi.org/10.1093/hsw/35.1.49>
- Sociaal en Cultureel Planbureau. (2019, oktober). *Het aantal mensen met een licht verstandelijke beperking: een schatting*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/10/04/het-aantal-mensen-met-een-licht-verstandelijke-beperking-een-schatting>
- Tactus. (2019). *Centrum Verslaving & LVB (versie 1)*. <https://tactus.iprova.nl/portal/#/document/197ea0c0-769e-4f5d-8694-5cabe0c71d71>
- Tactus. (2021). Tactus. <https://www.tactus.nl>
- Thomas, D. R. (2006). A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *American Journal of Evaluation, 27*(2), 237–246. <https://doi.org/10.1177/1098214005283748>
- Thompson, J. R., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Schalock, R. L., Shogren, K. A., Snell, M. E., Wehmeyer, M. L., Borthwick-Duffy, S., Coulter, D. L., Craig, E., Gomez, S. C., Lachapelle, Y., Luckasson, R. A., Reeve, A., Spreat, S., Tassé, M. J., Verdugo, M. A., & Yeager, M. H. (2009). Conceptualizing Supports and the Support Needs of People With Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities, 47*(2), 135–146. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-47.2.135>
- Van der Nagel, J. E. L. (2017). Verslaving en licht verstandelijke beperking. *Verslaving, 13*(4), 245–256. <https://doi.org/10.1007/s12501-017-0135-9>
- Van der Nagel, J. E. L., Kiewik, M., Didden, R., Korzilius, H. P. L. M., Van Dijk, M., Van der Palen, J., Buitelaar, J. K., & De Jong, C. A. J. (2017). Substance Use in Individuals with Mild to Borderline Intellectual Disability: an Exploration of Rates and Risks in

- the Netherlands. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 1(4), 283–293.  
<https://doi.org/10.1007/s41252-017-0035-3>
- Van der Nagel, J. E. L., Van Duijvenbode, N., Ruedrich, S., Ayu, A. P., & Schellekens, A. F. A. (2018). The Perception of Substance Use Disorder Among Clinicians, Caregivers and Family Members of Individuals With Intellectual and Developmental Disabilities. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 11(1), 54–68.  
<https://doi.org/10.1080/19315864.2017.1390712>
- Van der Nagel, J. E. L., Westendorp, H., VanDijk, M., & Kiewik, M. (2015). *Handleiding Minder Drank Of Drugs*. Sclera vzw.
- Van der Nagel, J. E. L., & Kiewik, M. (2017). *Handboek LVB en verslaving* (1ste ed.). Boom Lemma.
- Van Duijvenbode, N., & Van der Nagel, J. E. L., (2019a). A Systematic Review of Substance Use (Disorder) in Individuals with Mild to Borderline Intellectual Disability. *European Addiction Research*, 25(6), 263–282. <https://doi.org/10.1159/000501679>
- van Duijvenbode, N., & Van der Nagel, J. E. L., (2019b). A Systematic Review of Substance Use (Disorder) in Individuals with Mild to Borderline Intellectual Disability. *European Addiction Research*, 25(6), 263–282. <https://doi.org/10.1159/000501679>
- Van Duijvenbode, N., Van der Nagel, J. E. L., Didden, R., Engels, R. C., Buitelaar, J. K., Kiewik, M., & De Jong, C. A. (2015). Substance use disorders in individuals with mild to borderline intellectual disability: Current status and future directions. *Research in Developmental Disabilities*, 38, 319–328. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.12.029>
- Van Gorp, B. (2007). Het reconstrueren van frames via inductieve inhoudsanalyse: uitgangspunten en procedures. *KWALON*, 12(2).  
<https://doi.org/10.5117/2007.012.002.005>

- Weggeman, M. (2001). *Kennismanagement: Inrichting en besturing van kennisintensieve organisaties* (tweede druk). Scriptum.
- Wethington, E., & McDarby, M. L. (2015). Interview Methods (Structured, Semistructured, Unstructured). *The Encyclopedia of Adulthood and Aging*, 1–5. <https://doi.org/10.1002/9781118521373.wbeaa318>
- Whitehouse, R. M., Tudway, J. A., Look, R., & Kroese, B. S. (2006). Adapting Individual Psychotherapy for Adults with Intellectual Disabilities: A Comparative Review of the Cognitive-Behavioural and Psychodynamic Literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(1), 55–65. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2005.00281.x>
- Whittle, E. L., Fisher, K. R., Reppermund, S., Lenroot, R., & Trollor, J. (2017). Barriers and Enablers to Accessing Mental Health Services for People With Intellectual Disability: A Scoping Review. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 11(1), 69–102. <https://doi.org/10.1080/19315864.2017.1408724>
- Wieggers, K., & Beatty, J. (2013). *Software Requirements* (3rd edition) [E-book]. Amsterdam University Press.
- Willner, P., Rose, J., Stenfert Kroese, B., Murphy, G. H., Langdon, P. E., Clifford, C., Hutchings, H., Watkins, A., Hiles, S., & Cooper, V. (2020). Effect of the COVID-19 pandemic on the mental health of carers of people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(6), 1523–1533. <https://doi.org/10.1111/jar.12811>
- Willner, P., & Lindsay, W. R. (2016). Cognitive Behavioral Therapy. *Evidence-Based Practices in Behavioral Health*, 283–310. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-26583-4\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-319-26583-4_11)

Woicik, P. A., Stewart, S. H., Pihl, R. O., & Conrod, P. J. (2009). The substance use risk profile scale: A scale measuring traits linked to reinforcement-specific substance use profiles. *Addictive Behaviors*, *34*(12), 1042–1055. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.07.001>

## Bijlage

### **Bijlage 1: Interviewschema**

#### 1. Opening interview (5 min):

*Goedemiddag/morgen meneer/mevrouw .....*

*Welkom! Bij voorbaat bedankt dat u de tijd neemt om met mij het interview af te nemen over het gebruik van apps bij de ambulante behandeling van middelen verslaving bij LVB-cliënten. Tijdens dit interview zal ik vragen stellen betreft dit onderwerp.*

*Tactus wil weten of er momenteel gebruik gemaakt wordt van apps door behandelaren. Daarnaast wil zij weten aan welke vereisten een app moet voldoen om de behandeling van middelen verslaving te ondersteunen. Heeft u zover vragen over het onderzoek?*

