

E-mental Health

Implementatieonderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren
van e-mental health bij de praktijkondersteuner (GGZ).



Daniel Seelhöfer

Afstudeeronderzoek Toegepaste Psychologie

In opdracht van Gea Dijkstra, Manager CTI Coachjezelf

07 juni 2022

**Implementatieonderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren van e-
mental health bij de praktijkondersteuner (GGZ).**

Daniel Seelhöfer

Studentnummer: 381702

Begeleider: Jessica van der Staak

Opdrachtgever: Gea Dijkstra, Coachjezelf

Tweede beoordelaar: Merel Jongebloed

Academie voor sociale studies, Hanzehogeschool Groningen

07 juni 2022

Abstract

There are not enough treatment options for people with a mental disorder. In the Netherlands alone, 75,000 people are currently waiting for mental health treatment (Nederlandse Zorgautoriteit, 2021). To compensate for this deficiency, e-mental health applications, such as the web application Liv, have been increasingly used in the treatment of mental illness in recent years. However, it remains unclear why Liv is barely used by practice support workers (POH-GGZ). Based on this issue, this study addresses the question of which variables promote or hamper the use of Liv. The model used for the study was the UTAUT 2. Seven participants participated in the study and answered a number of questions as part of a qualitative data collection. All data from the interviews were transcribed and coded in ATLAS.ti (V.22) and thematically categorized according to promoting and hindering factors using the UTAUT 2. The analysis of the data identified 51 factors that could be associated with stimulating factors and 65 factors that could be associated with hindering factors. In this regard, the strongest stimulating influence was exerted by Performance Expectancy (21), Social Influence (14), Effort Expectancy (13), Price Value (2) and Hedonic Motivation (1). On the other hand, the strongest inhibitory influence was exerted by the variables Performance Expectancy (19), Effort Expectancy (16), Social Influence (15) and Facilitating Conditions (15). Gaining this insight maybe a helpful contribution in what needs to be done to make e-mental health applications more accessible and useful.

Keywords: e-mental health, Liv, Coachjezelf, practice assistant for mental healthcare (POH-GGZ), UTAUT

Samenvatting

Er zijn te weinig behandelingsmogelijkheden voor mensen met een psychische aandoening. Alleen in Nederland wachten op dit moment 75.000 mensen op een psychische behandeling (Nederlandse Zorgautoriteit, 2021). Om dit gebrek te compenseren, worden e-mental health toepassingen, zoals de webapplicatie Liv, de laatste jaren steeds meer ingezet bij de behandeling van psychische aandoeningen. Het blijft echter onduidelijk waarom Liv nauwelijks wordt gebruikt door de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ). Uitgaande van deze probleemstelling wordt in deze studie aandacht besteed aan de vraag welke factoren het gebruik van Liv bevorderen of belemmeren. Voor het onderzoek werd het UTAUT 2-model gebruikt. Zeven deelnemers namen deel aan het onderzoek en beantwoordden een aantal vragen in het kader van kwalitatieve dataverzameling. Alle gegevens uit de interviews werden getranscribeerd en gecodeerd in ATLAS.ti (V.22) en thematisch gecategoriseerd volgens bevorderende en belemmerende factoren aan de hand van het UTAUT 2-model. Bij de analyse van de gegevens werden 51 factoren geïdentificeerd die in verband konden worden gebracht met stimulerende factoren en 65 factoren die in verband konden worden gebracht met belemmerende factoren. De grootste stimulerende invloed werd daarbij uitgeoefend door Performance Expectancy (21), Sociale Influence (14), Effort Expectancy (13), Price Value (2) en Hedonic Motivation (1). Aan de andere kant werd de sterkste belemmerende invloed uitgeoefend door de variabelen Performance Expectancy (19), Effort Expectancy (16), Social Influence (15) en Facilitating Conditions (15). Het verwerven van dit inzicht kan misschien een nuttige bijdrage leveren in wat er gedaan moet worden om e-mental health applicaties toegankelijker en nuttiger te maken.

Zoekwoorden: e-mental health, Liv, Coachjezelf, Praktijkondersteuner huisartsen
voor geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ), UTAUT

Voorwoord

Dit eindverslag vormt het laatste onderdeel van mijn 4-jarige bacheloropleiding Toegepaste Psychologie aan de Hanzehogeschool Groningen. In dit verslag worden het proces en de resultaten beschreven van een onderzoek gedurende 4 maanden over het onderwerp: Stimulerende en remmende factoren bij het gebruik van de e-mental health applicatie Liv. Deze studie is uitgevoerd in opdracht van Gea Dijkstra, content-, training- en implementatiemanager bij Coachjezelf. De webapplicatie Liv is sinds 2016 in gebruik en ondersteunt behandelaars in de geestelijke gezondheidszorg bij de behandeling van mensen met psychische aandoeningen. Bij deze wil ik Gea Dijkstra bedanken, die mij tijdens deze onderzoeksfase heeft begeleid en die vele deuren voor mij heeft geopend. Zonder haar zou de hele studie niet mogelijk zijn geweest. Daarnaast wil ik ook Jessica van der Staak bedanken, die mij de laatste maanden steeds terzijde stond en altijd een luisterend oor bood voor mijn vragen en ideeën. Zonder haar was ik waarschijnlijk nooit met het onderwerp e-mental health in aanraking gekomen. Tenslotte wil ik alle andere mensen bedanken zonder wie deze studie nooit tot stand zou zijn gekomen. Hieronder vallen zowel de werknemers van Coachjezelf, die mij belangrijke perspectieven op het bedrijf hebben gegeven, en ook de deelnemers die zo enthousiast waren om aan de studie deel te nemen. Ik wens u veel leesplezier!

Osnabrück, 07.06.2022

Daniel Seelhöfer

Inhoudsopgave

Inleiding.....	1
Voordelen van e-mental health.....	2
Blended Care	3
Over de opdrachtgever	3
Doelstelling en onderzoeksvragen.....	5
Opzet van de studie	6
Literatuur	7
Gerelateerd onderzoek.....	7
Unified Theory of Acceptance and Use of Technology 2 (UTAUT 2).....	8
Methode	12
Deelnemer.....	12
Procedure	12
Resultaten	14
Succesfactoren.....	15
Belemmerende factoren.....	19
Discussie	24
Beperkingen.....	27
Aanbevelingen.....	29
Referenties.....	33
Bijlagen.....	38
Bijlage A: Belemmeringen van betrokkenheid (Yin, 2019).....	38
Bijlage B: Interview schema	41
Bijlage C: Toekomstige verwachtingen en feedbackpunten	42

Inleiding

Er zijn te weinig behandelingsmogelijkheden voor mensen met een psychische aandoening. In Europa komt slechts één psychiater per 10.000 mensen voor (WHO Regional Office for Europe, 2019), ondanks het feit dat een op de twee personen in zijn leven op de een of andere manier te maken krijgt met psychische aandoeningen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021). Volgens het Ministerie van Algemene Zaken (2019) krijgt in landen met een hoog inkomen slechts 50% van de mensen de psychische hulp die zij nodig hebben. In landen met een laag of gemiddeld inkomen daarentegen ontvangt slechts 10% van de mensen de psychische hulp die zij dringend nodig hebben. Door de onvoldoende behandelingsmogelijkheden maken patiënten en deskundigen herhaaldelijk melding van lange wachttijden (Vektis, 2022). Zo wachten in Nederland momenteel 75.000 mensen op een psychische behandeling (Nederlandse Zorgautoriteit, 2021). Om deze en toekomstige uitdagingen aan te gaan, moet de psychologische zorg zich noodgedwongen heroriënteren. Om deze heroriëntatie te kunnen laten slagen, is in de afgelopen tien jaar een groot deel van het onderzoek gericht geweest op de vraag welke veranderingen nodig zijn om patiënten beter en sneller te kunnen behandelen.

Een gebied dat steeds weer in de belangstelling van de wetenschap is komen te staan, is het gebruik van e-mental health. De term e-mental health verwijst naar informatie- of communicatietechnologieën die gebruikt worden om de psychische hulpverlening te ondersteunen (Riper et al., 2007). Het gaat dan bijvoorbeeld om apps of websites waar patiënten zowel schriftelijk als mondeling informatie kunnen krijgen over ziektebeelden of oefeningen (Smeets et al., 2014). Het idee om e-mental health applicaties in te zetten in de geestelijke gezondheidszorg ontstond al in de jaren negentig. Hewson et al. onderzochten al vroeg hoe barrières in psychotherapieën konden worden verlaagd door het gebruik van online technologieën.

Voordelen van e-mental health

De voordelen van e-mental health kunnen in drie categorieën worden ingedeeld. Ten eerste kunnen diensten voor e-health de drempel verlagen voor mensen om gebruik te maken van psychotherapeutische behandelingen. Dit kan met name gelden voor mensen die door motorische of psychische beperkingen, zoals angst voor stigmatisering, niet in staat zijn naar een psychotherapeutische praktijk te gaan. Daarnaast kunnen e-mental health applicaties voor een betere toegankelijkheid zorgen voor mensen die normaal gesproken grote afstanden moeten afleggen (Van Lankveld et al., 2009).

De tweede categorie omvat de effectiviteit van e-health. De laatste jaren is de werkzaamheid van e-mental health keer op keer in twijfel getrokken. Ondanks veel kritiek heeft een aantal modellen zich kunnen vestigen in de behandeling. Zo wordt bijvoorbeeld de aanpak van online cognitieve gedragstherapie inmiddels door experts als een effectieve behandelmethode geclassificeerd (Van Lankveld et al., 2009). Uit onderzoek is gebleken dat e-mental health eveneens werkzaam is bij de behandeling van verschillende psychische stoornissen. Daaronder vallen aandoeningen zoals posttraumatische stressstoornis, gegeneraliseerde angststoornis, eetstoornissen en nog andere (Van Lankveld et al., 2009).

Een van de factoren die maatschappelijk gezien wellicht het meest van belang zijn, betreft het idee dat e-mental health applicaties tot een verlaging van de eerdere kosten van psychotherapie kunnen leiden (Van Lankveld et al., 2009).