*Het is belangrijk om te realiseren dat er absoluut geen verkeerde antwoorden bestaan. Dit is iets wat ik graag aan u mee wil geven, het gaat mij puur om uw mening, ervaring en blik op het gebruik van apps. Daardoor bestaan er geen foute antwoorden op de vragen die ik voor u heb. In totaal neemt het interview maximaal 45 minuten in beslag. Heeft u zover nog vragen voor mij?*

*Voordat ik met het interview begin, heb ik uw toestemmingsverklaring (informed consent) nodig. Graag start ik nu de opname zodat ik de toestemmingsverklaring opgenomen heb. Gaat u hiermee akkoord?*

*Start opnamen*

*De toestemmingsverklaring die ik ook via de mail naar u verstuurd heb, neem ik graag mondeling met u af. Deze lees ik aan u voor, u kunt hier mondeling op reageren of u het hiermee eens bent nadat ik deze heb voorgedragen, gaat u hiermee akkoord?*

*U verklaart op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek. U weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Dat uw vragen naar tevredenheid zijn beantwoord. U begrijpt dat het geluid van dit interview wordt opgenomen via teams en uitsluitend voor de analyse zal worden gebruikt. U stemt geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. U behoudt daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgave van redenen uw deelname aan dit onderzoek te beëindigen.*

*Gaat u hiermee akkoord?*



2. Algemene gegevens (6min):

	Vraag
a)	<p><i>Kunt u mij kort iets vertellen over uw beroep en achtergrond?</i></p> <p>Geïnterviewde zelf laten vertellen en ervoor zorgen dat de volgende onderwerpen aan de orde komen (volgorde vrij):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beroep</li> <li>- Rol binnen de behandeling ambulante zorg LVB</li> </ul>

## 3. Huidige gebruik van apps binnen de behandeling.

	Vraag
a)	<p><i>Heeft u binnen uw werk ervaring met apps?</i></p> <p>Geïnterviewde zoveel mogelijk zelf laten vertellen en ervoor zorgen dat de volgende onderwerpen aan de orde komen (volgorde vrij), zodat de woorden zo min mogelijk in de mond gelegd worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zo ja, welke? (per app doorvragen)</li> <li>- <i>Wat is uw ervaring hiermee?</i> (positieve en negatieve punten hiervan laten benoemen en voor welke doeleinden gebruik wordt gemaakt van de app)</li> </ul> <p>Mogelijke bijvraag: <i>Wat is de laatste keer dat u een app heeft gebruikt met een LVB-cliënt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zo nee, <i>wat is hier uw reden voor?</i> (doorvragen of hier behoefte naar is of dat de participant geen technologisch platform kent die hij nuttig vindt)</li> </ul> <p>Binnen de topics en subtopics is de volgorde vrij om te bepalen, maar deze moeten wel allemaal aan bod komen.</p>

#### 4. Eisen aan apps voor de behandeling van patiënten. *begrijpelijkheid*

a) - *Welke methode gebruiken jullie voor de behandeling?* (CGT+ en MDOD)

- *Welke elementen hebben de behandeling, en hoe kan een app ondersteunen in elk thema? Welke eisen zou je stellen aan deze apps?* Geïnterviewde zoveel mogelijk zelf laten vertellen. De volgende thema's dienen in ieder geval aan de orde te komen (volgorde vrij en eventuele extra onderdelen kunnen worden toegevoegd door de geïnterviewde):

Voor MDOD (vraag naar individuele en groepssessie):

- 1<sup>e</sup> kennismaking
- 2<sup>e</sup> Middeleninformatie
- 3<sup>e</sup> Voor- en nadelen
- 4<sup>e</sup> Doelen en tips
- 5<sup>e</sup> gewoontes
- 6<sup>e</sup> Trek
- 7<sup>e</sup> Nee-zeggen
- 8<sup>e</sup> Doelen en Smoesjes
- 9<sup>e</sup> anders denken en Anders doen
- 10<sup>e</sup> Mijn plan
- 11<sup>e</sup> Terugval voorkomen
- 12<sup>e</sup> Afscheid en verder

Voor CGT+ (vraag naar individueel en groepssessie)

- 1<sup>e</sup> Start
- 2<sup>e</sup> Aan het werk gaan (doelen en zelfcontrole)
- 3<sup>e</sup> Wanneer gebruik ik (zelfcontrole technieken en functie analyse)
- 4<sup>e</sup> Ik kan veranderen (functie analyse en noodgeval maatregelen)
- 5<sup>e</sup> Omgaan met verlangen (noodmaatregelen en verlangens)
- 6<sup>e</sup> Anders denken (omgaan met verlangen en gedachten veranderen)
- 7<sup>e</sup> Nee zeggen (gedachten veranderen en weigeren)
- 8<sup>e</sup> Omgaan met uitglijders (weigeren en terugval preventie)
- 9<sup>e</sup> Ik ben klaar (evaluatie)

Per thema dienen de volgende vragen beantwoord te worden met betrekking tot de eisen aan de app:

- *Gebruikersvereisten*: welke eisen zitten er aan de app voor de cliënt
- *Bedrijfsvereisten*: Aan welke eisen moet de app voldoen voor de behandelaar

Enkele additionele vragen ter ondersteuning van het onderzoek die gesteld worden zijn:

- *Welke informatie van de app wilt u inzien/toegang tot hebben als behandelaar?*
- *Wat voor toestellen gebruikt uw cliënt?* (bijv telefoon, tablet of computer)
- *Rol van vertrouwenspersoon en app?*

5. Afsluiting interview (5min):

a)	Ik heb alle vragen die ik aan u wilde stellen gesteld. Wilt u nog iets toevoegen? Of heeft u nog eventuele vragen aan mij?
----	--

Heel erg bedankt voor uw tijd. Ik zal de opname nu stoppen.

Zou u nog op de hoogte gehouden willen worden van het onderzoek? Zo ja, op welke manier zou u dat graag willen?

Nogmaals heel erg bedankt voor uw tijd!

Ik wens u nog een fijne dag.