Zo bleek uit een wetenschappelijke studie over de behandeling van paniekstoornissen dat internettherapie onder begeleiding van artsen en psychologen tot 4000 dollar per gezond levensjaar kon besparen (Mihalopoulos et al., 2005). Zowel vanuit economisch als vanuit kwalitatief perspectief moeten online interventies meer worden ingevoerd (Van Lankveld et al., 2009).

Blended Care

Tegelijkertijd dient bij het gebruik van e-mental health niet over het hoofd te worden gezien dat het effect van psychotherapie in de eerste plaats te danken is aan de kwaliteit van de therapeutische relatie (Norcross & Wampold, 2011). Om de traditionele voordelen van psychotherapie met de voordelen van e-mental health te combineren, werd in de afgelopen jaren de term blended care geïntroduceerd. Andersson en Cuijpers (2009) vonden dat deze vorm van gecombineerde therapie tot betere uitkomsten leidt dan niet-begeleide online therapieën.

Blended care verwijst naar een kostenefficiënte vorm van zorg die gestandaardiseerde en geprotocolleerde structuren van online zorgverlening combineert met persoonlijk contact (Smeets, et al., 2014). Om de voordelen van blended care niet alleen voor psychotherapeuten maar ook voor andere beroepsgroepen in de geestelijke gezondheidszorg te kunnen aanbieden, werd in 2016 de e-mental health applicatie Liv ontwikkeld in samenwerking met de innovatiewerkplaats Personalised Digital Health van de Hanzehogeschool Groningen en het internetbureau Coolminds. De webapplicatie Liv wordt inmiddels verder ontwikkeld door de startup Coachjezelf en is gespecialiseerd op het gebruik onder praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ).

Over de opdrachtgever

Deze onderzoeksopdracht werd uitgevoerd in opdracht van Coachjezelf. Coachjezelf is een startup opgericht in juli 2016 die software ontwikkelt en produceert voor de gezondheidssector. Een van hun producten is de webapplicatie Liv. Liv is een online hulpmiddel dat door de praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ) in huisartsenpraktijken wordt gebruikt om volwassen patiënten met lichte psychische problemen optimaal te kunnen behandelen. De webapplicatie biedt patiënten oefeningen, tips en informatie over specifieke onderwerpen, afgestemd op hun specifieke gezondheidssituatie.

Op die manier vormt Liv een ideale aanvulling op de persoonlijke gesprekken tussen patiënt en praktijkondersteuner.

Naast de interventies die de patiënt via de app ontvangt, biedt de webapplicatie ook een aantal nuttige tools voor praktijkondersteuners. Gebruikers van de app kunnen bijvoorbeeld de behandelhistorie van patiënten beheren, met patiënten communiceren via een directe chat en nieuwe kennis en materialen verwerven over technieken die verband houden met de specifieke geestelijke gezondheidsproblemen van de patiënt. Volgens gegevens van Coachjezelf zijn er in de webapplicatie in 2022 ongeveer 3.000 accounts aangemaakt.

In tegenstelling tot andere e-mental health aanbieders, hanteert Coachjezelf een transdiagnostische aanpak in zijn oefeningen. De transdiagnostische aanpak richt zich met name op centrale factoren die een overkoepelende rol spelen bij verschillende aandoeningen en een positieve invloed kunnen hebben op de mentale gezondheid van een patiënt. Hieronder vallen bijvoorbeeld strategieën voor emotieregulatie (Meidlinger & Hope, 2017). De focus van de oefeningen ligt vooral op het versterken van het eigen vermogen om te functioneren en van de eigen hulpbronnen.

Hierbij worden oefeningen uit de positieve psychologie, de cognitieve gedragstherapie (CGT), acceptance and commitment therapie (ACT) en mindfulness aangeboden. De onderwerpen waarvoor Liv momenteel oefeningen aanbiedt, staan in tabel 1.

Tabel 1

Modules in de webapplicatie Liv

Module
Overspannenheid en burn-out
Rouw en verlies
Persoonlijke groei
Eenzaamheid
Voeding als geneesmiddel
Somberheid en depressie

Doelstelling en onderzoeksvragen

Ondanks de hierboven beschreven voordelen van e-mental health, melden medewerkers van Coachjezelf dat Liv weinig wordt ingezet bij de behandeling van psychische klachten. De reden voor het lage engagement onder de praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ ten aanzien van Liv is onduidelijk. Voor een betere implementatie van Liv moeten de factoren die het gebruik van Liv bevorderen of belemmeren dus gedetailleerder worden onderzocht. Het doel van deze studie is daarom na te gaan welke factoren van invloed zijn op de interactie tussen praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ) en Liv. Dit onderzoek geeft antwoord op de volgende vraag:

In hoeverre kan Coachjezelf het engagement onder geregistreerde praktijkondersteuners beïnvloeden, zodat deze liv sterker geïntegreerd kan worden in bestaande behandelingen? Deze hoofdvraag wordt gevolgd door een reeks deelvragen die bijdragen tot de beantwoording van de onderzoeksvraag.

- Deelvraag 1.** Tot welk percentage wordt Liv gebruikt in bestaande behandelingen?
- Deelvraag 2.** Wat zijn de belemmeringen die praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ ervan weerhouden Liv te gebruiken?
- Deelvraag 3.** Welke factoren motiveren praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ om Liv in hun behandelingen te integreren?
- Deelvraag 4.** Welke toekomstige verwachtingen hebben praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ van Liv?

Opzet van de studie

Ter beantwoording van deze vragen zijn interviews gehouden met de hoofdbetrokkenen in de gezondheidszorg, d.w.z. praktijkondersteuner, gebruikers en medewerkers van Coachjezelf. In een eerste fase wordt de huidige stand van de wetenschap over dit onderwerp nader onderzocht. Op basis van de huidige stand van het onderzoek worden relevante factoren geïdentificeerd die van invloed kunnen zijn op het gebruik van Liv. Het onderzoekskader is gebaseerd op de Unified Theory of Acceptance and Use of Technology 2 (UTAUT2). Een theorie die een aantal gedragsvoorspellende modellen combineert en specifiek is gericht op het gebruik van technologie. In een tweede fase van de studie worden interviews afgenomen en geanalyseerd. Op basis van de interviews en het UTAUT 2 Model zijn een aantal sleutelvariabelen geïdentificeerd die antwoord geven op de onderzoeksvraag.

Literatuur

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van wetenschappelijke modellen en diverse studies nader ingegaan op de problematiek rond de implementatie van e-health. Mogelijke oplossingen worden besproken en kernvariabelen worden geïnventariseerd. In de eerste plaats worden studies toegelicht die zich in het verleden met soortgelijke problemen hebben beziggehouden. Vervolgens wordt de Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT2) nader toegelicht. Dit is een wetenschappelijk model dat het kader van dit onderzoek vormt.

Gerelateerd onderzoek

In een onderzoek in opdracht van een andere grote e-health-aanbieder werd onderzocht in welke mate de betrokkenheid van therapeuten kon worden vergroot door een herontwerp van het e-health-platform. Uit de studie kwamen vijf hoofdgebieden en een aantal ondergeschikte factoren naar voren die verantwoordelijk zijn voor de geringe betrokkenheid van therapeuten (Bijlage A). Op basis van deze factoren werden in de studie drie maatregelen geïdentificeerd die tot een grotere betrokkenheid van therapeuten zouden kunnen leiden (Yin, 2019). De eerste maatregel omvatte het creëren van een verbeterde onboarding-ervaring voor therapeuten. Hiervoor gebruikten de onderzoekers het Hook Model (Eyal & Hoover, 2014) en een Gamification Theory (Chou, 2015). In een tweede fase werd een onlinegemeenschap opgericht om therapeuten nauwer met elkaar in contact te brengen. Ten slotte werd nagegaan hoe toekomstige technologieën zoals virtual reality en robotica kunnen worden gebruikt om de werklast van therapeuten te verminderen en de trainingen te verbeteren.

Uit de eerste resultaten van de studie blijkt dat de online community veelbelovende resultaten heeft opgeleverd (Yin, 2019). De andere interventies zijn, voor zover bekend, nog niet geëvalueerd.

In een andere studie werd de implementatie van de e-mental health applicatie “Kleurjeleven” onderzocht. De onderzoekers kwamen tot de bevinding dat de toepassing in het begin goed werd ontvangen en dat veel patiënten met de toepassing begonnen. Dit succes schreven de onderzoekers toe aan de inhoud van het programma, de stimulans tot meer zelfmanagement en de ondersteuning tijdens de therapiesessies (Smeets & Zijlstra-Vlasveld, 2016). Na verloop van tijd meldden de onderzoekers dat veel patiënten afhaakten en dat gemiddeld 3,5 van de 8 lessen werden afgemaakt. Als beperkende factoren hiervoor noemen de onderzoekers een slechte Backend, wat leidt tot een slechte gebruikerservaring, en de bereidheid tot samenwerking onder patiënten (Smeets & Zijlstra-Vlasveld, 2016). Hierbij moet worden opgemerkt dat in deze studies het gebruik van e-mental health-toepassingen onder therapeuten werd onderzocht en dat de klachten van patiënten vaak meer dan mild waren.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt echter duidelijk dat er vaak meerdere factoren zijn die bijdragen tot een succesvol gebruik en dat de problemen die Liv ondervindt voor een hele sector gelden.

Unified Theory of Acceptance and Use of Technology 2 (UTAUT 2)

Een veelgebruikt model om variabelen te onderzoeken die het gedrag van gebruikers beïnvloeden, is de Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT). Dit is een model dat wordt gebruikt om de acceptatie van verschillende technologieën te voorspellen. Het model combineert acht verschillende modellen die in de wetenschap vaak worden gebruikt om gedrag te analyseren (Venkatesh et al., 2003).