## Bijlage 2: Seeking Safety

<b>Tabel 1.</b>		
Overzicht van de behandelonderwerpen in het Seeking Safety addendum voor mensen met een LVB en de daarvoor gebruikte behandelonderwerpen en hand-outs uit het oorspronkelijke Seeking Safety protocol (Najavits, 2002).		
<b>Nr.</b>	<b>Behandelonderwerp</b>	<b>Gebuurkte behandelonderwerpen en hand-outs</b>
1	Welkom bij Seeking Safety	<p><u>Behandelonderwerp(en)</u> Inleiding op de behandeling; casemanagement</p> <p><u>Hand-outs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.1: Over de Seeking Safety-behandeling</li> <li>• 1.2: Praktische informatie over de behandeling</li> <li>• 1.3: Hoe het meest uit de behandeling te halen</li> </ul>
2	Veiligheid	<p><u>Behandelonderwerp(en)</u> Veiligheid</p> <p><u>Hand-outs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2.1: Veiligheid is op dit moment het belangrijkste!</li> <li>• 2.2: Veilige-copingvaardigheden</li> </ul>
3	Verslaving en PTSS	<p><u>Behandelonderwerp(en)</u> PTSS: hervind je kracht</p> <p><u>Hand-outs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3.1: Wat is PTSS?</li> <li>• 3.2: Het verband tussen PTSS en verslaving</li> </ul>
4	Gronden	<p><u>Behandelonderwerp(en)</u> Loskomen van emotionele pijn ('gronden')</p> <p><u>Hand-outs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4.1: Het gebruik van gronden om los te komen van emotionele pijn</li> </ul>
5	Verslaving	<p><u>Behandelonderwerp(en)</u> Als middelen de controle over je hebben</p> <p><u>Hand-outs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5.1: Wat is verslaving?</li> <li>• 5.2: Hoe verslaving het herstel van PTSS tegenhoudt</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5.3: Kies een manier om te stoppen met het gebruik van middelen</li> </ul> <p><i>Omgezet in actieve werkvormen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5.4: Beklim de berg van herstel</li> <li>• 5.5: Gemengde gevoelens</li> </ul>
6	Bondgenoten	<p><u>Behandelonderwerp(en)</u>  Vragen om hulp  Anderen bij je herstel betrekken</p> <p><u>Hand-outs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6.1: Vragen om hulp</li> <li>• 6.2: "Hoe benader ik iemand"-lijst</li> <li>• 18.1: Drie typen personen die je herstelproces kunnen beïnvloeden</li> <li>• 18.2: Een brief aan mensen in je leven</li> </ul>
7	Lief zijn voor jezelf	<p><u>Behandelonderwerp(en)</u>  Goed voor jezelf zorgen  Begrip voor jezelf  Lief zijn voor jezelf</p> <p><u>Hand-outs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 7.1: Zelfzorgvragenlijst</li> <li>• 8.1: Hardheid tegenover begrip voor jezelf</li> <li>• 8.2: Manieren om het begrip voor jezelf te vergroten</li> <li>• 22.1: Op een veilige en onveilige manier voor jezelf zorgen</li> </ul>
8	Rode en groene vlaggen	<p><u>Behandelonderwerp(en)</u>  Rode en groene vlaggen  Zingeving creëren</p> <p><u>Hand-outs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 9.1: Signalen van gevaar en veiligheid</li> <li>• 9.2: Maak een veiligheidsplan</li> <li>• 9.3: Belangrijke punten over rode en groene vlaggen</li> <li>• 14.1: Zingeving creëren</li> </ul>
9	Eerlijkheid	<u>Behandelonderwerp(en)</u>

		<p>Eerlijkheid</p> <p><u>Hand-outs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10.1: Eerlijkheid</li> </ul>
10	Grenzen stellen	<p><u>Behandelonderwerp(en)</u> Grenzen stellen binnen relaties</p> <p><u>Hand-outs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 16.1: Gezonde grenzen stellen</li> <li>• 16.2: Te dichtbij: 'nee' leren zeggen binnen relaties</li> <li>• 16.3: Te veel afstand: 'ja' leren zeggen binnen relaties</li> </ul>
11	Omgaan met boosheid	<p><u>Behandelonderwerp(en)</u> Herstellen van boosheid</p> <p><u>Hand-outs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 23.1: Onderzoeken van boosheid</li> <li>• 23.2: Je boosheid begrijpen</li> <li>• 23.3: Vooraf, tijdens en achteraf: drie manieren om met boosheid om te gaan</li> <li>• 23.4: Veiligheidscontract: bescherm jezelf en anderen</li> </ul>
12	Afronden en opnieuw beginnen	<p><u>Behandelonderwerp(en)</u> Het levenskeuzespel (terugblik) Afsluiting</p> <p><u>Hand-outs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 25.2: Seeking Safety-feedbackvragenlijst</li> </ul> <p><i>Omgezet in actieve werkvormen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandelonderwerp 24: Het levenskeuzespel (terugblik)</li> </ul>

<b>Tabel 2.</b> Overzicht van de 'bruggetjes' in het Seeking Safety addendum voor mensen met een LVB en de quotes uit het oorspronkelijke Seeking Safety protocol (Najavits, 2002).		
<b>Nr.</b>	<b>Behandelonderwerp</b>	<b>Bruggetje</b>
1	Welkom bij Seeking Safety	<i>Oorspronkelijke quote:</i> "Het is nooit te laat te worden, wat je had willen worden" – George Eliot  <i>Alternatief bruggetje:</i> Hier is geen aangepast bruggetje voor ontwikkeld.
2	Veiligheid	<i>Oorspronkelijke quote:</i> "Alhoewel de wereld vol is van lijden, is zij ook vol van over het lijden heen komen" – Helen Keller  <i>Alternatief bruggetje:</i> "Er is veel ellende in de wereld. Maar je kunt weer beter worden!"
3	Verslaving en PTSS	<i>Oorspronkelijke quote:</i> "Je bent er niet verantwoordelijk voor dat je je niet prettig voelt, je bent er verantwoordelijk voor dat je je weer goed gaat voelen" – Jesse Jackson  <i>Alternatief bruggetje:</i> "Je kunt er niets aan doen dat je je niet prettig voelt. Je kunt er wel wat aan doen om je weer beter te gaan voelen"
4	Gronden	<i>Oorspronkelijke quote:</i> "Geen enkel gevoel is definitief" – Rainer Maria Rilke  <i>Alternatief bruggetje:</i> "Elk gevoel gaat weer over"
5	Verslaving	<i>Oorspronkelijke quote:</i> "Lach niet, treur niet, veroordeel niet, maar toon begrip" – Baruch Spinoza  <i>Alternatief bruggetje:</i> "Elke reis begint bij een eerste stap"
6	Bondgenoten	<i>Oorspronkelijke quote (onderwerp 6):</i>