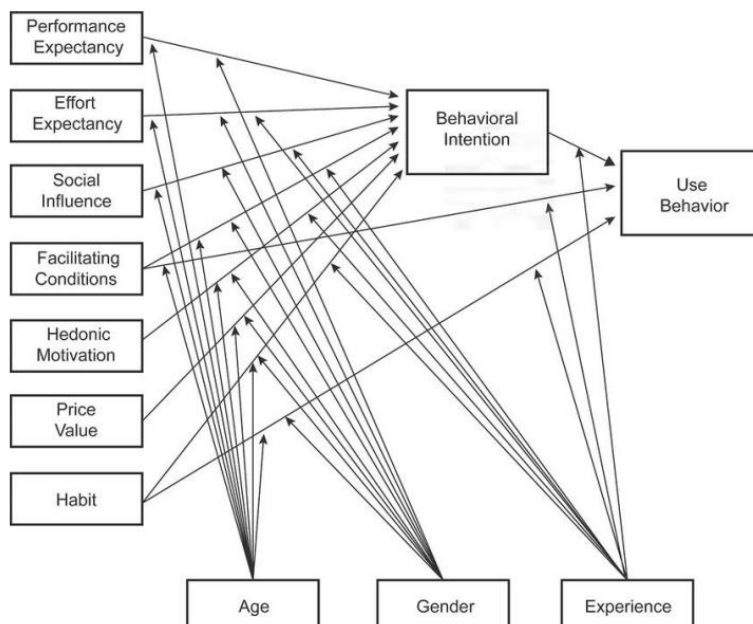
De acht modellen zijn als volgt:

- Theory of Reasoned Action
- Technology Acceptance Model
- Motivational Model
- Theory of Planned Behavior
- Combined TAM and Theory of Planned Behavior
- The model of PC utilization
- Innovation Diffusion Theory
- Social Cognitive Theory

Dit onderzoek is gebaseerd op de Unified Theory of Acceptance and Use of Technology 2 (UTAUT2). Hierbij gaat het om een uitgebreide versie van het oorspronkelijke UTAUT-model, waarin drie concepten zijn toegevoegd. Met de factoren Habit, Hedonic Motivation en Price Value bestaat de UTAUT 2 dus in totaal uit zeven variabelen die het gedrag van een persoon beïnvloeden. Daarbij worden de variabelen gemodereerd door de sociaal-demografische factoren, leeftijd, geslacht en ervaring die iemand ten aanzien van een bepaalde technologie heeft opgedaan. Figuur 1 illustreert de interacties tussen de variabelen (Venkatesh et al., 2003).

Figuur 1

Unified Theory of Acceptance and Use of Technology 2



Performance Expectancy (Prestatieverwachting) wordt gedefinieerd als de waargenomen voordelen van een technologie. Het is de mate waarin een persoon gelooft dat het gebruik van een systeem, in dit geval het gebruik van Liv, zal bijdragen tot een verbetering van de werkprestaties (Davis, 1989). In onderzoek van Zhou et al. (2010) bleek dit construct de sterkste voorspeller van de gebruiksintentie van een gebruiker te zijn, zowel in situaties waarin het gebruik van een technologie vrijwillig als verplicht is.

Effort Expectancy (Verwachting van Inspanning) wordt gedefinieerd als de mate van gemak die gebruikers nodig hebben om met het systeem te interacteren (Venkatesh et al. 2003). In het geval van dit onderzoek gaat het om de mate waarin gebruikers moeilijkheden ondervinden bij het gebruik van Liv. Gupta et al. (2008) ontdekten dat het effect van dit construct na een bepaalde tijd afzwakt en dus niet langer significant is voor het gebruik.

Social Influence (Sociale Invloed) bepaalt de mate waarin gebruikers denken dat anderen van mening zijn dat ze een nieuw systeem moeten gebruiken (Venkatesh et al., 2003). In dit verband gaat het er dus vooral om na te gaan in hoeverre therapeuten in hun denken worden beïnvloed door collega's of cliënten. Venkatesh et al. (2003) merken op dat in dit construct een verplichte context ertoe leidt dat gebruikers een technologie gebruiken omdat het verplicht is, niet vanwege een persoonlijke voorkeur.

Facilitating Conditions (Faciliterende Voorwaarden) wordt gedefinieerd als de mate waarin iemand gelooft dat de organisatorische en technische infrastructuren aanwezig zijn om het gebruik van een systeem te ondersteunen (Venkatesh et al., 2003). In het kader van deze studie gaat het er vooral om te onderzoeken wat de faciliterende voorwaarden zijn in de werkomgeving van de praktijkondersteuners en welke technische infrastructuren Liv biedt.

Hedonic Motivation (Hedonistische Motivatie) werd pas ingevoerd met de ontwikkeling van de UTAUT 2. Het gaat over de intrinsieke motivatie van een individu en beschrijft het plezier of de voldoening dat voor het individu zelf voortvloeit uit het gebruik

van een technologie (KoSMoS, 2020). Brown & Venkatesh (2005) hebben aangetoond dat deze intrinsieke voldoening een grote rol kan spelen bij de acceptatie van een nieuwe technologie. Deze studie maakt daarom gebruik van dit construct om na te gaan in hoeverre therapeuten plezier beleven aan het gebruik ervan.

Price Value (Prijs Waarde) is een concept dat pas later in het UTAUT-model werd opgenomen. Dit concept definieert een cognitieve afweging die gebruikers maken tussen de waargenomen voordelen van een technologie en de monetaire kosten van het gebruik ervan (KoSMoS, 2020).

Habit (Gewoonte) definieert de mate waarin mensen gedragingen automatisch uitvoeren als gevolg van bestaande of voltooide leerprocessen (Limayem et al., 2007). Voor Liv betekent dit de mate waarin behandelaars bepaalde routines hebben ontwikkeld bij het gebruik van de Liv applicatie.

De variabelen leeftijd, geslacht en ervaring hebben geen directe invloed op het gebruik van een technologie. Zij beïnvloeden echter wel de bovengenoemde variabelen en oefenen dus een indirecte invloed uit op het gebruik van een technologie. Aangezien deze factoren niet door Coachjezelf kunnen worden beïnvloed en deze studie tot doel heeft factoren te identificeren die het gebruik beïnvloeden en door Coachjezelf kunnen worden beïnvloed, zijn de moderator-variabelen slechts indirect in de studie opgenomen. De hierboven beschreven variabelen van het UTAUT2-model vormen samen het kader waarop deze studie is gebaseerd.

Methode

In het volgende hoofdstuk wordt de methode beschreven die is gebruikt om de gegevens voor deze studie te verzamelen. Hieronder wordt nader ingegaan op de doelgroep die voor de studie werd uitgenodigd. Vervolgens wordt het proces van gegevensverzameling en -analyse meer in detail beschreven.

Deelnemer

Aan het experiment namen zeven deelnemers deel. De leeftijdsgroep van de deelnemers was 28 tot 50 jaar. Onder de deelnemers waren zes vrouwen en een man. De deelnemers waren gemiddeld 3,8 jaar werkzaam als praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ, waarvan zij gemiddeld drie jaar met e-mental health applicaties hadden gewerkt. De basisvereiste voor deelname was dat alle deelnemers met Liv werken of gewerkt hebben. Volgens hun eigen informatie hadden de deelnemers gemiddeld 42 patiënten en maakten zij bij 37% van de patiënten gebruik van Liv. De deelnemers werden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek via een nieuwsbrief van de Landelijke Vereniging POH-GGZ en via een oproep op het LinkedIn-account van Liv.

Procedure

De gegevens voor deze studie zijn verzameld door middel van semi-gestructureerde interviews. De deelnemers werden uitgenodigd om deel te nemen aan een interview via telefoon of Microsoft Teams. De gesprekken werden gevoerd in een stille omgeving en duurden gemiddeld 45 minuten. Voorafgaand aan het interview werden de deelnemers geïnformeerd dat zij het interview op elk moment konden stopzetten en dat alle verzamelde gegevens aan het eind van het onderzoek zouden worden verwijderd. Bovendien hebben de deelnemers toestemming gegeven om de interviews op te nemen. Van tevoren was een interviewschema opgesteld als leidraad voor het interview (Bijlage B).

In een eerste deel van het interview werden de deelnemers geïnformeerd over de interviewprocedure. In een tweede deel werden in de interviews specifiek vragen gesteld over motiverende en belemmerende factoren. Nadat de interviewer geen aanvullingen meer had over dit onderwerp, werden de deelnemers in een laatste deel van het interview gevraagd naar hun toekomstige verwachtingen ten aanzien van Liv. De interviews werden als beëindigd beschouwd wanneer de deelnemers geen aanvullingen meer wilden maken. Vervolgens werden de interviews getranscribeerd. Om de deelnemers te beschermen, werden de persoonsgegevens anoniem gemaakt.

Nadat alle opnames waren getranscribeerd, werden de interviews geüpload in het programma ATLAS.ti (versie 22). In een eerste stap werden de interviews inductief gecodeerd. Tijdens deze stap werden de coderingen herhaaldelijk herzien in een iteratief proces. Het uiteindelijke coderingsschema was gebaseerd op de kerndeterminanten van het UTAUT2-model. Om de onderzoeksvragen twee, drie en vier te beantwoorden, werden de codes onderverdeeld in negatieve (belemmerende) en positieve (stimulerende) factoren. De codes werden vervolgens geanalyseerd aan de hand van de zeven variabelen van het UTAUT 2-model (Venkatesh et al., 2012) en thematisch samengevat.

Resultaten

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten beschreven. Voor de evaluatie van de kwalitatieve bevraging werd het programma ATLAS.ti (versie 22) ingezet. De individuele codes werden toegewezen aan zeven thema's, die zijn georiënteerd op het UTAUT 2. Uit de analyse van de gegevens zijn in totaal 65 uitspraken naar voren gekomen die informatie geven over remmende factoren en 51 uitspraken die wijzen op stimulerende factoren. Alle resultaten zijn te vinden in tabel 2. De resultaten kunnen in drie categorieën worden onderverdeeld.

De eerste categorie omvat variabelen die in de analyse een hoge frequentie vertonen aan zowel de remmende als de stimulerende kant. Dit zijn de variabelen Performance Expectancy, Social Influence en Effort Expectancy.

De tweede categorie omvat variabelen met een hoge frequentie aan een kant. In dit geval geldt dit voor de variabele Facilitating Conditions.

De laatste categorie omvat echter variabelen die aan beide zijden een lage frequentie vertonen. Dit geldt voor de variabelen Price Value, Hedonic Motivation en Habit.

Tabel 2

Resultaten van de codering van het semigestructureerd interview.

Variabel	Totaal Positief	Totaal Negatief	Totaal
Performance Expectancy	21	19	40
Social Influence	14	15	29
Effort Expectancy	13	16	29
Price Value	2	0	2
Hedonic Motivation	1	0	1
Habit	0	0	0
Facilitating Conditions	0	15	15
			11
Totaal	51	65	6

Opmerking: Variabelen gerangschikt naar frequentie van stimulerende factoren.