		<p>"Maar het probleem is: door geen risico's te nemen, neem je een nog groter risico" – Erica Jong</p> <p><i>Oorspronkelijke quote (onderwerp 18):</i>  "Er zijn twee mensen nodig om de waarheid te vertellen, een om die te vertellen en een ander om die aan te horen" – Henry David Thoreau</p> <p><i>Alternatief bruggetje (onderwerp 6 &amp; 18 samengevoegd):</i>  "Waarom moeilijk doen, als het samen kan?"</p>
7	Lief zijn voor jezelf	<p><i>Oorspronkelijke quote (onderwerp 7):</i>  "Zorg goed voor jezelf. Jij bent alles wat je hebt" – Janis Joplin</p> <p><i>Oorspronkelijke quote (onderwerp 8):</i>  "Jij verdient, net als iedereen in het gehele universum, liefde en aandacht" – Boeddha</p> <p><i>Alternatief bruggetje (onderwerp 7 en 8 gecombineerd):</i>  "Het is oké als het soms even wat minder goed gaat"</p>
8	Rode en groene vlaggen	<p><i>Oorspronkelijke quote:</i>  "Hoofdstukken uit mijn leven</p> <p>Hoofdstuk 1  Ik liep op de stoep en viel in een diep gat. Ik kon er niet uitkomen en kon niet bedenken waarom. Het was niet mijn schuld. Het duurde lang voordat ik er weer uit was.</p> <p>Hoofdstuk 2  Ik liep op de stoep en viel weer in hetzelfde gat. Ik snapte het niet. Het was niet mijn schuld. Ik moest echt mijn best doen om eruit te komen.</p> <p>Hoofdstuk 3  Ik liep op de stoep en viel weer in hetzelfde gat. Deze keer snapte ik waarom en het was wel mijn schuld. Deze keer was het gemakkelijker om eruit te komen.</p> <p>Hoofdstuk 4  Ik liep op de stoep en zag hetzelfde grote gat. Ik liep eromheen. Ik viel niet in het gat.</p> <p>Hoofdstuk 5  Ik koos een andere stoep</p>



		<p>– Portia Nelson</p> <p><i>Alternatief bruggetje:</i> Hier is geen aangepast bruggetje voor ontwikkeld.</p>
9	Eerlijkheid	<p><i>Oorspronkelijke quote:</i> “Welke woorden heb je nu nog niet? Wat moet je zeggen? ... Er moeten zoveel stiltes worden doorbroken” – Audre Lorde</p> <p><i>Alternatief bruggetje:</i> “Welke woorden heb je nu nog niet? Wat wil je nog vertellen? Welke stilte wil je doorbreken?”</p>
10	Grenzen stellen	<p><i>Oorspronkelijke quote:</i> “Laat je hart je gids zijn, maar luister goed, want je hart fluistert” – Molly Goode</p> <p><i>Alternatief bruggetje:</i> “NEE!!! Het klinkt misschien onaardig. Maar soms is het nodig, zodat je aardig tegen jezelf kunt zijn”</p>
11	Omgaan met boosheid	<p><i>Oorspronkelijke quote:</i> “Een liefdevol hart is de grootste wijsheid” – Charles Dickens</p> <p><i>Alternatief bruggetje:</i> “Als je loslaat, heb je twee handen vrij”</p>
12	Afronden en opnieuw beginnen	<p><i>Oorspronkelijke quote (onderwerp 24):</i> “Een ieder van ons heeft twee kanten en de grote uitdaging in het leven is om te proberen de beste kant de macht te geven” – Martin Luther King, Jr.</p> <p><i>Oorspronkelijke quote (onderwerp 25):</i> “Leef tijdens je leven” – William Saroyan</p> <p><i>Alternatief bruggetje (onderwerp 24 en 25 samengevoegd):</i> “Een punt zetten maakt ruimte voor een nieuw begin”</p>

## Bijlage 3: Vragenlijst

### Het gebruik van apps om de behandeling binnen de ambulante zorg bij LVB-cliënten te ondersteunen.

Tactus doet onderzoek naar het huidige gebruik van apps om de behandeling van LVB-cliënten binnen de ambulante zorg te ondersteunen. Deze vragenlijst is bedoeld voor behandelaren van LVB-cliënten binnen de ambulante zorg. Door deze vragenlijst in te vullen geeft u toestemming voor het anoniem analyseren van deze gegevens. Voor vragen en/of opmerkingen mail naar: [a.vrolijk@tactus.nl](mailto:a.vrolijk@tactus.nl)

Alvast heel erg bedankt!

#### 1. Wat is uw geslacht?

- Vrouw
- Man
- Anders, namelijk:

#### 2. Wat is uw leeftijd?

- 19 jaar of jonger
- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60 of ouder

**3. Hoe lang bent u werkzaam binnen de verslavingszorg?**

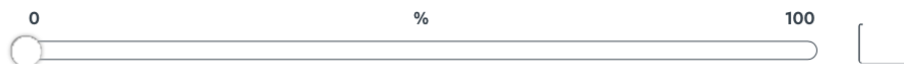
- Minder dan 5 jaar
- 5 - 10 jaar
- 10 - 15 jaar
- 15 - 20 jaar
- 20 - 25 jaar
- 25 - 30 jaar
- Meer dan 30 jaar

**4. Wat is uw beroep?**

- Basispsycholoog
- GZ-psycholoog
- Maatschappelijk werker
- Orthopedagoog
- SPH'er
- Verpleegkundig specialist
- Anders, namelijk:

**5. Gebruikt u wel eens apps ter ondersteuning van de behandeling bij LVB-cliënten binnen de ambulante zorg?**

- Ja
- Nee

**6. Hoeveel procent van uw cliënten gebruikt apps ter ondersteuning van behandeling?**

**7.1. Welke apps gebruikt u ter ondersteuning van de behandeling? (meerdere antwoorden mogelijk)**

	CGT+	Minder Drank Of Drugs	Seeking Safety
Alcohol en ouderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brein de baas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maxx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moti 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mirro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stopmaatje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The Journey	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Van alcohol tot XTC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Andere apps en voor welke behandeling?**