Succesfactoren

Uit de analyse bleken 51 stellingen die aangeven welke factoren de respondenten als stimulerend ervaren. De resultaten van deze analyse zijn weergegeven in tabel 3 met voorbeeldcitaten.

Tabel 3*Resultaten Deelvraag 3: Succesfactoren*

Variabel	Citaat
Performance Expectancy	<i>“Mensen kunnen thuis aan de slag, waardoor dat gesprek, wat we hier hebben veel meer body heeft, omdat je thuis nog met mental health aan de slag gaat. Ja, dus, ja, ik heb wel de indruk dat dat iets doet, dat het voor een veel completer plaatje zorgt.”</i>
Effort Expectancy	<i>“Het is overzichtelijk, je kunt de oefeningen goed inzien, je kunt de oefeningen heel makkelijk klaarzetten voor cliënten. [...] Dus ik vind het heel overzichtelijk. Er staat weinig ja, rommel en er zit weinig ruis in. Het is echt heel structureel overzichtelijk en dat vind ik wel de kracht van LIV, met name ook voor cliënten.”</i>
Social Influence	<i>“Als ik merk dat het iemand is die heel gemotiveerd is, dan doe ik het sneller.”</i>
Price Value	<i>“En daarbij was Liv veel goedkoper dan Therapieland of Minddistrict. Dus dat vond natuurlijk de praktijk dan wel weer interessant.”</i>
Hedonic Motivation	<i>“Want ik ben me er wel van bewust dat het gewoon heel erg mooi kan zijn, zowel voor behandelaar als voor de cliënt.”</i>
Habit	-
Facilitating Conditions	-

Bij de analyse werden 21 stellingen geïdentificeerd die onder de variabele Performance Expectancy vallen en factoren aantonen die een positieve invloed hebben op het gebruik van Liv. In dit verband gaven de respondenten aan dat het brede scala aan therapievormen en oefeningen bijzonder goed werd ontvangen. Hierdoor heeft elke behandelaar de mogelijkheid om individueel oefeningen te kiezen en de therapievorm te kiezen die het best bij zijn behandelingsaanpak past. Bovendien bleek uit de analyse dat de behandelaars Liv zien als een goede aanvulling op hun werk. Dit geldt met name voor de momenten waarop de behandelaars geen contact hebben met de patiënten. De volgende citaten schetsen het beeld dat uit de analyse naar voren is gekomen:

- *“En dat is natuurlijk het voordeel van Liv. Daar staan zoveel verschillende vormen in. Er is altijd wel iets wat bij jouw persoonlijk als praktijkondersteuner past en wat je over kunt dragen aan een cliënt.”*
- *“En ik merk dat mensen er iets mee doen. Ik zie mensen één keer in de zoveel weken en Liv of überhaupt e-mental health, vult die gaten op.”*

Een andere variabele die behandelaars motiveert om Liv te gebruiken is de sociale invloed (14 keer geïdentificeerd). Uit de resultaten van de analyse blijkt dat de beïnvloeding van twee kanten komt. Ten eerste hebben cliënten een grote invloed op de mate waarin Liv wordt gebruikt. De ondervraagden verklaarden dat zij Liv vaker gebruiken bij jongere en gemotiveerde cliënten dan bij cliënten die ouder zijn.

Naast cliënten hebben ook collega's een invloed op de behandelaars. Zo gaven respondenten aan dat zij door enthousiaste collega's op bepaalde apps werden geattendeerd, die zij vervolgens ook gebruikten. Bovendien rapporteerden de respondenten dat het onderwerp e-health op dit moment erg populair is en dat dit ook een invloed heeft op het gebruik. De volgende citaten illustreren dit:

- *“Nou en als het gewoon een jong persoon is dan doe ik het al sneller.”*
- *“Ik denk dat het meer is dat het heel erg hip is nu en dat het dus helemaal door subsidie vanuit de overheid promoted wordt. Dus het wordt ons ook een beetje opgelegd. Dus het is vooral de druk dat ik denk van ja, het is een middel wat helemaal hip is in de GGZ. Dus, ik moet vast ook daar iets mee doen.”*

In de derde plaats komt de variabele Effort Expectency het vaakst voor (13 keer). In dit verband verklaarden de respondenten dat Liv zeer duidelijk is, dat de oefeningen snel kunnen worden geactiveerd en dat alles op één plek te vinden is. Deze resultaten zijn gebaseerd op de volgende uitspraken:

- *“Ja die vind ik wel fijn. Het is heel makkelijk. Dus aanvinken en het is gebeurd. En ook dat je kan kiezen van welk thema of therapievorm zou ik willen gebruiken of inzetten. Dus het is heel makkelijk en overzichtelijk.”*
- *“Ik hoef nu niet alles te kopiëren of zelf tekeningetjes te maken en dat aan de Mensen mee te geven. Dus dat vind ik heel positief aan Liv.”*

Uitspraken over de variabelen Hedonic Motivation, Price Value, Facilitating Conditions en Habit werden niet of nauwelijks vermeld.

In twee gevallen verklaarden de respondenten dat zij oorspronkelijk met andere programma's hadden gewerkt. Ze zijn op Liv overgestapt vanwege de prijsvoordelen. Tegelijkertijd gaven de therapeuten ook aan dat zij niet zo betrokken waren bij het aankoopproces. Dit blijkt ook uit het volgende citaat:

- *“En daarbij was Liv veel goedkoper dan therapieland of Minddistrict. Dus dat vond natuurlijk de praktijk dan wel weer interessant.”*

In de context van Hedonic Motivation werd alleen de volgende verklaring geïdentificeerd:

- *“Want ik ben me er wel van bewust dat het gewoon heel erg mooi kan zijn, zowel voor behandelaar als voor de cliënt.”*

Bovendien waren de variabelen Facilitating Conditions en Habit niet één keer geassocieerd met uitspraken die de deelnemers aanzetten tot het gebruik van Liv.

Belemmerende factoren

In totaal werden 65 verklaringen gevonden die inzicht geven in de redenen waarom Liv niet zo veel wordt gebruikt (tabel 4).

Tabel 4

Resultaten deelvraag 2: Belemmerende factoren

Variabel	Citaat
Performance Expectancy	<i>“Onze organisatie gebruikte eerst het Minddistrict programma. We hebben dat altijd gehad, en het was een zeer uitgebreid programma met zeer veel modules waar cliënten echt stap voor stap de diepte in konden gaan. En Liv had dat in het begin niet. Dat veroorzaakte een zekere weerstand, althans bij mij, want de oefeningen die in het begin in Liv stonden, kon ik mezelf aanbieden. Daar had ik Liv niet voor nodig. “</i> <i>“En dan denk ik nou, ik ga wel gewoon even de technieken doen die gewoon in de gesprekken kunnen plaatsvinden,</i>
Effort Expectancy	<i>Omdat het mij anders heel veel tijd gaat kosten. Met uitzoeken feedback, voorbereiden, een mailtje sturen, al die zaken.”</i>
Social Influence	<i>“[...] en toen merkte ik dus dat ik het heel veel inzette en dat het daarna heel weinig werd gemaakt. En vervolgens dacht ik dus ook daarna van, laten we het dan maar niet meer inzetten. Zo heb ik bijvoorbeeld in een maand 8 mensen</i>

	<i>geadviseerd om met eHealth aan de slag te gaan, en dan hebben daar twee echt iets aan gehad.”</i>
Facilitating Conditions	<i>“[...] een ander ding is dat je het eigenlijk heel goed moet integreren in je werk. Je moet dus heel gestructureerd zijn, want het is gewoon onmogelijk om het ernaast te doen. Want dan komt het in de pauze, of dan maak je overuren. ”</i>
Price Value	-
Hedonic Motivation	-
Habit	-

In verband met de variabele Prestatieverwachting (21 keer genoemd) gaven de respondenten aan dat Liv in sommige gevallen niet de vereiste inhoudelijke oefeningen biedt. De respondenten verklaarden dat zij oefeningen op het gebied van ACT missen en in sommige gevallen ook laagdrempeliger inhoudelijke onderwerpen, zoals het omgaan met relatie- of financiële problemen.

Bovendien verklaarden de respondenten dat zij vaak niet goed op de hoogte zijn van alle oefeningen, wat het voor hen dan weer moeilijk maakt om een bepaalde oefening in een sessie aan een probleem van de patiënt te koppelen. Bovendien verklaarden bijna alle respondenten dat zij van mening waren dat het gebruik van Liv geen invloed had op de kwaliteit van de behandelingen. De volgende citaten illustreren dit:

- *“Maar wat ik merk is dat ik niet heel erg onder het niveau behandel. Dus onder de kwaliteits-grens om het zo maar te zeggen.”*
- *“Liv heeft niet altijd een goed thematisch verband met de problemen van de patiënten. Soms hebben ze relatieproblemen of problemen met financiën.”*

De variabele die op de tweede plaats het vaakst werd genoemd, was Effort Expectancy (16 keer). In dit verband verklaarden de deelnemers vooral dat het gebruik van Liv vaak te veel tijd vergt. Dit geldt met name voor het opzoeken van de individuele oefeningen. Bovendien bleek uit de analyse dat sommige deelnemers basisfuncties, zoals contact opnemen met het support, niet aankunnen. Dit wordt geïllustreerd door de volgende uitspraken:

- *“Het is allemaal werk wat erbij komt en dat is het eerste wat tenminste ik als een behandelaar ging schrappen.”*
- *“Nou ja na de support ... ik weet niet eens hoe ik dat moet doen.”*

Uit de resultaten blijkt dat de deelnemers een aantal problemen zien in het faciliteren van omstandigheden (Facilitating Conditions) (15 keer). In de interviews meldden de ondervraagden herhaaldelijk dat Liv moeilijk te integreren was in de bestaande workflow. Een reden die vaak werd genoemd is het gebrek aan tijd dat de behandelaars ervaren als gevolg van de hoge werkdruk. Een ander probleem dat in dit verband vaker werd genoemd, zijn technische problemen.

De deelnemers gaven aan dat zij vaak technische problemen van de patiënten moeten opvangen of sommige functies, zoals de beeldbellen, zelf niet kunnen gebruiken als gevolg van technische storingen.

- *“En het videobellen. We moeten natuurlijk via een beveiligde wijze met patiënten videobellen [...] Dus dan dacht ik, dan gaan we videobellen via Liv maar dat werkte gewoon echt totaal niet.”*
- *“Maar een ander ding is van je moet dat dan eigenlijk gewoon heel goed gaan inbedden in je werk. Dus dan moet je heel gestructureerd gaan doen, want het is gewoon onmogelijk om het ernaast te doen. Want dan komt dat dus in de pauze, of dan ga je over werken.”*

Het laatste punt dat door de deelnemers werd genoemd, was sociale invloed als factor die hen ervan weerhoudt Liv te gebruiken (15 keer genoemd). Volgens de behandelaars hangt het gebruik van Liv vaak af van hoe gemotiveerd en hoe oud de patiënten zijn. Bovendien zijn ook de technische vaardigheden of het IQ van de patiënten van grote invloed op het wel of niet gebruiken van Liv.

- *“Trouwens, er zijn ook patiënten die zeggen dat het niets voor hen is. En als de patiënten al minder gemotiveerd zijn, ja, dan oriënteer ik me ook meer op de patiënten.”*
- *“Ik weet dat ik het eigenlijk moet afstemmen met de patiënt, hè? Dan moet ik eigenlijk vragen van nou, hoe vaardig ben je met een computer of met een telefoon? Maar ik laat het meestal bij mijzelf om in te schatten of ik het nu nuttig ga vinden of niet.”*

Naast de factoren die hen motiveren of weerhouden om Liv te gebruiken, noemden de deelnemers ook toekomstverwachtingen die zij van Liv hebben (tabel 5). De toekomstverwachtingen kunnen thematisch in vier categorieën worden onderverdeeld. De eerste categorie, structuur, gaat over het veranderen van het kader waarin de oefeningen worden aangeboden. De tweede categorie, inhoudelijke aanpassingen, beschrijft feedbackpunten die betrekking hebben op inhoudelijke veranderingen, zoals oefenvormen of therapiemodellen. De derde categorie, tijdbeheer en implementatie, betreft vooral feedbackpunten die behandelaars laten zien hoe zij Liv effectiever in hun dagelijkse werk kunnen integreren en tijd in hun werk kunnen besparen. De vierde en laatste categorie, technische aanpassingen, is gericht op technische verbeteringen. Het gaat hierbij om systeemaanpassingen of nieuwe functies die in het systeem moeten worden geïntegreerd. Een volledige lijst van de genoemde feedback-punten is te vinden in bijlage C.

Tabel 5*Resultaten deelvraag 4: Toekomstverwachtingen*

Onderwerp	Feedback
Structuur	- Meer oefeningen in de vorm van modules
	- Oefeningen die in verschillende stappen na elkaar kunnen worden voltooid.
	- Filteren naar moeilijkheidsgraad en leeftijdsgroep.
Inhoudelijke aanpassingen	- ACT oefeningen toevoegen
	- Herziening van de Mindfulness oefeningen#
Tijdsbeheer en implementatie	- Een leidraad of cursus van POH's die als rolmodel kunnen fungeren en laten zien hoe Liv goed in het dagelijkse werk kan worden geïntegreerd.
	- Patiënten moeten ook in staat zijn om voltooide oefeningen te zien.
	- Beeldbellen zou goed moeten werken.
Technische aanpassingen	- In het patiëntenoverzicht wil ik onderscheid kunnen maken tussen oude en nieuwe patiënten en alleen op voor- of achternaam kunnen zoeken.
	- Er moet een betere koppeling komen met het patiëntendossier van de huisarts.

Opmerking: De toekomstverwachtingen van de deelnemers samengevat en gerangschikt in categorieën.

Discussie

In dit onderzoek is gekeken naar de vraag in hoeverre Coachjezelf veranderingen kan aanbrengen om een actiever gebruik onder de praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ te bewerkstelligen. Om de onderzoeksvraag te beantwoorden zijn een reeks gegevens verzameld van behandelaars door middel van semi-gestructureerde interviews. De behandelaars gaven aan welke factoren hun gebruik stimuleren of belemmeren, hoe zij met Liv werken en wat hun verwachtingen voor de toekomst van Liv zijn. Zoals beschreven in het hoofdstuk over de resultaten, kunnen de uitkomsten in drie categorieën worden onderverdeeld:

- Categorie 1: Variabelen die aan beide kanten een hoge frequentie vertonen.
- Categorie 2: Variabelen die slechts aan één kant een hoge frequentie vertonen.
- Categorie 3: Variabelen die slechts een lage of geen frequentie vertonen aan beide zijden.

Op basis van deze classificatie tonen de resultaten van deze studie duidelijk aan dat de variabelen Performance Expectancy, Effort Expectancy, Social Influence en Facilitating Conditions een vergelijkbaar sterke invloed hebben op de intentie van de behandelaars om Liv te gebruiken. Terwijl de variabelen Hedonic Motivation, Price Value en Habit weinig of geen invloed hebben op de intentie om Liv in te zetten.

Opvallend is dat drie variabelen slechts een geringe invloed hebben op de intentie van de behandelaars om van Liv gebruik te maken. Een van de redenen hiervoor kan zijn dat de e-mental health-programma's vaak niet door de behandelaren zelf worden aangeschaft, maar door andere personen in de praktijk, de zogenaamde zorgmanagers. Bovendien kan er een mogelijk verband bestaan tussen Facilitating Conditions en de variabele Habit. Het is mogelijk dat de behandelaars Liv vanwege de implementatieproblemen niet zo vaak gebruiken, zodat zich uit het gedrag een gewoonte kan ontwikkelen. Dit verband moet in toekomstige studies verder worden onderzocht.

Opmerkelijk is ook dat de variabele Hedonic Motivation slechts in één geval wordt vermeld. Dit wijst erop dat geen van de respondenten Liv gebruikt voor amusement. Ondertussen gebruiken veel programma's of apps gamificatie om precies deze entertainmentfactor bij gebruikers teweeg te brengen. Een aantal studies heeft in het verleden aangetoond dat gamificatie de betrokkenheid bij onlineprogramma's kan verhogen (Looyestyn et al., 2017).

Uit de resultaten van de studie bleek ook dat de variabele Performance Expectancy het vaakst werd genoemd, waardoor het voor de deelnemers een van de meest relevante kwesties was om al dan niet gebruik te maken van Liv. Daarbij valt in de eerste plaats op dat alle deelnemers aan de studie verklaarden dat zij vonden dat de kwaliteit van de behandeling niet door Liv werd beïnvloed.

Tegelijkertijd blijkt uit de resultaten dat behandelaars Liv sneller gebruiken als zij weten wat de oefeningen inhouden en of zij van toepassing zijn op de problemen van de patiënten. Daarnaast speelt ook de persoonlijke voorkeur van de behandelaar voor de behandelingsmethode een doorslaggevende rol. Veel behandelaars verklaarden dat zij graag werken met Acceptance and Commitment en daarvoor andere producten gebruiken. Al deze factoren wijzen erop dat het voor Liv belangrijk is dat de behandelaars snel hun weg kunnen vinden in de verschillende oefeningen, zodat zij vervolgens de juiste oefeningen aan de patiënten kunnen geven. Het is niet verrassend dat deze variabele zo vaak werd genoemd. (Venkatesh et al., 2003) beschreven reeds in het UTAUT-model dat deze variabele de sterkste invloed heeft op de gedragsintentie.

Het is echter onverwacht dat de variabele Effort Expectancy een dergelijke centrale invloed heeft op het gebruik van Liv. Gupta et al. (2008) ontdekten in andere studies dat deze factor na een bepaalde tijd verzwakt en niet langer een dergelijke grote invloed uitoefent op de gedragsintentie. Dit is blijkbaar nog niet het geval in deze studie.

Uit de resultaten blijkt duidelijk dat de behandelaars het gebruik van Liv als zeer tijdsintensief ervaren. Dit kan verband houden met de hoge werkdruk die behandelaars reeds ervaren en de leeftijd en technische vaardigheden van de desbetreffende behandelaar. Aangezien alle interviews in deze studie via de telefoon of via Microsoft Teams werden afgenomen, werd opgemerkt dat de deelnemers vaak wat technische problemen ondervonden bij het gebruik van programma's als Microsoft Teams. Verder onderzoek is op dit moment nodig om deze verbanden te verifiëren.

Uit de resultaten bleek ook duidelijk dat het gebruik van Liv sterk afhangt van de patiënten. De deelnemers verklaarden dat zij Liv meer hanteren bij jonge en gemotiveerde patiënten dan bij oudere of minder gemotiveerde patiënten.

Tegelijkertijd verklaarden sommige therapeuten dat zij tijdens de sessies voor zichzelf afwegen of een patiënt geschikt is om Liv te gebruiken of niet. Aerts en Dam (2018) concludeerden dat de houding van de patiënt een interessante factor is waardoor het gebruik van e-mental health kan toenemen. Verder onderzoek is op dit gebied nodig om mogelijke causale verbanden te onderzoeken. Uit de resultaten blijkt ook dat de behandelaars beïnvloed worden door collega's en door studenten of leraren tijdens hun opleiding. Zo verklaarden sommige behandelaars dat zij Liv gebruiken omdat andere mensen Liv tijdens hun opleiding gebruikt hadden en er zeer positief over spraken. Dit fenomeen kan mogelijk verklaard worden door de Normatieve Invloed. Een theorie die stelt dat mensen hun gedrag veranderen om in bij een groep te horen (Asch, 1955).

Een andere variabele die het gebruik door de behandelaars ernstig kan belemmeren, is de variabele van de Facilitating Conditions. Uit de resultaten van de data-analyse blijkt duidelijk dat de deelnemers niet het gevoel hebben dat Liv goed in de bestaande organisatie-infrastructuren en -processen kan worden geïntegreerd. Daarbij spelen vooral de factor tijd en de hoge werkdruk van de therapeuten een grote rol.