**8. Om welke reden(en) gebruikt u apps ter ondersteuning van de behandeling gebruikt? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- Flexibele bron van informatie/educatie
- Flexibel gebruik voor oefeningen m.b.t. het minderen/stoppen met gebruiken
- Om het middelengebruik inzichtelijk te maken/monitoren
- Bij het stellen van doelen
- Ondersteuning bij moeilijke momenten zoals craving
- Andere reden van gebruik en voor welke behandeling:

**9. Wat zijn redenen om bij een cliënt geen apps te gebruiken, ter ondersteuning van de behandeling bij LVB-cliënten? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Het gebruik van een app biedt geen extra voordeel                          | <input type="checkbox"/> Gebrek aan onderbouwing van de app (bijv. wetenschappelijk bewijs) |
| <input type="checkbox"/> Privacy kwesties/ problemen met gegevensbescherming                        | <input type="checkbox"/> Apps zijn niet gebruiksvriendelijk                                 |
| <input type="checkbox"/> Betrouwbaarheid van de app, kans op meetfouten en gestandaardiseerd advies | <input type="checkbox"/> Ik heb er nog nooit over nagedacht                                 |
| <input type="checkbox"/> Afbreuk aan de behandelaar-cliënt relatie                                  | <input type="checkbox"/> Ik ken geen apps   |
| <input type="checkbox"/> Anders/en, namelijk:   |   |

## Bijlage 4: Thema's MDOD

<b>THEMA</b>	<b>INDIVIDUEEL (A)</b>	<b>GROEP (B)</b>
<b>1. Kennismaken</b>	Welkom en voorstellen Uitleg over MDOD Over de groep Over de vertrouwenspersoon Uitleg eerste groepsbijeenkomst Vorbereiden groepsbijeenkomst	Welkom en opwarmmoment Uitleg programma en regels Kennismaking Kennismakingsspel Middelenspel Afsluiting
<b>2. Middeleninformatie</b>	Terugblik groep Middeleninformatie Middeleninformatie hoofdmiddel Oefening voor thuis: Voordelen en nadelen Vorbereiden groepsbijeenkomst	Opwarmmoment Filmpjes over middelen Je eigen middelengebruik Afsluiting
<b>3. Voor- en nadelen</b>	Terugblik groep Voor- en nadelen van gebruik Top 3 voor- en nadelen Oefening voor thuis: Registratie en Doel stellen Vorbereiden groepsbijeenkomst	Opwarmmoment De registratie De voor- en nadelenbalans De voordelen van minder drank of drugs Afsluiting
<b>4. Doelen en Tips</b>	Terugblik groep en registratie Omggaan met risicosituaties Doelen stellen en beloning Oefening voor thuis: Registratie en Doel en beloning Vorbereiden groepsbijeenkomst	Opwarmmoment Doelen en beloningen Risicosituaties Tips om te stoppen of te minderen Tips en Tops Afsluiting
<b>5. Gewoontes</b>	Terugblik groep en registratie Gewoontes Gewoontes met gebruik Gewoontes en tips Oefening voor thuis: Registratie, Doel en beloning en Tips Vorbereiden groepsbijeenkomst	Opwarmmoment Mijn gewoontes Gewoontes met middelengebruik Gebruik veranderen Afsluiting
<b>6. Trek</b>	Terugblik groep en registratie Uitleg over trek Trek in gebruik gaat over! Oefening voor thuis: Registratie en Doel en beloning Vorbereiden groepsbijeenkomst	Opwarmmoment Trek Trek bij middelengebruik Spel Ontspanningsoefening Afsluiting

<b>THEMA</b>	<b>INDIVIDUEEL (A)</b>	<b>GROEP (B)</b>
<b>7. Nee-zeggen</b>	Terugblik groep en Registratie Sociale druk en Nee-zeggen De techniek van het Nee-zeggen Oefening voor thuis: Registratie, Doel en beloning Vorbereiden groepsbijeenkomst	Opwarmmoment Nee-zeggen Oefenen met Nee-zeggen Afsluiting
<b>8. Doelen en Smoesjes</b>	Terugblik groep en Registratie Hoe ver nog tot je doel? Smoesjes verzinnen Andere gedachten Oefening voor thuis: Registratie en Andere gedachten Vorbereiden groepsbijeenkomst	Opwarmmoment Topsmoezen Oefenen met Andere gedachten Spel Bereik je doel Afsluiting
<b>9. Anders denken en Anders doen</b>	Terugblik groep en Registratie Anders denken en Anders doen Over uitlijders Oefening voor thuis: Registratie en Anders denken of Anders doen Vorbereiden groepsbijeenkomst	Opwarmmoment Geheugenkaartje maken Uitlijden en opkrabbelen De zes A-tjes Afsluiting
<b>10. Mijn plan</b>	Terugblik groep en Registratie Uitleg Mijn plan Mijn plan maken Oefening voor thuis: Registratie en Mijn plan Vorbereiden groepsbijeenkomst	Opwarmmoment Mijn plan presenteren Winstpunten van veranderen Afsluiting
<b>11. Terugval voorkomen</b>	Terugblik groep en Registratie Je omgeving Mijn plan en geheugenkaartje aanvullen Oefening voor thuis: Registratie Vorbereiden groepsbijeenkomst	Opwarmmoment Maak van een uitlijder een doorstart Bedankje maken voor vertrouwenspersoon Complimentenspel Afsluiting
<b>12. Afscheid en verder</b>	Terugblik groep en Registratie Hulp en ondersteuning En nu verder Bedankje vertrouwenspersoon Vorbereiden groepsbijeenkomst en afsluiting	Opwarmmoment Terugblik En nu verder Uitreiking certificaat Afscheid

## Bijlage 5: Meet instrument GGD-appstore

### Includeren

	Inclusiecriteria	Instructie voor de onderzoeker	Voldoet de app, ja of nee?
1	Het gaat om een Nederlandse of Engelse applicatie voor smartphone of tablet of om een interactieve website.	Bij voorkeur Nederlandstalig. Soms is de taal echter geen probleem bij gebruik, bijv. als er gebruik gemaakt wordt van beeldmateriaal. Vermeld dit altijd wel in de beschrijving.	
2	De e-Health dienst is gericht op (het bevorderen van) de gezondheid van de gebruiker en/of helpt bij zorg voor een ander.		
3	De e-Health dienst is gericht op zelfmanagement: hij informeert, adviseert en/of begeleidt de gebruiker bij zijn gezondheid, gezonde leefstijl en algemeen welzijn.		
4	De e-Health dienst valt binnen de definitie Positieve Gezondheid van Machteld Huber en valt onder minstens één van de zes pijlers van Positieve Gezondheid.	<p>Definitie Positieve Gezondheid: Gezondheid is het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.</p> <p>De 6 pijlers zijn:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lichaamsfuncties: je gezond voelen, fysiek functioneren, klachten en pijn, slapen, energie.</li> <li>2. Mentaal welbevinden: cognitief functioneren, emotionele toestand, eigenwaarde/zelfrespect, gevoel controle te hebben/managability, zelfmanagement en eigen</li> </ol>	



		<p>regie, veerkracht/resilience &amp; 'sense of coherence.</p> <p>3. Zingeving: spirituele en existentiële dimensie, meaningfulness, doelen/idealen nastreven, toekomstperspectief ervaren, acceptatie.</p> <p>4. Kwaliteit van leven: gelukkig zijn, welbevinden, genieten, ervaren gezondheid, lekker in je vel zitten, levenslust, balans.</p> <p>5. Meedoen: sociaal maatschappelijke participatie, sociale en communicatieve vaardigheden, sociale contacten, betekenisvolle relaties, geaccepteerd worden, maatschappelijke betrokkenheid, betekenisvol werk.</p> <p>6. Dagelijks functioneren: basis Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL), instrumentele ADL, werkvermogen.</p>	
5	De doelgroep van e-Health dienst is de burger (niet de professional).	<p>Het gaat dus om e-Health diensten die gebruikt worden door:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Burgers binnen hun persoonlijke levenssfeer, bijv. voor het bijhouden van zelfmetingen of het stellen van persoonlijke doelen op het gebied van leefstijl.</li> <li>• Burgers onderling, bijv. voor lotgenotencontact.</li> <li>• Burgers voor het raadplegen van door gezondheidsorganisaties beschikbaar gemaakte benchmarkinformatie of ander voorlichtingsmateriaal.</li> </ul> <p>Het gaat dus <i>niet</i> om e-Health diensten die gebruikt worden door:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionals voor communicatie met andere professionals;</li> <li>• Professionals om te communiceren met de burger,</li> </ul>	

		zoals het maken van afspraken of het geven van inzage in een Persoonlijk Patiënten Dossier.	
6	De e-Health dienst is interessant voor een breed publiek en beperkt zich <i>niet</i> tot specifieke ziektebeelden. Behalve daar waar het gaat om grote groepen of consequenties voor grote groepen, bijv. diabetes, dementie.	Dit geldt ook als het om niet levensbedreigende aandoeningen gaat voor relatief grote groepen (bijv. wratten, ingegroeide teennagels). Bij uitzondering ook voor kleinere specifieke groepen mits het alleen om informatievoorziening gaat.	
7	De e-Health dienst is geen medisch hulpmiddel of is <u>wel</u> een medisch hulpmiddel maar voorzien van een CE-markering.	Veel apps worden gezien als een medisch hulpmiddel wanneer deze bijv. worden gebruikt om een diagnose te stellen en/of een bepaalde behandeling ondersteunt. Om te beoordelen of de e-health dienst wel/niet een medisch hulpmiddel is en wat een CE-markering is: zie bijlage 1 van de handleiding.	
8	De app werkt technisch.	Een app werkt technisch als er geen bugs zijn en het toestel niet crasht. Wanneer een app pas ontwikkeld is of er is net een nieuwe versie, dan zijn er nog weinig reviews. Vermeld dit in het rapport. De reviews zijn te lezen in de verschillende appstores: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Itunes.apple.com (IOS)</li> <li>• Play.google.com (Android)</li> </ul>	
9	De app wordt door andere gebruikers goed beoordeeld in de verschillende appstores.	Bekijk de reviews van de appstores waar de app beschikbaar is. Wanneer een app pas ontwikkeld is of er is net een nieuwe versie, dan zijn er nog weinig reviews. Geen reviews is geen reden om de app meteen af te keuren. Wanneer de overige bevindingen goed zijn, kun je de criteria toch aanvinken met de vermelding dat er geen reviews zijn. Check later of er inmiddels wel reviews zijn en of hierdoor de beoordeling gewijzigd moet worden.	

		Zijn er wel reviews, kijk dan hoe vaak de app is beoordeeld en hoeveel sterren het gemiddeld scoort. Staan er bijzondere negatieve/positieve aspecten van de app genoemd? Denk hierbij bijv. aan een batterij die snel leeg gaat en bijzondere functies.	
10	Privacy voorwaarden		

Gebruiksvriendelijkheid		Instructie voor de onderzoeker	Oordeel: ja/nee/n.v.t.
1	Is de app eenvoudig in gebruik?	Is alles goed te vinden? Is het menu overzichtelijk? Zijn de buttons in de toepassing makkelijk te gebruiken?	
2	Is de tekst duidelijk en makkelijk te begrijpen?	Is de tekst niet erg zakelijk geschreven? Word er gebruik gemaakt van (onduidelijk) vakjargon? Is de tekst aangepast aan de doelgroep: kinderen of volwassenen? Dit moet voldoen aan niveau B1. Hiervan is in Nederland 95% in staat om deze tekst te lezen en te begrijpen. Je kunt dit checken via: <a href="http://www.accessibility.nl/kennisbank/tools/leesniveauctool">www.accessibility.nl/kennisbank/tools/leesniveauctool</a>	
3	Zijn de overzichten in de app duidelijk en makkelijk te begrijpen?		