Yin (2019) concludeerde dat verstoring van de workflow een van de grootste knelpunten is bij de implementatie van e-mental health. Enerzijds gaat het om de tijd die de behandelaars nodig hebben om feedback te geven op de oefeningen. Anderzijds kunnen de behandelaars zich door tijdgebrek slechts zelden met nieuwe modules of scholingen bezighouden. Naast de problemen die door de organisatiestructuur worden veroorzaakt, meldden de respondenten ook problemen die door de technische infrastructuur worden veroorzaakt. Het ging daarbij vooral om kleine technische fouten of onduidelijkheden, die er dan weer toe leidden dat de ondervraagden de technische problemen van de cliënten tijdens de sessies moesten oplossen.

Beperkingen

De studie werd beperkt door een aantal discussiepunten die bij toekomstig onderzoek over dit onderwerp in aanmerking moeten worden genomen. Het eerste aandachtspunt betreft de manier waarop de deelnemers aan de studie werden benaderd. In dit geval werd een oproep geplaatst in de nieuwsbrief van de Landelijke Vereniging POH-GGZ. Daarnaast werd een flyer met dezelfde oproep gepubliceerd op LinkedIn. Hierbij moet worden opgemerkt dat hiermee slechts een specifieke groep behandelaars werd bereikt. Daarbij is het de vraag in hoeverre deze groep in het dagelijks leven meer gebruik maakt van technische hardware/software.

Een ander punt dat de onderzoeksresultaten limiteert, is de omvang van de participanten. Omdat veel mensen die in de gezondheidszorg werken momenteel onder grote werkdruk staan, was het niet mogelijk om voor deze studie een grotere steekproef te genereren. Wellicht kan de deelname aan de studie in de toekomst worden vereenvoudigd door een andere methode van gegevensverzameling te gebruiken.

Een andere factor die de studie heeft beperkt, is dat de gegevensverzameling plaatsvond op een specifiek moment.

Dit heeft tot gevolg dat de uitspraken van de deelnemers indirect beïnvloed kunnen zijn door gebeurtenissen die op die dag hebben plaatsgevonden. Toekomstige studies kunnen dit probleem ondervangen door op verschillende tijdstippen gegevens te verzamelen. De laatste beperking van deze studie is het interviewformaat. Doordat in deze studie gebruik werd gemaakt van een semi-gestructureerd interviewformaat, waren sommige uitspraken van de deelnemers moeilijk met elkaar te vergelijken.

Tegelijkertijd is het bij deze interviewvorm mogelijk dat deelnemers bepaalde relevante punten niet noemen omdat er niet expliciet naar gevraagd wordt.

Deze problemen kunnen in de toekomst worden vermeden, bijvoorbeeld door een volledig gestructureerd interview te gebruiken.

Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen gedaan aan Coachjezelf, waardoor op lange termijn een hoger niveau van engagement onder behandelaars bereikt kan worden. De aanbevelingen zijn in twee categorieën onderverdeeld. De eerste categorie gaat over verder onderzoek dat tot interessante verdere bevindingen zou kunnen leiden. De tweede categorie omvat concrete actiestappen die Coachjezelf kan ondernemen om een grotere betrokkenheid onder behandelaars te bereiken.

Kwantitatieve studie over motiverende factoren aan de hand van het UTAUT-model.

Vanwege de beperkende factoren van deze studie is het aan te bevelen om de bevindingen van deze studie te testen in een grotere studieopzet. De beperkingen van deze studie wezen er al op dat een vervolgstudie meerdere meetmomenten en een grotere steekproefgrootte zou moeten omvatten. Het UTAUT 2 model zou bijvoorbeeld gebruikt kunnen worden om een vragenlijst op te zetten die de gebruikers in Liv op verschillende tijdstippen kunnen beantwoorden. De resultaten van deze studie kunnen gebruikt worden om de bevindingen van deze studie te toetsen en om verdere hypothesen te testen die in het hoofdstuk Discussie naar voren zijn gebracht.

Studies die de toename van de motivatie bij patiënten onderzoeken.

Uit deze studie bleek dat de intentie van de deelnemers om Liv al dan niet te gebruiken sterk beïnvloed werd door de motivatie van hun patiënten. De motivatie van de patiënten en hun houding tegenover Liv beïnvloeden dus onrechtstreeks het gedrag van de behandelaar. Het zou dus heel interessant kunnen zijn voor Coachjezelf om te onderzoeken hoe Coachjezelf de motivatie en de attitudes van patiënten kan beïnvloeden. Als gevolg daarvan zouden therapeuten vaker gebruik kunnen maken van Liv.

Studie over de toepassingsmogelijkheden van gamificatie in Liv.

In deze studie werd duidelijk aangetoond dat de variabele Hedonic Motivation slechts een kleine invloed heeft op het gebruik van Liv. Intussen hebben veel studies aangetoond dat het gebruik van gamificatie de betrokkenheid van de gebruikers kan verhogen (Looyestyn et al., 2017). Vergelijkbare conclusies worden ook getrokken in een studie van Yin (2019), die de onboarding-ervaring van psychologen probeerde te verbeteren door gebruik te maken van gamificatietheorieën. Op grond van deze informatie is het voor Coachjezelf zeer interessant na te gaan in hoeverre gamificatie op verschillende gebieden van Liv gebruikt kan worden, en hoe dit het gebruik van Liv beïnvloedt.

Verdere ontwikkeling en verbetering van Liv

De volgende aanbevelingen zijn enerzijds gebaseerd op de punten die de deelnemers naar voren hebben gebracht en anderzijds op de wetenschappelijke bevindingen die in de loop van deze studie zijn verzameld.

Introduceren van modules

Tijdens de interviews gaven de deelnemers herhaaldelijk te verstaan dat zij het overzicht van Liv op prijs stellen. Dit wordt echter verstoord door de vele afzonderlijke oefeningen die individueel gekozen moeten worden. Om deze en andere redenen, zoals het feit dat de deelnemers vaak niet voldoende betrokken waren bij de inhoud van de verschillende oefeningen, zouden veel deelnemers meer modules in Liv willen zien. Sommige deelnemers verklaarden ook dat zij graag zouden zien dat de modules werden afgestemd op het tijdsverloop van de behandeling.

Tegelijkertijd merkten de deelnemers op dat het belangrijk is dat de patiënten niet direct geconfronteerd worden met het aantal oefeningen.

Introductie van meer oefeningen over Acceptance and Commitment

De resultaten van dit onderzoek wijzen erop dat sommige behandelaars de Liv-applicatie niet gebruiken omdat zij oefeningen misten uit het Acceptance and Commitment (ACT)-domein. Zij gebruikten hiervoor dan vaak andere apps of websites. Coachjehzelf kan ervoor zorgen dat therapeuten geen concurrerende programma's of websites meer hoeven te gebruiken, door ACT-oefeningen in te voeren.

Verbondenheid tussen gebruikers bevorderen

Sociale invloed heeft een grote impact op de mate waarin behandelaars Liv gebruiken. Dit geldt vooral voor de patiënten van een behandelaar, maar ook voor zijn collega's. Om dit besef te gebruiken, kan Liv de verbondenheid tussen therapeuten bevorderen door verschillende maatregelen. Dit zou bijvoorbeeld kunnen gebeuren door de groepssessies die Liv momenteel aanbiedt, uit te breiden. Tegelijkertijd kan Coachjehzelf de verbondenheid onder behandelaars vergroten door een online platform in te voeren, zoals bij Yin (2019) het geval was, of door evenementen over specifieke onderwerpen aan te bieden.

Aanbieden van een informatieve video of cursus over het optimaal inzetten van Liv.

De deelnemers aan de studie verklaarden herhaaldelijk dat een van de factoren waarom zij Liv niet gebruiken, is dat zij nog geen goede manier hebben gevonden om Liv optimaal in hun bestaande workflow te integreren, om zo hun werk te vergemakkelijken. Coachjehzelf kan dit probleem aanpakken en de behandelaar met verschillende maatregelen ondersteunen. Daartoe behoren bijvoorbeeld voorlichtingsfilms die uitleggen hoe Liv optimaal gebruikt kan worden. Het onderwerp kan ook aan bod komen in extra cursussen of bestaande groepssessies.

Wat de maatregelen betreft, moet Coachjehzelf er rekening mee houden dat sommige deelnemers hebben aangegeven dat zij dergelijke informatie liever krijgen van iemand die met

Liv werkt en het al goed integreert dan van iemand die niet veel praktische ervaring van de werkdruk heeft.

Invoeren van geavanceerde filteropties.

Een probleem dat in de gesprekken met de deelnemers aan de studie steeds weer naar voren kwam, was het feit dat veel behandelaars slechts een klein deel van de oefeningen in Liv gebruiken en vaak niet weten wat de verschillende oefeningen inhouden. Door het gebrek aan kennis kunnen zij bovendien moeilijk beoordelen hoe moeilijk een oefening is en voor welke leeftijdsgroep een oefening geschikt is. Dit probleem kan Liv tegengaan door meer filteropties in te voeren, zodat de behandelaars de oefeningen kunnen filteren naar leeftijd, moeilijkheidsgraad en lengte. Tegelijkertijd zou een korte preview van de oefeningen de behandelaar de gelegenheid kunnen geven om snel te begrijpen waar een oefening over gaat.

Referenties

Aerts, J. E. M., & Dam, A. V. (2018). Blended e-Health in Cognitive Behavioural Therapy: Usage Intensity, Attitude and Therapeutic Alliance in Clinical Practice. *Psychology*, 09(10), 2422–2435. <https://doi.org/10.4236/psych.2018.910139>.

Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-Based and Other Computerized Psychological Treatments for Adult Depression: A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), 196–205. <https://doi.org/10.1080/16506070903318960>.

Asch, S. E. (1955). Opinions and Social Pressure. *Scientific American*, 193(5), 31–35. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican1155-31>.

Brown, & Venkatesh. (2005). Model of Adoption of Technology in Households: A Baseline Model Test and Extension Incorporating Household Life Cycle. *MIS Quarterly*, 29(3), 399. <https://doi.org/10.2307/25148690>.

Chou, Y. (2015). *Actionable Gamification: Beyond Points, Badges and Leaderboards*. CreateSpace Independent Publishing Platform.

Cuijpers, P., Van Straten, A., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2009). The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: a meta-analysis of study quality and effect size. *Psychological Medicine*, 40(2), 211–223. <https://doi.org/10.1017/s0033291709006114>.