4	<p>Kun je de app ook zonder internetverbinding gebruiken?</p>		
5	<p>Werkt de app technisch? Geen bugs, toestel crasht niet?</p>	<p>Dit is een harde eis (zie inclusiecriteria).</p> <p>Let op bij het testen van de app dat je toestel voldoet aan de minimale eisen die bij de app horen. Heb je de laatste versie van het besturingssysteem op dit toestel geïnstalleerd?</p> <p>Neem bij technische storingen eerst contact op met de ontwikkelaar en vraag om een reactie. Bij nieuwe apps worden veel kinderziektes opgelost door een nieuwe update. Geef de ontwikkelaar de gelegenheid om te reageren!</p>	
6	<p>Hoe wordt de app door andere gebruikers beoordeeld in de appstores?</p>	<p>Dit is een harde eis (zie inclusiecriteria).</p> <p>Een nieuwe app heeft nog weinig reviews en is vaak nog in ontwikkeling. Vermeld dit in het rapport. Neem bij slechte reviews eerst contact op met de ontwikkelaar en vraag om een reactie.</p> <p>Bij nieuwe apps worden veel kinderziektes opgelost door een nieuwe update. Geef de ontwikkelaar de gelegenheid om te reageren!</p>	
7	<p>Kan de gebruiker contact</p>	<p>Kan dat rechtstreeks vanuit de app of word je eerst doorverwezen naar de website?</p>	

	opnemen met de eigenaar/ontwikkelaar?	Staat er een telefoonnummer, emailadres of link naar de website?	
8	Zijn de knoppen in de toepassing makkelijk te gebruiken?		
9	Heeft de zoekfunctie een centrale plek?		
10	Zijn afleidende details weggelaten?	Zoals bijv. (knipperende) reclame of geluiden.	
11	Is het gemakkelijk om terug te keren naar het hoofdmenu?		
12	Wordt er gebruik gemaakt van ondersteunend beeldmateriaal?	Zoals bijv. voorbeeldvideo's bij oefeningen, grafieken bij monitorfunctie of foto's bij stappen.	
13	Is het gekozen lettertype en grootte duidelijk leesbaar?		
14	Zijn de zinnen kort en concreet?		

15	Kan de app gebruikt worden als gast of moet je een account aanmaken?		
16	Worden moeilijke vaktermen of medische termen vermeden of uitgelegd?		
17	Worden eventuele berekeningen automatisch door de app berekend in plaats van door de gebruiker?		

Is de app gebruiksvriendelijk?

Scoort de app 13 - 17 keer "ja/n.v.t." = goed (de optie n.v.t. scoort ook positief)

Scoort de app 9 tot 13 keer "ja/n.v.t." = voldoende

Scoort de app 8 of minder keer "ja/n.v.t." = onvoldoende

Eindoordeel onvoldoende: app komt niet in de GGD AppStore

**Jullie eindoordeel voor gebruiksvriendelijkheid: .....**

**Betrouwbaarheid**

<b>Betrouwbaarheid</b>		<b>Instructie voor de onderzoeker</b>	<b>Oordeel: ja/nee/n.v.t.</b>	<b>Toelichting:</b>
1	Is bekend waar de app zijn informatie vandaan haalt?	<p>Wat is de bron van de informatie, bijv. een organisatie? Linkt de app door naar een website? Licht dit toe.</p> <p>Als dit moeilijk te achterhalen is, neem dan contact op met de ontwikkelaar/opdrachtgever van de app.</p> <p>Is het advies dat de app uitspreekt onafhankelijk of heeft het een commercieel doel?</p>		
2	Zijn eventuele meetgegevens nauwkeurig?	Noteer hier welke gegevens worden gemeten en hoe. Wat is het risico op meetfouten? Bijv. het inschatten van het aantal calorieën van een bord eten.		
3	Geeft de app een persoonlijk advies?	Houdt de app rekening met persoonsgebonden factoren zoals leeftijd, geslacht,		

		lengte, gewicht of bewegingsniveau?		
4	Is er onderbouwing, uitleg over het doel/aanpak. Zijn er rapporten of cijfers?	Vraag de ontwikkelaar om onderbouwing en/of eventuele rapporten zodat je deze informatie mee kan nemen in je beoordeling.		
5	Is de app zonder commercieel doel?	Vermeld eventueel commercieel belang ook in de beschrijving.		

Is de informatie in de app betrouwbaar?

Scoort de app 4 - 5 keer "ja/n.v.t." = goed (de optie n.v.t. scoort ook positief)

Scoort de app 3 keer "ja/n.v.t." = voldoende

Scoort de app 2 of minder keer "ja/n.v.t." = onvoldoende

Eindoordeel onvoldoende: app komt niet in de GGD AppStore

### Onderbouwing

Onderbouwing		Instructie voor de onderzoeker	Oordeel: ja/nee/n.v.t.	Toelichting:
1	Is de inhoud van de app gebaseerd op recente vakkennis?	Neem hiervoor contact op met de ontwikkelaar. Laat eventueel een inhoudelijk deskundige binnen jouw organisatie hiernaar kijken.		



2	<p>Maakt de app gebruik van minimaal twee veranderingstechnieken die het gedrag beïnvloeden?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zelfmonitoring van gedrag stimuleren Alle vormen van loggen en tracken. Het meten en registreren van dagelijkse activiteiten. Bijv.: dagboek, GPS , beweegmeter, leefstijl vragenlijst.</li> <li>2. Stimuleren van het vormen van intentie tot gedrag Mensen stimuleren om te besluiten om hun gedrag te veranderen of een algemeen doel te stellen. Het gaat dus niet om een concreet doel, maar om een algemeen voornemen. Bijv.: 'Ik ga meer bewegen', zonder acties te plannen.</li> <li>3. Stimuleren om specifieke doelen te stellen De doelen zijn concreet (in tegenstelling tot 2), bijv.: 'Ik ga een keer per week hardlopen.' In het doel staat vermeld welk gedrag wordt uitgevoerd, maar ook bijv. de frequentie, de duur, de intensiteit, de plaats enz.</li> <li>4. Stimuleren om gedragsdoelen te herzien Als de app voorstelt om je doel aan te passen. Of als je je gedrag kunt vergelijken met je doel én het is mogelijk om je doel bij te stellen.</li> <li>5. Feedback geven op vertoond gedrag <ul style="list-style-type: none"> <li>• Je gedrag vergelijken met een norm voor gezond gedrag. Bijv. een eetdagboek bijhouden en dit vergelijken met hoeveel energie (calorieën) je dagelijks nodig hebt.</li> <li>• Competitie: je kunt</li> </ul> </li> </ol>		
---	--	--	--	--

		<p>je eigen prestaties bijhouden en vergelijken met anderen. Bijv. een virtuele hardloopcompetitie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De voortgang op je doelen. App geeft inzicht in hoeverre je de persoonlijke doelen hebt behaald.</li> </ul>		
3	Is er een deskundige of organisatie bij de ontwikkeling van de app betrokken?	<p>Een deskundige is iemand die bijzonder bevoegd is tot het beoordelen van een zaak of taak van specialistische aard.</p> <p>Vraag dit na bij de ontwikkelaar.</p>		
4	Draagt de app bij aan 1 pijler van positieve gezondheid (Machteld Huber)?	<p>De 6 pijlers zijn:</p> <p>1) Lichaamsfuncties: je gezond voelen, fysiek functioneren, klachten en pijn, slapen, energie.</p> <p>2) Mentaal welbevinden: cognitief functioneren, emotionele toestand, eigenwaarde/zelfrespect, gevoel controle te hebben/managability,</p>		

		<p>zelfmanagement en eigen regie, veerkracht/resilience &amp; 'sense of coherence.</p> <p>3) Zingeving: spirituele en existentiële dimensie, meaningfulness, doelen/idealen nastreven, toekomstperspectief ervaren, acceptatie.</p> <p>4) Kwaliteit van leven: gelukkig zijn, welbevinden, genieten, ervaren gezondheid, lekker in je vel zitten, levenslust, balans.</p> <p>5) Meedoen: sociaal maatschappelijke participatie, sociale en communicatieve vaardigheden, sociale contacten, betekenisvolle relaties, geaccepteerd worden, maatschappelijke betrokkenheid, betekenisvol werk.</p> <p>6) Dagelijks functioneren: basis Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen</p>		
--	--	---	--	--

		(ADL), instrumentele ADL, werkvermogen.		
5	Draagt de app bij aan 2 of meer pijlers van positieve gezondheid (Machteld Huber)?	Hoe meer pijlers hoe meer het recht doet aan de integrale mens, dus hoe groter de kans op beïnvloeding en/of gedragsverandering.		

Voldoet de app aan de eisen voor onderbouwing?

Scoort de app 4 - 5 keer "ja/n.v.t." = goed (de optie n.v.t. scoort ook positief)

Scoort de app 3 keer "ja/n.v.t." = voldoende

Scoort de app 1 - 2 keer "ja/n.v.t." = onvoldoende

Eindoordeel onvoldoende: app komt niet in de GGD AppStore

### Privacy

Privacy		Instructie voor de onderzoeker	Oordeel: ja/nee/n.v.t.	Toelichting:
1	Zijn privacyvoorwaarden opgenomen in de app of zijn deze voor installatie te lezen in de appstore of op een	Wordt ook wel privacy policy/ privacy beleid/ privacy statement/ privacy mededeling genoemd.  Als er geen privacy voorwaarden in de app		

	bijbehorende website?	staan, neem hierover contact op met de opdrachtgever en vraag om toelichting.		
2	Staat in de privacyvoorwaarden duidelijk aangegeven wat er met je (ingevoerde) persoonlijke gegevens gebeurt?	<p>Check of de volgende punten in de privacy voorwaarden staan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verzamelt de app (speciale) persoonsgegevens? Zo ja, welke?</li> <li>2. Slaat de app persoonsgegevens op (op het apparaat of op servers)?</li> <li>3. Deelt de app persoonsgegevens met derden? Zo ja, welke gegevens? Persoonsgegevens zijn: naam, adres, leeftijd. Bijzondere persoonsgegevens zijn: BSN, geaardheid, medische gegevens, etc.</li> </ol>		
3	Staat in de privacyvoorwaarden dat de gebruiker recht heeft op het inzien, wijzigen en verwijderen van persoonsgegevens?	Het inzagerecht is geregeld in artikel 35 (lid 1 t/m lid 4) van de Wet bescherming persoonsgegevens.		
4	Vraagt de app toestemming voor het	Expliciet (middels een vinkje) of impliciet (tekst).		

	verwerken van gegevens?			
5	Is de app transparant over het gebruik van de gegevens?	Bijvoorbeeld 'uw postcode wordt gebruikt voor statistieken'. Geen harde eis maar kan wel vermeld worden in omschrijving.		
6	Komt de gevraagde informatie in de app overeen met de voorwaarden?	Persoonsgegevens: naam, adres, woonplaats, e-mail. Bijzondere persoonsgegevens: BSN, geaardheid, medische details.		
7	Is er een duidelijke securitymededeling voor de app aanwezig?	Een securitymededeling is een mededeling hoe de opgeslagen gegevens worden beschermd.		
8	Heeft de aanbieder een securitytest uitgevoerd?	Probeer via de informatiewebsite of de gebruikersvoorwaarden te achterhalen of de beveiliging van de app is getest of neem		

		<p>contact op met aanbieder of ontwikkelaar.</p> <p>Nb: het uitvoeren van een securitytest geeft geen garanties. Bevindingen dienen ook opgevolgd te worden.</p>		
9	<p>Is de website gekoppeld aan de app versleuteld (HTTPS)?</p>	<p>Dit is belangrijk als persoonsgegevens gedeeld worden met de website.</p> <p>Een beveiligde website begint met https://</p>		
10	<p>Krijg je bij het melden van onjuistheden of kwetsbaarheden in de app een beloning (responsible disclosure)?</p>			
11	<p>Biedt de app de mogelijkheid om een gebruikersnaam en wachtwoord en/of (pin)code voor toegang in te stellen?</p>	<p>Dit is met name relevant wanneer er persoonsgegevens in de app staan.</p>		

13	Is de communicatie in de app versleuteld (HTTPS)?	Nee, geen persoonsgegevens in app (1 punt) Ja (1 punt) Nee, wel persoonsgegevens = geen publicatie		
14	Geeft SSL-labs een resultaat C of beter?	Nee = geen publicatie		
15	Worden gegevens die worden opgeslagen in de app beveiligd opgeslagen?	Nee = geen publicatie		
16	Worden er verbindingen naar 3rd party diensten gemaakt?	Ja en dat staat nergens vermeld = geen publicatie		

Voldoet de app aan de eisen voor privacy en security?

Scoort de app 8 - 11 keer "ja/n.v.t." = goed (de optie n.v.t. scoort ook positief)

Scoort de app 4 - 7 keer "ja/n.v.t." = voldoende

Scoort de app 0 – 3 keer "ja/n.v.t." = onvoldoende