Davis, F. D. (1989). Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology. *MIS Quarterly*, 13(3), 319. <https://doi.org/10.2307/249008>.

Eyal, N., & Hoover, R. (2014). *Hooked* (1ste editie). Adfo Books.

Ford, E. W., Menachemi, N., & Phillips, M. T. (2006). Predicting the Adoption of Electronic Health Records by Physicians: When Will Health Care be Paperless? *Journal of*

the American Medical Informatics Association, 13(1), 106–112.

<https://doi.org/10.1197/jamia.m1913>.

Gupta, B., Dasgupta, S., & Gupta, A. (2008). Adoption of ICT in a government organization in a developing country: An empirical study. *The Journal of Strategic Information Systems*, 17(2), 140–154. <https://doi.org/10.1016/j.jsis.2007.12.004>.

Hedman, E., Ljótsson, B., & Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost–effectiveness. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 12(6), 745–764. <https://doi.org/10.1586/erp.12.67>.

Hewson, C. M., Laurent, D., & Vogel, C. M. (1996). Proper methodologies for psychological and sociological studies conducted via the Internet. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 28(2), 186–191. <https://doi.org/10.3758/bf03204763>.

KoSMoS. (2020, maart). *Akzeptanzstudie Smart Mobility*. htw saar. https://kosmos-project.eu/wp-content/uploads/2020/05/Akzeptanzstudie-Smart-Mobility_2.pdf.

Limayem, Hirt, & Cheung. (2007). How Habit Limits the Predictive Power of Intention: The Case of Information Systems Continuance. *MIS Quarterly*, 31(4), 705. <https://doi.org/10.2307/25148817>.

Looyestyn, J., Kernot, J., Boshoff, K., Ryan, J., Edney, S., & Maher, C. (2017). Does gamification increase engagement with online programs? A systematic review. *PLOS ONE*, 12(3), e0173403. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173403>.

McGinn, C. A., Grenier, S., Duplantie, J., Shaw, N., Sicotte, C., Mathieu, L., Leduc, Y., Légaré, F., & Gagnon, M. P. (2011). Comparison of user groups' perspectives of barriers and facilitators to implementing electronic health records: a systematic review. *BMC Medicine*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-46>.

Meidlinger, P. C., & Hope, D. A. (2017). The new transdiagnostic cognitive behavioral treatments: Commentary for clinicians and clinical researchers. *Journal of Anxiety Disorders*, 46, 101–109. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.11.002>.

Mihalopoulos, C., Shih, S. T., Kiropoulos, L., Blashki, G., Meadows, G., & Gunn, J. (2005). Exploratory economic analyses of two primary care mental health projects: implications for sustainability. *Medical Journal of Australia*, 183(S10). <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2005.tb07184.x>.

Ministerie van Algemene Zaken. (2019, oktober). *MHPSS wereldwijd in feiten en getallen*. Rijksoverheid. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg-en-psychosociale-steun-in-noodhulp/financiering-en-draagvlak-voor-geestelijke-gezondheidszorg-en-psychosociale-steun-in-crisissituaties/mhpss-wereldwijd-in-feiten-en-getallen>.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021, augustus). *Fabels en feiten*. Rijksoverheid. <https://www.heyhetisoke.nl/fabels-en-feiten#:~:text=Afgelopen%20jaar%20had%20ongeveer%20%C3%A9n,bij%20mannen%20dan%20bij%20vrouwen>.

Nederlandse Zorgautoriteit. (2021, 28 januari). *Informatiekaart Wachttijden ggz 2021*. Geraadpleegd op 6 april 2022, van https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_648825_22/1/#:~:text=Voor%20zowel%20de%20basis%2Dggz,wachttijd%20bedraagt%20daarmee%20veertien%20weken.

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98–102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>.

Poissant, L., Pereira, J., Tamblyn, R., & Kawasumi, Y. (2005). The Impact of Electronic Health Records on Time Efficiency of Physicians and Nurses: A Systematic

Review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 12(5), 505–516.

<https://doi.org/10.1197/jamia.m1700>.

Riper, H., Smit, F., Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J., & Mutsaers, K. (2007). E-Mental Health – high tech, high touch, high trust. Programmeringsstudie E-Mental Health in opdracht van het ministerie van VWS. Trimbos-instituut. <https://docplayer.nl/1170803-E-mental-health-trimbos-instituut.html>.

Rogers, E. M. (2010). *Diffusion of Innovations, 4th Edition*. Amsterdam University Press.

Smeets, O., Abello, K. M., Zijlstra-Vlasveld, M., & Boon, B. (2014). E-health in de GGZ: hoe staat het daar nu mee? *Ned Tijdschr Geneesk.*, 158, 51–52.

<https://www.ntvg.nl/artikelen/e-health-de-ggz-hoe-staat-het-daar-nu-mee>.

Smeets, O., & Zijlstra-Vlasveld, M. (2016). *Implementatie 'Blended e-(mental) health in de huisartsenpraktijk'*. Trimbos-instituut. <https://www.trimbos.nl/docs/af1519-implementatie-blended-e-mental-health-in-de-huisartsenpraktijk-.pdf>.

Van Lankveld, J. J., Leusink, P., Van Diest, S., Gijs, L., & Slob, A. K. (2009). Internet-Based Brief Sex Therapy for Heterosexual Men with Sexual Dysfunctions: A Randomized Controlled Pilot Trial. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(8), 2224–2236. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01321.x>.

Vektis. (2022, februari). *Achtergronddocumentatie bij de wachttijdgegevens*. <https://www.vektis.nl/uploads/Zorginzichten/FS%20GGZ%20Wachttijden/Achtergronddocumentatie%20bij%20de%20wachttijdgegevens.pdf>.

Venkatesh, Morris, Davis, & Davis. (2003). User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View. *MIS Quarterly*, 27(3), 425. <https://doi.org/10.2307/30036540>.

Venkatesh, V., Thong, J. Y. L., & Xu, X. (2012). Consumer Acceptance and Use of Information Technology: Extending the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology. *MIS Quarterly*, 36(1), 157. <https://doi.org/10.2307/41410412>.

World Health Organization Regional Office for Europe. (2019). *Mental Health: Fact Sheet*. World Health Organisation.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/404851/MNH_FactSheet_ENG.pdf.

Yin, Y. (2019, augustus). *Redesign the Minddistrict platform to increase therapists engagement* (Thesis). <https://repository.tudelft.nl/islandora/object/uuid:e3305316-2423-4a0c-8b2f-c391561b0de0>.

Zhou, T., Lu, Y., & Wang, B. (2010). Integrating TTF and UTAUT to explain mobile banking user adoption. *Computers in Human Behavior*, 26(4), 760–767.
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2010.01.013>.

Bijlagen

Bijlage A: Belemmeringen die de betrokkenheid van therapeuten beïnvloeden (Yin, 2019)

Domein	Factor	Toelichting
1. Therapeuten	Verskillende soorten therapeuten	Verskillende karakteristieken hebben een verschillende invloed op de mate waarin therapeuten ervan overtuigd zijn dat applicaties voor e-health hen helpen in hun werk.
	Professionele autonomie	Sommige therapeuten hebben het gevoel dat zij het contact met patiënten kunnen verliezen door middel van e-health.
	Ervaring met computers	Therapeuten hebben onvoldoende kennis om met computers om te gaan.
	Tijdsdruk om te leren	Therapeuten hebben niet genoeg tijd om zich met alle functies van een programma bezig te houden.
	Tijdsdruk te gebruiken	Hoge werkdruk leidt er vaak toe dat therapeuten te weinig tijd hebben om gebruik te maken van e-mental health.

2. Organisatie	Communicatie	Er zijn geen goede communicatiekanalen binnen een organisatie, waardoor therapeuten niet goed op de hoogte zijn van de e-mental health toepassingen.
	Management	Grote en voortdurend herstructurende organisaties hebben ook een invloed op de mate waarin e-health applicaties worden gebruikt.
	Visie	Organisaties die innovatie bevorderen, kunnen therapeuten motiveren om meer gebruik te maken van e-health-toepassingen.
	Rendement op Investering	Bedrijven zijn bezorgd dat therapeuten, ondanks de investeringen, geen gebruik maken van e-health.
3. Minddistrict	Training	Een op de therapeut toegesneden opleidingsaanbod en een follow-up trainingsaanbod hebben een effect op het gebruik.
	Implementatie	De implementatiestrategieën moeten worden toegesneden op de specifieke behoeften van de klant en moeten door

		de verschillende belanghebbenden worden gesteund.
4. Platform	Gegevensbescherming en -beveiliging	Therapeuten zijn bezorgd dat e-health gezondheidsgegevens in gevaar brengen.
	Gebruikersvriendelijkheid	Een goed overzicht en gebruiksvriendelijkheid zijn van invloed op het gebruik.
	Ervaren nut	Als therapeuten niet echt weten welke functies toepassingen voor e-health bevatten, is de kans kleiner dat zij er gebruik van maken.
	Betrouwbaarheid	Therapeuten zullen eerder geneigd zijn e-health te gebruiken als zij zien dat deze wetenschappelijk gevalideerd zijn.
5. Sociaal	Verskillende soorten cliënten	Als cliënten ook meer bereid zijn om e-health-toepassingen te gebruiken, zullen deze ook vaker door therapeuten worden gebruikt.
	Peer effecten	Mensen uit de sociale omgeving beïnvloeden de deelname aan e-health interventies.

Bijlage B: Interview schema

Naam:

Datum:

Procedure:

- Welkom
- Presentatie van het project en beschrijving en doel van het interview
- Opheldering over de verwerking van persoonsgegevens
- Beantwoording van open vragen over het proces
- Vragen over de inhoud
- Samenvatting

Vragen:

Hallo, ... fijn dat je meedoet aan dit onderzoek. Voordat we met de eigenlijke onderwerpen beginnen, zou ik u willen vragen of u zich kort wilt voorstellen?

- a. Leeftijd:
 - b. Werkervaring:
 - c. Werkomgeving:
 - d. Ervaring met e-mental health:
1. Hoeveel patiënten begeleidt u op dit moment?
 2. Voor welk percentage van uw behandelingen gebruikt u momenteel Liv?
 3. Wat motiveert u om Liv te gebruiken?
 4. Wat belemmert u om Liv vaker te gebruiken?
 5. Welke toekomstverwachtingen heeft u van Liv/ Wat zou er voor u moeten veranderen om Liv actiever te kunnen gebruiken?
 6. Heeft u nog andere opmerkingen of punten die u met mij wilt delen?

Bijlage C: Toekomstige verwachtingen en feedbackpunten

1. Wat ik graag zou zien, is: is zo een COMET bijvoorbeeld die is superhandig! Dit is in vijf stappen ingeduwde en die kun je gewoon in vijf stappen aanzetten voor de patiënt. Maar zoiets dan in een soort ACT of zo, dus wel opdrachten die elkaar opvolgen en die op elkaar inspelen. Of CGT mag ook. Maar dan er dan een lijn zit in opdrachten. Dus bepaalde stappen in de vorm van modules.
2. Ik vind de mindfulness oefeningen iets minder. Dus daar adviseer ik eigenlijk altijd een andere app in, bedenk ik me nu.
3. En het videobellen. We moeten natuurlijk via een beveiligde wijze met patiënten videobellen, en in coronatijd kwam het wel eens voor dat patiënten dus inderdaad besmet waren en niet tot de praktijk konden komen. Maar wel het gesprek wilde laten doorgaan en dat ging dan. Dus dan dacht ik, dan gaan we videobellen via Liv maar dat werkte gewoon echt totaal niet.
4. Wat ik ook wel vaak van patiënten hoor is als: Als patiënten een opdracht in de app hebt afgerond, dan kunnen ze het niet meer zien. Dan kunnen ze het niet meer terug kijken. Dus misschien dat er een tabblad met afgeronde opdrachten komt of zo. Zodra je een opdracht hebt afgesloten, dan kun je die niet meer bekijken. Ik kan hem dan nog inzien, maar de patiënt zelf kan hem niet meer bekijken.
5. Ik denk dat het nog meer toevoeging zou zijn als Liv meer van ACT heeft.
6. Ik zou graag meer vaste modules in Liv zien. Zodat oefeningen meer aan elkaar gelinkt zijn en ik niet alle oefeningen afzonderlijk hoeft op te zoeken. Tegelijkertijd zou ik sneller willen begrijpen wat elke oefening inhoudt. Als ik weet wat de oefeningen inhouden, dan kan ik ze ook vaker inzetten.
7. Persoonlijk mis ik een duidelijk overzicht. Vaak moet ik individuele oefeningen uitzoeken, zoals bijvoorbeeld bij Burn-out.

8. Wat ik mis en dat moet ik eigenlijk ook zelf uitzoeken is het volgende: Je kunt nu zelf de tools toevoegen waarvan ik denk dat die patiënt die nodig heeft. Als ik het zwart wit zeg, kan het erop neerkomen dat ik denk van oh, dat is voor burn-out. Dus alle oefeningen voor burn-out die gooi ik dan in zijn Liv. En de patiënt denkt dan van: Er staan 15 oefeningen? Wat moet ik daar allemaal mee? En dan probeert hij misschien één en die vindt hij dan niet prettig. En hij denkt dan van dan zal de rest ook wel niks zijn. Dus ik merk dat daar nog heel veel winst te behalen is. En soms onderschat je ook dat een oefening heel moeilijk zijn.
9. En wat ik ook nog graag wil meegeven en dat is puur technisch is het volgende: Ik krijg heel vaak te horen dat patiënten of de oefening kwijt zijn of iets zoals een plaatje niet meer terug kunnen vinden zoals bijvoorbeeld bij de oefening waar familie leden en de omgeving positieve dingen over jou zeggen. Die kunnen ze niet meer terugvinden. Dus dat zijn echt technische dingen die dan voor hun niet werken, en dan ben ik soms in het consult bezig om dat uit te leggen of samen uit te zoeken en dat is dan jammer van de tijd.
10. En andere ding is dat je bij de voormeeting mijn gezondheid weer een aparte account voor moet aanmaken. En eigenlijk kwam ik er voor het eerst vanochtend achter. Dat is een link naar een ander website waar je ook weer een aparte account voor nodig hebt. Maar de patiënten denken dan, maar ik zit toch in Liv. Dus die vullen dan hun Liv account in en dan kom je in zo een loop terecht waardoor ze dan niet meer verder kunnen met de oefening.

En vooral mensen die er wat onzeker zijn, die denken weer oh ik kan het niet, of het werkt niet en dan stoppen ze met het programma.
11. Wat voor mij ook onpraktisch is, is dat ik in mijn patiëntenbestand een hele lijst heb met allemaal patiënten, die ooit Liv hebben gebruikt. Maar ik kan niet zien wie

mijn actuele patiënten zijn en wat oudere patiënten zijn. Dus soms zit ik heel lang te zoeken naar de cliënt. En, je kunt ook volgens mij niet zoeken op alleen achternaam of alleen voornaam? Dus dan moet ik weer naar het dossier en kijken hè? Wie was dat nou en waar zit hij nu? En dan kan ik het niet vinden. Dus dat is voor mij ook een belangrijk probleem.

12. Ik denk vooral voor mij is het heel belangrijk dat die methodiek toch wat gestructureerde nog wordt. Dus niet zozeer dat er meer oefeningen bij komen, of dat die anders worden, maar dat er methodisch meer in indeling komt qua tijd. In het begin van de behandeling, tijdens de behandeling en bij afronding van de behandeling. Dan krijg je veel mooiere toepassing en dat is voor mij fijner, maar ook voor patiënten
13. Ik zou heel graag willen dat patiënten een technisch support hebben en dat niet via mij doen.
14. Wij hebben hier een aparte POH GGZ jeugd en die worden van de gemeente ingezet. Maar die werken niet met dit programma. Maar dat zou eigenlijk wel moeten vind ik. Want er zitten natuurlijk ook oefeningen tussen voor jongeren vanaf 15 of zo. Dus misschien daar een duidelijker onderscheid aan voor welke leeftijd het geschikt is.
15. Er zijn natuurlijk ook wat moeilijk lerende kinderen of volwassene die niet zo handig zijn met de computer, en die dan snel het gevoel hebben, dat ze een hele moeilijke cursus aan het doen zijn. Dus ik zou graag willen dat ik direct al weet wat voor een niveau voor een oefening nodig is.

16. Bij een meditatie bandje, ik weet niet precies bij welke. Maar volgens mij vindt iedereen de stem irritant en dan haken zij allemaal af.
17. Misschien is het wel handig en dat bedenk ik me nu, als cliënten een score kunnen geven of ze deze oefening fijn hebben gevonden of niet.
18. Ik zou graag van tevoren als POH beter in beeld zijn of ik veel over een oefening vooraf moet uitleggen of ik ze direct kan geven. Daarnaast zou ik ook graag een duidelijkere opbouw binnen de oefeningen hebben. Dus in week een kun je die oefening doen en in week twee die enz....
19. Heel gericht aanbieden, want daarvoor moet je het programma eigenlijk ook die heel goed kennen. In week één zijn die en die oefeningen geschikt, in week twee kun je die en die doen. Bijvoorbeeld de COMET-methode is vrij nieuw.^[P]_[SEP] Daar kan je dat heel goed mee doen, want dan staat, eerst stap, twee stap, derde en stap vier. En je moet niet gelijk alle vier stappen toevoegen, want die patiënt is dan veel te overdonderd. Die denkt echt van oh, ik vind stap een al heel erg moeilijk, en dan ziet hij ook nog tot en met stap 4 erin staan.
20. Ik zou mee graag de lange modules van Liv meer eigen willen maken, want ik weet dat ze heel waardevol zijn en we hebben ze een tijd geleden ook in een werkvergadering besproken.
21. Wat bij ACT (andere applicatie) goed werkt, is dat het een vaste therapievorm is. En dan word je aan de hand genomen van stap één tot met stap zeven. Het zijn zeven modules en die werk je af. Het is heel afgebakend. Ja, dat is een voordeel, maar dat is dus tegelijkertijd ook een beperking.
22. Wat ik de kracht vind van Liv, is dat de oefeningen bescheiden zijn. Een tegenstelling tot ACT. ACT vraagt wel iets echt van je en Liv kun je eerst maar eens consumeren. Je kunt dus op termijn wat grotere oefeningen aanreiken maar

Liv heeft ook hele bescheiden oefeningen en dat vind ik de kracht van Liv.

Lagdrempelijk, ze zijn goed te doen, ze vragen niet te veel tijd of aandacht van cliënten. En het is heel overzichtelijk.

23. Patiënten kunnen met het programma blijven werken, zelfs wanneer de behandeling stopt, dat is wel een voordeel.
24. Ik zou willen dat er een betere koppeling komt met het patiëntendossier van de huisartsen.
25. In het algemeen zou ik willen dat huisartsen meer gebruik kunnen maken van het programma. Wat ik persoonlijk wens voor mijn werk is dat er de mogelijkheid is voor beeldbellen.
26. Ja, ik denk sowieso een goed inwerkprogramma. Ook structureel het aanbieden van een soort van intervisiemomenten of zo met andere POH GGZ. Dus niet alleen één training, maar dat je ook nou ja, terugkommomenten hebt, waarin je bijvoorbeeld bijgepraat over de nieuwe opdrachten die er zijn ontwikkeld, of nou ja, vragen die je hebt. Ik denk dat dat wel een goeie is.
27. En ook dus advies over hoe je het, het best in jouw werk kunt integreren.
28. Wat ook belangrijk is, is dat het niet alleen maar om de POH GGZ gaat. We werken natuurlijk voor huisartsen. Dus ook die mee te nemen in wat is dan een handige agendasetting.
- Ik weet sommigen POH GGZ hebben het nog redelijk oké voor elkaar, maar die, met een echt enorm hoge werkdruk die zien wel veertien mensen per dag. Ja, hoe doe je dat? Hoe zorg je voor dat jezelf nog gezond blijft?
29. Ja, het zou bewijzen van een soort van ochtendje spoedcursus of zo kunnen zijn die ik dan doe. Of toch nog wel die trainingen aan het begin en daar dan gewoon een hele ochtend mee bezig te zijn om helemaal daarin te dompelen, wat betreft

alle modules. Dat zou kunnen helpen, maar dat heeft dus niet de maken met hoe verkoop ik het? Dus dat is een praktische uitwerking.